UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

REBECA DE CASSIA DANELUCI

Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im) possibilidades de
escolhas?

São Paulo

2016

REBECA DE CASSIA DANELUCI

Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im) possibilidades de escolhas?

Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como pré-requisito para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ianni Regia Scarcelli

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Daneluci, Rebeca de Cassia.

Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im) possibilidades de escolhas? / Rebeca de Cassia Daneluci; orientadora Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2016.

306f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Mulher gestante 2. Possibilidades de escolha 3. Parto 4. Instituição pública de saúde 5. Humanização I. Título.

RG560

Nome: Rebeca de Cassia Daneluci

Título: Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im) possibilidades de escolhas?

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutora em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Sumário

CAPÍTULO UM – PALAVRAS INICIAIS	18
CAPÍTULO DOIS - NOTAS SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
2.1 Marcos Teóricos	23
2.1.1 Saúde e Sujeito: perspectivas e questionamentos	24
2.1.2 Saúde da Mulher e Medicalização	28
2.1.3 Psicologia Social	31
2.2. Construção do problema de pesquisa e campo de trabalho	35
2.3. A relação pesquisador-pesquisado	36
2.4 Procedimentos.....	38
2.5 Análise	40
2.6 Considerações Éticas	40
CAPÍTULO TRÊS- CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER	42
3.1 Assistência à saúde materno-infantil	42
3.2 Saúde Integral da Mulher: Movimentos sociais e Políticas de “Humanização” ...	53
CAPÍTULO QUATRO – GRAVIDEZ E PARTO: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E INSTITUCIONAIS	76
4.1 Nascimento do bebê e da mãe.....	76
4.2 Pesquisas Acadêmicas	81
CAPÍTULO CINCO- NOTAS E DISCUSSÕES SOBRE O CAMPO: PERCURSOS DE UMA INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA.....	100
5.1 Sobre a Hospital-Escola-Maternidade	100
5.2 Primeiros passos no território institucional	101
5.3 Mergulhando no campo: ressonâncias da e sobre a pesquisadora	104
5.4 Nos meandros da instituição	106
5.4.1. Curso de Gestante e IHAC.....	109
5.4.2 Pré-Natal de Alto risco.....	113
4.4.3 Pré- Parto e Pós-Parto	116
4.4.4. As conversas individuais	120
Ana- 24 anos.....	120
Bernarda – 20 anos.....	123

Camila – 17 anos	124
Dinorá – 23 anos	126
Ester – 20 anos	127
Fátima – 32 anos	128
Gabriele – 19 anos.....	129
Helen – 38 anos	131
4.4.5 Os grupos com as mulheres do pré-natal de alto risco.....	132
Grupo 1.....	132
Grupo 2.....	137
Grupo 3.....	143
Grupo 4.....	146
Grupo 5.....	152
5.4 Discussões.....	159
Núcleo A – Lugares ocupados e permitidos	159
A.1 Mulheres	159
A.2 Filhos	160
A.3 Planejamentos.....	162
NÚCLEO B- As mulheres de alto risco.....	163
B1. A valorização pela doença	163
B.2 A cisão entre o posto de saúde, o pré-natal de alto risco e o parto.....	163
B.3 A participação: a passividade como resistência?.....	165
Núcleo C- Equipe e mulheres	167
C.1 Entre os prescritores e os acusadores	167
C.2 Entre as queixantes e as gratificadas	168
C.3 O cuidado e a medicalização	170
C.4 Atravessamentos institucionais no cuidado	171
Núcleo D – Parto e nascimento: decisões e (im) compreensões.....	172
D.1. Normal x Cesárea.....	172
D.2 O enigma da Humanização e a Violência Obstétrica	175
D.3 A morte (in) esperada	178
Núcleo D - O lugar da Psicologia	181
CAPÍTULO SEIS- PALAVRAS FINAIS, MAS ABERTAS À CAMINHADA... ..	183
REFERÊNCIAS	187

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	195
APÊNDICES	196
Apêndice A- Transcrição dos Grupos.....	197
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais.....	303
Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às mulheres ou responsáveis legais.....	305

À Betina Daneluci Ventura, à Lavínia Molinari Daneluci
e ao Augusto Molinari Daneluci.

A nova geração!

AGRADECIMENTOS

À professora dra. *Ianni Regia Scarcelli*. Por todo acolhimento e ensinamento. A quem devo momentos importantes na minha formação e é uma inspiração, no direito ao mesmo tempo, das igualdades e das diferenças.

Ao *Rafael Barreto do Prado*, meu companheiro! Pelos momentos de construção de planos, pelas conversas e depois, concretização. Momentos vividos com ternura e amor, de um processo às vezes árduo e cansativo.

À professora dra. *Maria Inês Assumpção Fernandes*. Pela seriedade com que se dedica ao trabalho e pelas contribuições no exame de qualificação.

À professora dra. *Carmen Simone Grilo Diniz*. Pelo exemplo na militância aos direitos às mulheres, pela rica trajetória acadêmica e pelas contribuições no exame de qualificação.

À professora dra. *Maria Geralda Viana Heleno*. Com quem dei os meus primeiros passos no mundo acadêmico e nesse, tornou-se um porto seguro para mim.

Ao professor dr. *Avelino Luiz Rodrigues*. Pela gentileza com que lida com as pessoas e no trabalho.

Ao grupo de orientação, coordenado pela professora dra. *Ianni Regia Scarcelli*. A todos que por lá passaram e deixaram suas marcas nesta pesquisa.

À doutora *Ivete de Souza Yavo*. Amiga que conheci no mestrado e permanece sempre presente, mesmo com a distância.

À psicanalista mestra *Fernanda Fernandes da Silva*. Amiga com quem compartilho ideias, projetos, críticas e esperanças.

À todos os meus professores, colegas e profissionais que conheci durante esta quase uma década de formação.

Aos estudantes, com os quais tenho aprendido a ser docente.

Aos meus pais, *Gerson Luiz Daneluci* e *Sueli Aparecida Daneluci*. Admiração. Amor. Respeito. Crescimento. Este trabalho também é de vocês.

Às minhas irmãs, *Barbara Daneluci Ventura*, *Deborah Molinari Daneluci* e *Gabriela Luiza Daneluci*. Pelas nossas diferenças e pela torcida pelas nossas escolhas.

À *Bruna Atalla*, pela atenção e cuidado na revisão deste trabalho.

À *CNPq*, pelo subsídio concedido.

À *Secretaria de Saúde* do município pesquisado.

E, a todas (os) as(os) *participantes* desta pesquisa. Em especial, **às mulheres**, por permitirem que parte de suas histórias fossem reproduzidas aqui e assim, abrissem novos caminhos a serem trilhados.

Nós vivemos em um ambiente cada vez mais transformado pela ciência, um meio o qual quase já não ousamos mais chamar de natureza, ao mesmo tempo que temos de viver em uma sociedade moldada pela cultura científica da era moderna. Nele há milhares de normas e regulamentos que acabam por assinalar uma crescente burocratização da vida. Dessa maneira, como é possível não perder o ânimo para se modelar a própria vida?

Han-Georf Gadamer

RESUMO

Daneluci, R.C. (2016) *Instituições públicas de saúde e mulheres gestantes: (im) possibilidades de escolhas?* Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O presente trabalho teve como objetivo conhecer de que modo as instituições públicas de saúde possibilitam às mulheres fazerem escolhas relacionadas à gestação e, principalmente, aos procedimentos ligados ao parto. Para tanto, realizamos levantamento bibliográfico e de documentos governamentais sobre gravidez e parto; realizamos visitas em um hospital-escola-maternidade, no período de nove meses, onde pudemos observar a rotina, realizar entrevistas, coordenar grupos, conhecer o espaço físico e o funcionamento de regras específicas dessa instituição. Para fundamentar nossa investigação buscamos suporte na Psicologia Social, postulada por Enrique Pichon-Rivière a partir da leitura de José Bleger, e no campo da Saúde Coletiva. Constatamos que parte significativa das reivindicações iniciadas a partir de 1980, para um olhar voltado à saúde integral da mulher e à humanização do parto, foram contempladas, principalmente no que se refere aos aspectos legislativos. Contudo, tendo em vista a dinâmica do processo histórico, as reivindicações, ao serem efetivadas na prática, fomentaram novas questões. Uma delas é a de uma aparente burocratização e redução do que se entendia do conceito de humanização, pois em muitas situações esse ficava restrito à forma e ao momento do nascimento, colocando como sinônimos: parto normal e parto humanizado. Além disso, as mulheres não participavam diretamente na escolha de tais procedimentos. Tais decisões eram institucionais e tomadas a partir do que o corpo dela manifestasse. Desse modo, se é a assistência quem define as ações, parece que o lugar da mulher nesta relação é deslocado para o de objeto, e aí sim, o termo “humanização”, no sentido de relações entre humanos, precisaria ser efetivado, evitando o reducionismo referido acima. Se assim fosse praticado, as mulheres poderiam entrar na relação como capazes de fazer escolhas. Disso, temos como aposta que, para trabalhar com “humanização”, é importante considerar: 1) a amplitude do processo gestacional, 2) a imprevisibilidade do sujeito e, 3) flexibilização dos protocolos; senão, além, da violência obstétrica, poderíamos pensar na violência “pseudo” humanizada, ou seja, a tentativa de cumprir de forma enrijecida o que está no papel, se distanciando das contextualizações e marginalizando quem não “está de acordo com o já esperado”.

Palavras-chave: Mulher Gestante; Possibilidades de escolha; Parto; Instituição pública de Saúde; Humanização.

ABSTRACT

Daneluci, R.C. (2016) *Public Health Institutions and pregnant women: (im) choice possibilities?* Doctoral Thesis. Psychology Institute. São Paulo University, São Paulo.

The aim of this study was to understand the way in which public health institutions give the women the possibility to make choices related to the gestation and, mainly to the procedures related to the parturition. Therefore, it was realized a bibliographic and government documents survey about pregnancy and parturition; it was realized visits in a school maternity hospital, for a period of eight months, where we could observe the routine, realize interviews, coordinate groups, get to know the physical space and the specific rules operation of this institution. To support this investigation we took reference to Social Psychology postulated by Enrique Pichon-Rivière starting by the reading of José Bleger and in the field of Collective Health. We found that a significant part of the claims that started in 1980, which had a view to the woman integration health and the parturition humanization were contemplated, mainly to what refer to the legislative aspects. However, considering the dynamic of the historic process, the claims, to be effective in practice, fomented new questions. One of them is an apparent bureaucratization and reduction of what was understood as the humanization concept, because in many situations this was restricted to the way and the moment of the birth, having as synonymies: normal birth and humanized birth. In addition to this, the women did not directly participated in the choice of these procedures. That decisions was institutionally and taken from what their body manifested. In this way, if it is the assistance, which define the actions, it seems that the woman place in this relation is displaced to the object, and then, the term “humanization”, in the sense of relation among humans, should have been effected, avoiding the reductionism referred above. In being practiced like mentioned above, the women should take part in the relation as capable of doing choices. Considering this, we have as a bet that, to work with “humanization” is important to consider: 1) the amplitude of the gestational process, 2) the unpredictability of the subject and 3) flexibility of the protocols; or else, beyond the obstetric violence, we should think about the “pseudo” humanized violence, in other words, the attempt to accomplish in a

hardened form what is in the paper, getting away from the contextualization and marginalizing who is not “in agreement with what is expected”.

Key-words: woman, choice possibilities, parturition, public health institution, humanization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Composição, elementos e instrumentos das tarefas e atividades do “Programa Nacional de Saúde materno-infantil”	49
Quadro 2 - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno.....	55
Quadro 3- Critérios para a instituição receber título “IHAC”	56
Quadro 4- Humanização e as “disputas” pela sua legitimação.....	72
Quadro 5 – Relação das mulheres e acompanhantes entrevistados.....	119
Quadro 6 – Dados do grupo 1	131
Quadro 7 – Dados do grupo 2.....	136
Quadro 8 – Dados do grupo 3.....	142
Quadro 9 – Dados do grupo 4.....	145
Quadro 10 – Dados do grupo 5.....	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Taxa de Cesáreas.....	69
Tabela 2 – Processo de decisão pelo tipo de parto em primíparas.....	98
Tabela 3 – Processo de decisão pelo tipo de parto em múltiparas.....	98

LISTA DE SIGLAS

Ações Integradas de Saúde	AIS
Agência Nacional de Saúde Suplementar	ANS
Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher	CAISM
Comissão de Assuntos Sociais	CAS
Conselho Nacional dos Direitos da Mulher	CNDM
Departamento Nacional da Criança	DNCr
Fundo as Nações Unidas para a Infância	UNICEF
Iniciativa Hospital Amigo da Criança	IHAC
Ministério Público Federal de São Paulo	MPF-SP
Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância	NBCAL
Organização Mundial de Saúde	OMS
Organização Social de Saúde	OSS
Política Nacional de Humanização	PNH
Programa Assistência Integral à Saúde da mulher	PAISM
Programa de Humanização no pré-natal e nascimento	PHPN
Rede de Humanização do parto e nascimento	REHUNA
Serviço Especial de Saúde Pública	SESP
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS

CAPÍTULO UM – PALAVRAS INICIAIS

“como me narrava ao fazer ciência”¹

O envolvimento de um pesquisador ou de uma pesquisadora com seu objeto de estudo é somente de longe uma relação simples e linear. Observando com maior proximidade, o que podemos perceber é um entrecruzado entre história pessoal acadêmica. Com a presente pesquisa, não foi diferente: diante de tantas perguntas, de tantos caminhos a serem seguidos, há sempre aquilo que nos incomoda e afeta mais. Com e por eles, passamos a dedicar tempos inimagináveis.

Ao cursar Psicologia, deparei-me com diversas linhas de pensamento, diversos professores e modos de fazer pesquisa e ser psicóloga. A questão da saúde pública, para mim, sempre foi a que mais me tocou. A princípio, não tinha ideia do que seria isso, e mesmo com uma formação tradicional, consegui fazer dessa temática o eixo pelo qual conduziria o meu curso.

Talvez o interesse por instituições públicas tenha nascido da minha longa permanência nela, na condição de estudante. Dessa época, trago não só a recordação de muitas vivências e de aprendizados, mas também a sensação de que nós, enquanto estudantes de escolas públicas, estaríamos constantemente à margem do que se espera socialmente, sendo comparados a outros estudantes considerados mais aptos e inteligentes para um futuro profissional conquistado por meio do vestibular.

Em razão disso, todos os estágios extra-curriculares da graduação se deram em instituições públicas (Assistência Social e Saúde) e minha preocupação era na direção de fazer um trabalho ético, condizente com a necessidade e a realidade da população; e de qualidade, não sucateando ou desqualificando o atendimento por ser o famigerado “serviço público”; e tenho claro que fazer parte do movimento estudantil de Psicologia também contribuiu para tanto.

Trago nessa bagagem também a experiência de ter participado de dois projetos de extensão universitária, um no sertão nordestino e outro em uma comunidade quilombola paulista e, junto a isso, minhas dúvidas e discordâncias quanto ao papel soberano atribuído ao saber/poder universitário perante os outros saberes. Pude presenciar a sutil e ao mesmo tempo brutal diferença entre um trabalho para a comunidade de um trabalho com a comunidade

¹ Maroni, A. (2006) Psicanálise e Ciências Sociais: tecendo novos caminhos da pesquisa. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo 39 (71).

Após formada, continuei em instituições públicas: na qualidade de aprimoranda, em um hospital público, e de pesquisadora, em Unidades de Saúde. Neste período, fui percebendo uma postura de alguns profissionais que me incomodava: os “usuários” eram vistos primordialmente pelo ponto de vista do profissional, desprezando, assim, ou menosprezando, qualquer espaço para a subjetividade, para costumes e valores diferentes. Tais posturas, em geral, eram repressoras e conservadoras.

A isso, acrescento o fato de, nas últimas décadas, terem se intensificado as discussões a respeito de medicalização da vida, a qual ocorre para além da área da Saúde². Atualmente, encontramos uma variedade de revistas e temas em programas televisivos direcionados a “práticas e estilos de vida saudáveis”, os quais, ao partir de determinadas premissas, padronizam comportamentos tidos como “saudáveis” desconsiderando questionamentos acerca do coletivo, social e individual.

De modo geral, as temáticas se voltam a um determinado padrão de conduta, em que regras devem ser seguidas, desvalorizando qualquer possibilidade de recusa, a qual, em muitos casos, aparece como um erro, uma indisciplina, ou uma irresponsabilidade, estabelecendo-se uma linha tênue com um comportamento doente. Ou seja, comportamentos diferentes do esperado pelos membros de um grupo em relação a um sujeito, têm sido frequentemente rotulados como “anormal” ou doente, com diretrizes e receitas de como se deve ser e fazer. Todavia, outro modo de ver a recusa, em vez de doença, é como um posicionamento, quiçá inconsciente do sujeito em dizer “não”.

Minha crítica a esse modelo se fortalece quando me encontro com os estudos da Psicanálise, na qual prevalece a noção de sujeito psíquico: desejoso e conflituoso; noção essa pouco ou nada considerada nas práticas mencionadas acima.

Tais apontamentos não foram completamente desenvolvidos no mestrado, uma vez que naquele momento não havia este foco, no entanto eles abriram um caminho para que eu prosseguisse essas investigações. Nesse sentido, a presente pesquisa se propõe a dar continuidade a essas questões abertas em pesquisa anterior.

Assim, pretendo com essa pesquisa ampliar tal discussão e, para tanto, escolhi aprofundar a pesquisa na área da “Saúde da Mulher Gestante”, temática que não era o

² Tal questão vem sendo debatida atualmente por diversos movimentos. Desses, destaco o I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos” e o II Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros transtornos – Novas Capturas, antigos diagnósticos na Era dos Transtornos”, ocorridos respectivamente em 2010 e 2011 na cidade de São Paulo, organizados pelo “Fórum contra a medicalização da educação e da sociedade”.

foco da pesquisa de mestrado, mas que, pelos relatos dos profissionais, trouxe-me alguns questionamentos. Desse modo, passei a formular a minha pergunta norteadora para o doutorado, a fim de discutir mais essa questão com foco no período da gestação.

Durante as reuniões de orientação no ano de 2012, foram possíveis alguns redirecionamentos, pensando em um trabalho que pudesse refletir não somente a relação dos profissionais de saúde com as mulheres, mas também os atravessamentos institucionais possíveis. A participação em disciplinas também contribuiu para o aprofundamento nas questões relativas à pesquisa qualitativa e à saúde da Mulher, mostrando outras direções para a presente pesquisa.

Descrevo, ainda, uma situação vivenciada no ano de 2012, durante a “*Convención Internacional de Salud Pública – “Por la salud y el bienestar de todos”*”, sediada em Cuba, onde realizamos algumas visitas técnicas às instituições de saúde. Em certa visita, estávamos em um grupo de estrangeiros de diversos locais do mundo, coordenado pelo diretor do Hospital, o qual nos contava sobre aquela instituição – Hogar Materno – e posteriormente nos guiava para conhecer o espaço físico. Não mais para minha surpresa, quando chegamos ao andar em que as mulheres estavam internadas (tratava-se de uma instituição para mulheres gestantes), vários profissionais de saúde passeavam com suas máquinas fotográficas, tirando fotos e mais fotos, sem o mínimo de cuidado com aquelas pessoas que ali estavam, nos leitos. Certo momento escuto a célebre frase de um senhor, que, ao aparecer na porta de um dos quartos, dizendo “*Yo soy medico*”, deu um sorriso e saiu.

A partir dessa cena, passei a me interrogar: para aquelas mulheres, de que adiantaria saber se aquele senhor era médico? Ele iria tratá-las? Interessou-se em saber quem eram elas? O fugaz contato com um médico já é passível de alívio e capaz de gerar um sentimento de pertença? Não sei, mas parece então, que algumas palavras, em certos contextos, servem apenas como credencial para permanecer naquele hospital e para transmitir sua ideologia, sem função prática para aquelas “pacientes” [termo empregado naquele ambiente].

Direcionando a atenção à gestação e parto, inúmeros movimentos sociais têm debatido acerca do processo de parir no Brasil. Contrários às estatísticas que mostram um crescente número de cesáreas³ identificado por esses movimentos como

³ De acordo com reportagem publicada no site das Nações Unidas no Brasil “o percentual de cesarianas chega a 84% no atendimento privado e cerca de 40% na rede pública. A comunidade médica internacional

“medicalização do nascimento”, esses movimentos favoráveis ao “parto humanizado” lutam por um processo o mais natural possível com o mínimo de intervenções e, baseando-se em evidências científicas apontam a cesárea como um procedimento que apresenta risco cinco vezes maior do que, por exemplo, o parto normal e, portanto, deve ocorrer apenas por uma indicação médica (OMS, 1996).

No entanto, já de início, percebi que a definição de “parto humanizado”, comporta certa polissemia, pois muitas pessoas com as quais conversava sobre minha pesquisa questionavam ou buscavam uma confirmação se o parto humanizado era aquele realizado em casa ou em banheiras, ou mesmo sinônimo de parto normal e oposto à cesárea.

Trazendo a questão para o hospital público, as perguntas disparadoras nesta pesquisa, foram: qual o lugar cedido e/ou conquistado pelas mulheres no interior de uma maternidade pública? Como os trabalhos de orientação e informação são elaborados institucionalmente e como estes são vistos/concebidos pelas mulheres? Como se dão as relações entre profissionais e as mulheres e os saberes produzidos por esta e nesta relação? É possibilitado à mulher participar como sujeito de decisão durante a assistência à saúde e de que forma a equipe, representante da instituição, trabalha, caso a mulher não aceite?

Por meio dessas perguntas, torna-se possível refletir acerca destas relações entre os profissionais, a instituição e as mulheres (formas de acolhimento, aconselhamento/orientação, adequação/resistência, construção e legitimação de saberes) e o que se produz disso. Ademais, saber se as ações realizadas consideram as singularidades, não tratando mulheres como universais, sobre as quais se aplicam métodos universais. Como ilustração disso, podemos recorrer à frase usualmente empregada de que “determinado método seja o mais benéfico”. Questionamos nessa sentença o *para quem*, considerando aí o sujeito.

A contribuição fundamental deste emaranhado de questionamentos permitiu, ao longo desses anos, a construção dessa pesquisa, cujo objetivo é conhecer de que modo as instituições públicas de saúde possibilitam às mulheres fazerem escolhas relacionadas à gestação e, principalmente, aos procedimentos ligados ao parto.

Tais procedimentos são frequentemente originados de princípios e/ou orientações contidas em políticas e programas de saúde, particularmente àqueles

voltados à saúde da mulher. Ao buscar conhecer como se dão esses cuidados às mulheres durante sua gestação e parto, busquei indagar se esses programas contribuem para romper ou para reproduzir estereótipos e preconceitos acerca da maternidade, presentes não apenas na área da saúde, mas também no dia-a-dia das pessoas.

A relevância de tais indagações parecem também pertinentes para ampliar a discussão no universo psi, particularmente no campo da Psicologia. Ao fazer uma primeira revisão de literatura, destacou-se a inexpressividade de pesquisas feitas por psicólogos nessa área. Quando localizamos trabalho de psicólogos com gestantes, em geral, esses tratam de depressão e da relação mãe e bebê com enfoque nos aspectos intrapsíquicos. Além desses, entendemos que seriam importantes mais trabalhos que focassem também as relações intersubjetivas, considerando a mulher em sua singularidade e contextualizada, a partir de uma classe social e dentro disso, compreender o lugar que essa mulher ocupa nas relações sociais e institucionais.

Desse modo, buscamos desenvolver este trabalho na interface entre a Psicologia e a Saúde Coletiva. Para a realização desse estudo, escolheu-se um hospital-escola-maternidade cujo foco são partos humanizados e assim se iniciou a observação participante e as conversas com as mulheres e com os profissionais, as quais serão apresentadas no desenrolar desse trabalho.

CAPÍTULO DOIS - NOTAS SOBRE O PERCURSO METODOLÓGICO

Entendemos como percurso metodológico o posicionamento do pesquisador desde a construção do problema de pesquisa, seu desenvolvimento, até o resultado final. Neste sentido, vemos como imprescindível que desde o início do trabalho sejam explicitados os paradigmas, os referenciais e de qual lugar o pesquisador discursa.

Becker (1999) discute a importância de o pesquisador explicitar seu percurso, a partir da afirmação de que “podemos tornar as bases destes julgamentos tão explícitas que outros possam chegar às suas próprias conclusões”, em detrimento de “procedimentos mecânicos que minimizam” tal “julgamento” (p.20).

Todavia, não entendemos como explicitação a mera descrição de como será a pesquisa, mas que, no desenrolar do trabalho, o leitor saiba identificar tais pontos, deixando transparecer pelo texto a posição e a autoria de quem escreve.

Partindo daí, enumeramos três eixos para nossa discussão, os quais consideramos importantes nesse caminho e que possibilitam ao pesquisador mostrar seu posicionamento, a saber: marcos teóricos; construção do problema de pesquisa, campo de trabalho e relação pesquisador-pesquisado.

2.1 Marcos Teóricos

As questões apresentadas adiante são fundamentos, os quais serviram de base para a construção do projeto de pesquisa e, posteriormente, foram orientadores da pesquisa, que se encontra em um campo interdisciplinar. Para fundamentar nossa investigação buscamos suporte na Psicologia Social postulada por Enrique Pichon-Rivière a partir da leitura de José Bleger, e no campo da Saúde Coletiva. A abrangência que tais campos comportam, faz-nos delimitar a partir de qual referencial dialogamos e, para tanto, apresentaremos alguns marcos teóricos e a produção de certos autores.

Apesar dos movimentos, em prol de um sistema de saúde universal, integral e capaz de responder às reais demandas da população, vemos nos dias de hoje muitas críticas ao modo de se fazer articular as teorias com as práticas profissionais e também aos diversos entendimentos e desdobramentos a respeito de um mesmo conceito. Faz-se necessário, então, refletir a respeito do conceito de Saúde, pois dependendo da forma como este for contextualizado e interpretado, pode passar-nos a impressão de que Saúde é um conceito somente científico/acadêmico, sendo muitas vezes reduzido aos

problemas biológicos, o que remete a um profissional disposto a recomendar e orientar formas de viver mais saudáveis.

Assim, os conceitos de saúde e a forma como esses são apropriados dizem respeito, também, aos processos de subjetivação, expressos nos grupos e nas instituições. Do mesmo modo que a apropriação desses conceitos foram determinantes na minha constituição enquanto pesquisadora.

2.1.1 Saúde e Sujeito: perspectivas e questionamentos

Para alcançarmos nosso objetivo, é imprescindível discutir alguns conceitos acerca de saúde, a partir de uma visão mutativa/ histórica.

Ao discutir a concepção de Biomedicina, Camargo Júnior, K. (2005) enumera algumas características desta racionalidade científica a partir de três proposições. São elas: 1) “caráter generalizante”: “discursos com validade universal, modelos e leis de aplicação geral”; 2) “caráter mecanicista”: “naturalização das máquinas produzidas pela tecnologia humana. Universo como uma gigantesca máquina- princípios de causalidade linear”; 3) “caráter analítico”: “isolamento das partes – funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes” (p.178).

A partir dessas proposições apresentadas acima, iniciamos nessa caminhada com questionamentos acerca de quais maneiras o conceito de saúde -não biomédico- pode dialogar em instituições que têm como norte o modelo de pensamento apresentado acima e de como não restringir a saúde ao modelo biomédico, mas também não desconsiderar e usufruir de seus avanços.

De acordo com Ayres (2007), “saúde e doença não são situações polares, os extremos opostos, positivo e negativo, respectivamente, de uma mesma coisa - no caso, uma mesma experiência. Se fossem, seria intuitivo admitir a previsibilidade das respostas às duas perguntas: ‘Está saudável?’ e ‘Está doente?’ de forma correspondente, simétrica e oposta” (p.44).

O autor ressalta ainda que não falamos sobre a mesma coisa quando dizemos sobre saúde e doença: “não só a doença e saúde não falam exatamente da mesma coisa, mas que também não falam do mesmo modo” (p.48), ou seja, para a pessoa que responde estar doente usualmente se pergunta “Qual doença você tem?”, enquanto para a pessoa que responde estar com saúde, interrogamos: “O que você quer dizer com isso?”; não cabendo o inverso entre estas sentenças (p.49).

Além disso, é extremamente importante considerar a condição subjetiva do estar e se sentir doente ou saudável. Podemos citar inúmeros casos de pessoas que recebem um diagnóstico de uma doença grave sem antes terem se sentido doentes, passando a estarem doentes por meio de um exame, bem como de pessoas que pelas ciências biomédicas são consideradas saudáveis, mas ao relatarem como se sentem em relação ao seu corpo e aos afazeres, consideram-se doentes.

Nessa direção, entendemos que os conceitos de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças, presentes na maior parte dos documentos governamentais e no dia-a-dia dos profissionais da área da saúde merecem ser discutidos.

Westphal (2009), realiza uma discussão entre Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, diferenciando-as a partir das “concepções de Saúde e doença que orientam suas práticas e as vertentes político-ideológicas a que tem se filiado” (p.639). De acordo com a autora, o primeiro conceito pode atribuir inúmeros sentidos a depender das concepções utilizadas, ora focalizando mais as “mudanças de comportamento”, ora “as estratégias político-populacionais”.

Já ao falar do segundo conceito, cita a “história natural da doença” proposta por Leavel e Clark (1965), em que se aplicam medidas preventivas, as que vão “desde a promoção de Saúde, a proteção específica, o diagnóstico e tratamento precoce, a limitação da invalidez, até a reabilitação” (p.641).

Em oposição a essa definição, a autora traz correntes de pensamentos a partir das quais se busca explicações na “história social do processo Saúde-doença” (p.643). A título de ilustração, Westphal (2009) diz que a proposta de Leavel & Clark referente às práticas de prevenção de Saúde “não estimulam nas coletividades processos de ampliação de poder, a valorização das suas potencialidades, para que estas advoguem por melhorias nas suas condições de vida e trabalho” (p.647).

Nesse sentido, encontramos discursos parecidos, que enfatizam a “Promoção de Saúde”, mas a partir de vertentes e posturas filosóficas divergentes. Assim, podemos dizer que essa concepção de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde, que privilegia as mudanças comportamentais considera pouco o sujeito em sua singularidade, como ser desejante e na sua relação com o meio (social, político e econômico), sendo considerada no entendimento de alguns críticos da promoção da saúde uma “prática altamente prescritiva” e “bastante utilizada para configurar conhecimentos e práticas na perspectiva neoliberal e conservadora, estimulando a livre escolha a partir de uma lógica de mercado” (Westphal, 2009, p.652).

Uma das consequências desse aumento da responsabilidade individual é a “marca de culpa”. De acordo com o cientista político Marcondes (2004), esta estaria atrelada ao movimento na direção da “medicalização da vida”⁴, com foco somente nos comportamentos.

Ao falar sobre medicalização na Saúde Pública, José Temporão, ex-ministro da Saúde, (2011)⁵, enumera três dimensões: econômica, médica e política/social, as quais estariam ligadas respectivamente, pelo uso inadequado de recursos – excesso de prescrição, obsessão diagnóstica, medicina defensiva, gastos com *marketing*, publicidade; impacto na formação e nos serviços de saúde e; processo cultural - construção de uma consciência alienada de prescritores e pacientes.

A partir de um aspecto histórico, Helman (2007/2009) pontua que “com o declínio da religião organizada em muitas sociedades ocidentais, as preocupações morais da era contemporânea são cada vez mais expressas em termos médicos” (p. 117). Assim: (...) “as idéias religiosas de pecado ou imoralidade frequentemente parecem ser substituídas por ideias de saúde e doença” (p.117).

Para o psicanalista francês Clavreul (1978,1983):

A Ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada. Os médicos são seus executantes, seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até à ‘verificação’, na autópsia. (p.40).

De acordo com esse autor, o poder do discurso médico se estende ao cotidiano das pessoas, estando “ligado e articulado ao discurso dominante”. Deste modo, a Medicina funcionaria “como um discurso”, no qual “se participa: mesmo que não se possua seu poder e sua prática” (p. 48), tendo-se como referência o “estatuto do homem ‘normal’, sendo que este discurso tem um ‘papel decisivo’ no estabelecimento de normas discriminatórias” (p.230).

Assim, a constituição desse homem “tão ‘normal’” dar-se-á por tratamentos, prevenções e estudos genéticos, mesmo sendo vaga essa definição de normalidade, o autor ressalta ser a Medicina “normativa”: “do lado do homem normal e são está o Bem.

⁴ O conceito “medicalização” foi utilizado pela primeira vez em 1971 pelo americano Peter Conrad.

⁵ Palestra proferida no II Seminário Internacional “a Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros transtornos” – Novas Capturas, antigos diagnósticos na “Era dos Transtornos”, ocorrida 2011, na cidade de São Paulo.

E do lado da doença está o Mal, o que se deve eliminar por todos os meios possíveis” (p.228).

Há no discurso médico uma “função silenciadora” (p.12) e algo de ordem totalitário, no qual se “exclui a diferença”: “único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar” (p.18), ou seja, há uma “redução das desordens da subjetividade”, para “integrá-las em sua ordem” e uma “rejeição do discurso do próprio doente”.

O referido autor, discute o estatuto da “boa saúde”, em que “profissionais de saúde ou autoridades de instituições se acham nesse lugar ou representantes disso, de modo a não quererem ser questionados, mas questionam”; prescrevendo uma “sanção terapêutica, aos que não se adequam” (p.13). É pontuada também a exclusão do desejo, uma vez que a “Clínica Médica cessa onde começam a paixão e o desejo”.

Ainda, para Clavreul (1978,1983): “Todos contribuem para demonstrar que o homem é naturalmente ‘são’ de corpo e espírito, e que sua liberdade se manifesta por sua adesão às ideias e aos ideais da civilização” (p.73). Ou seja, seria uma liberdade a aceitação da ordem? [grifos nossos]

Acerca da relação médico-doente, o mesmo autor escreve, ainda, sobre um “duplo anonimato” (p.12) – de profissionais e pacientes – sendo o “distanciamento” “o que ordena” tal relação, fundada pela “exclusão das posições subjetivas de um e de outro” (p.211)

O que fica de subjetividade, tanto aqui como lá, não constitui senão franjas, e estas franjas são sempre suspeitas: no doente, de fazer intervir sentimentos da ordem do pudor, do medo, da angústia, que o conduzem a recusar os exames e os tratamentos médicos; no médico: de prejudicar a objetividade necessária no diagnóstico e a tomada em consideração apenas dos imperativos terapêuticos nas decisões a serem tomadas. (p.211)

Com uma discussão próxima a essa, Scraiber (2008), coloca em questão que a criação de “sujeito” liga-se também à de “indivíduo livre”, discutindo aí, liberdade e valorações sociais, o que traria uma “nova ordem de subjetividade”, ou seja, “sujeitos não apenas o são, mas corretamente o devem ser, pois a ciência, neste caso, através da Medicina, regerá o comportamento adequado socialmente” (p.12).

Já, a partir de outro posicionamento, segundo Campos e Campos (2009) “além de produzir Saúde também caberia ao sistema de Saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia” (p.669). Os autores acrescentam ainda que a “(...) valorização do ‘sujeito’ e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de

práticas de saúde coletiva e da clínica”. (p.669). Por essa via, autonomia é entendida “como a capacidade do sujeito em lidar com sua rede de dependências” (p.670).

Dejours (1986), psicanalista francês, defende a ideia de a saúde das pessoas ser “um assunto ligado às próprias pessoas” (“n.p.”). Recorrendo à fisiologia, o autor pontua que “o estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente...”. (“n.p.”). Assim, “se quisermos trabalhar pela saúde devemos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas” (“n.p.”).

Adiante, prosseguiremos a discussão tendo como foco a saúde da mulher reprodutiva e as apropriações feitas pelo saber médico institucionalizado acerca do corpo feminino.

2.1.2 Saúde da Mulher e Medicalização

O hospital é ainda hoje a maior referência para o parto. Todavia, sabemos que o Hospital é reconhecido como um local em que as pessoas vão para se tratarem quando estão doentes. Dito isso, a mulher chega ao hospital para ‘ter’ o seu filho, escapa à essa condição doente, mas não escapa ao funcionamento dessa organização-instituição.

A respeito do Hospital, Helman (2007/2009, p. 94) o define como “a principal estrutura institucional da medicina científica”, no qual a pessoa “sofre um ritual padronizado de despersonalização”, ficando em uma “enfermaria cheia de estranhos”, “...com poucas referências ao seu ambiente doméstico, religião, relacionamentos sociais ou *status* moral, ou ao significado que ela dá à sua má saúde”. [no nosso caso, à sua gestação]

Para referido autor, há nos hospitais uma destituição de certos indicativos da “identidade social e individual”, sendo os sujeitos “uniformizados com pijamas, camisolas ou robes”. Ocorre também uma “uma perda do controle sobre o próprio corpo e sobre o próprio espaço, privacidade, comportamento, dieta e uso do tempo (...) ficando aos cuidados de uma equipe que eles podem nunca ter visto antes”. Uma das características da relação entre profissionais e pacientes é a “distância” causada pela “formalidade, pelas conversas rápidas e, frequentemente, pelo uso de jargão profissional” (p.94).

Helman (2007/2009) escreve ainda sobre “várias formas de ver o hospital e os muitos papéis que ele desempenha”. Dos que ele lista, entendemos que a instituição estudada se assemelha ao que “pode ser visto como”: “uma universidade – dedicada não somente ao treinamento de médicos e enfermeiros, mas também à instrução moral dos pacientes, ensinando-os *post hoc* como sua má saúde foi o resultado lógico de um estilo de vida prévio, e o que eles podem fazer para evitar que isso aconteça novamente” (p.95).

Acrescentamos a isso informação apresentada por Helman (2007/2009) que na “medicina moderna” tem-se uma maioria de profissionais mulheres, mas “os trabalhos com melhor remuneração e com maior prestígio estão nas mãos de profissionais do sexo masculino” (p.147). Situada essa relação e diferença de gênero, vemos nas instituições hospitalares uma “recriação” das “divisões básicas por gênero, existentes na sociedade ocidental” (p. 148).

Trazendo tal discussão para a Saúde da Mulher, Nagahama e Santiago (2005) apresentam cronologicamente os dados referentes à institucionalização dessa assistência. As autoras mostram um panorama desde a década de 20 da forma como as instituições foram se apropriando dos serviços de assistência à saúde materno-infantil. É-nos mostrado que a assistência à mulher e à infância seguiu a tendência geral das políticas do Estado Novo, ou seja, centralizadoras, “voltada para as camadas mais pobres, com o intuito fundamental de garantir braços fortes para a nação” (p. 652).

Vemos aí o foco na saúde de potenciais trabalhadores (filhos ou potenciais filhos) e direcionado às mulheres pobres.

No final da década de 50 e início da década de 60, tal proteção deixa de ser prioridade para outras pautas, ressurgindo na década de 70. A questão das “mulheres de baixa renda” e “produtividade com o ingresso de novas e mais híidas gerações na força de trabalho” se mantém presente. Contrários a essa visão, as autoras pontuam a experiências de grupos, que passaram a ter um olhar voltado à saúde integral da mulher e a pressão de grupos organizados por mulheres que reivindicavam outro modelo de assistência, não as compreendendo somente como reprodutoras.

A década de 1980⁶ aparece como um marco na discussão sobre a humanização da assistência ao parto e ao nascimento.

⁶ Em 1983 o Ministério da Saúde elaborou o Programa “Assistência Integral à Saúde da mulher: bases de ação programática” (PAISM). (http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236), recuperado em 12/07/2015.

No que concerne especificamente ao parto, as autoras apresentam a apropriação por parte da Medicina do saber em relação ao parto, institucionalizando-o, ou seja, hospitalizando-o; de modo a desqualificar as parteiras e as mulheres, havendo uma disputa de saber entre gêneros, embasadas no modelo cartesiano de ciência e de mundo e a partir de uma sociedade dividida em classes. São apresentadas três regras que fundamentam as relações institucionais: hierarquia, ordem e disciplina.

Por fim, concluem que “o processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber médico, culminando como estabelecimento da medicalização do corpo feminino”, no qual a mulher deixa de ser sujeito e passa a ser objeto.

A incorporação do saber médico perante o corpo feminino, ocupando o lugar das parteiras e transformando o parto em “evento médico” se deu por um longo período de tempo. Nos dizeres de Vieira (2002), três séculos de sua “institucionalização nos hospitais e do estabelecimento desta área do conhecimento como área médica” já havia indícios desse processo

A partir do século XVIII, existirão condições para a criação da obstetrícia como disciplina médica. Esta, no século XIX, delegará aos médicos o papel de partejar, propondo e efetivando a hospitalização do parto e a criação de maternidades, instituições hospitalares exclusivas para tal fim. (p. 47)

Dentre diversas razões para o “crescimento da medicalização”, segundo Helman (2007/2009), uma delas reside na “controvérsia natureza/cultura”, visto que, se ainda a mulher e sua fisiologia forem “representativas da natureza – descontrolada, imprevisível e perigosamente poluente”, um meio para se “domesticá-la” seriam os rituais e a tecnologia médica, tornando-os mais “cultural” (p.150).

Essa questão da “medicalização do corpo feminino” é bastante discutida pela médica Vieira (2008). De acordo com a autora, este corpo tem sido “regulado” por meio de “normas”, sejam elas baseadas em “crenças mágicas, religiosas ou médicas”. Além disso, o “desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem reprodução humana”, com vistas a uma “intervenção nesse corpo como estratégia social” (p.24).

Pensamos ainda ser crucial para a questão levantada, as discussões acerca do determinismo x biológico, pois o modo como tais binômios são concebidos determinam também o modo como as ações são realizadas.

Para Helman (2007/2009), nos dias de hoje, já há uma rejeição por grande parte dos antropólogos dos “extremismos”, seja do “determinismo biológico”, seja do

“determinismo ambiental”: “(...) para explicar o comportamento humano, eles observam a *interação complexa* (dentro de um ambiente específico) entre cultura, ecologia e estrutura social, além da natureza psicobiológica dos seres humanos” (p.141).

Todavia, concernente ao gênero, o debate sobre “natureza x cultura” permanece, conforme exporemos abaixo:

(...) gênero é frequentemente descrito como se resultasse da natureza *ou* da cultura... Antropólogas feministas ressaltam que, no pensamento ocidental, em particular, as mulheres e sua sexualidade muitas vezes são vistas como menos ‘culturais’ do que os homens e equiparadas à ‘natureza’ (descontroladas, perigosas, poluidoras) e não à ‘cultura’ (controlada, criativa, ordenada) do mundo dos homens. Esses antropólogos argumentam que essa divisão conceitual entre natureza e cultura (e a oposição implícita entre as duas) é em si artificial, uma falsa dicotomia que representa uma forma especificamente ocidental e cultural de ver o comportamento humano. (Helmam, 2009, p.141)

Contudo, segundo Zugain (1997) a área em que as investigações se dão na reprodução e no aparelho reprodutivo é onde ocorre o “maior desafio” em se “manter a dualidade mente - corpo”. Acrescenta ainda, ser nesse campo que as relações entre “psiquismo, fisiologia, desejos, neuroses, religiões e filosofias” são mais íntimas, finalizando com seguinte sentença: “o comportamento sexual humano e a reprodução estão inexoravelmente imbricados com todos os aspectos da vida do homem e da mulher” (p. 74).

Temos ainda de considerar os aspectos culturais referentes aos “cuidados primários de saúde”. De acordo com Helman (2007/2009), na maioria das culturas esses cuidados comumente se dão no interior da família e, no “setor informal”, tem-se como “principais provedores” “mulheres – com frequência mães e avós” (p.147). Ainda nessa conjuntura, constata-se que, embora a família esteja incluída, a maioria dos programas dirigem suas ações às mulheres, sendo este um modelo utilizado em programas internacionais.

2.1.3 Psicologia Social

A Psicologia Social postulada por Enrique Pichon-Rivière a partir da leitura de José Bleger é parte relevante do referencial que fundamenta este estudo. Segundo Bleger (1984), a Psicologia é compreendida como o “estudo do ser humano como totalidade nas situações concretas e em seus vínculos interpessoais (presentes e passados)” (p.33). As bases de um trabalho investigativo de cunho institucional são “estudo e diagnóstico

da situação” e engloba “o conjunto de organismos em algum campo ou setor específico da atividade humana, para estudar neles todos os fenômenos humanos que se dão em relação a estrutura, a dinâmica, funções e objetivos da instituição” (p. 37).

Quanto ao psicólogo, ele deverá ter ciência de que sua presença nas condições de consultor /investigador em uma instituição “promove ansiedades de tipos e graus diferentes e que o manejo das resistências, contradições e ambiguidades *forma parte, infalivelmente, de sua tarefa*” [grifos do autor] (p.42).

O autor realiza uma lista, com o mínimo de informações relevantes, acerca da instituição, para quem nela se insere, a saber: a) “finalidade ou objetivo da instituição”; b) “instalações e procedimentos com os quais se satisfaz seu objetivo”; c) “situação geográfica e relações com a comunidade”; d) “relações com outras instituições”; e) “origem e formação”; f) “evolução, história, crescimento, mudanças, flutuações, suas tradições”; g) “organização e normas que a regem”; h) contingente humano que nela intervém: sua estratificação social e estratificação de tarefas” e; i) “avaliação dos resultados de seu funcionamento; resultado para a instituição e para seus integrantes. Itens que a própria instituição utiliza para isto” (p.38).

Dentre as estratégias a serem utilizadas, aponta o “enquadramento da tarefa” como o “mais importante”, o qual compreende a “fixação de certas constantes dentro das quais pode-se controlar as variáveis do fenômeno, pelo menos em certa medida” (p.36). Compreende-se, portanto, o “caráter de uma investigação científica” por meio do método clínico com embasamento da técnica psicanalítica, o qual pressupõe: “observação detalhada, cuidadosa e completa, realizada em um enquadramento rigoroso” (p.46).

O modelo do enquadramento psicanalítico se estende à nossa modalidade da observação, não consistindo somente num registro cuidadoso, detalhado e completo dos acontecimentos, mas- sim- numa *indagação* operativa, cujos passos podem se sistematizar assim:

- a) Observação dos acontecimentos e seus detalhes, com a continuidade ou sucessão em que os mesmos se dão;
- b) Compreensão do significado dos acontecimentos e da forma como eles se relacionam ou integram;
- c) Incluir os resultados de dita compreensão, no momento oportuno, em forma de interpretação, assinalamento ou reflexão;
- d) Considerar o passo anterior como uma hipótese que, ao ser emitida, inclui-se como nova variável, e o registro de seu efeito – tal como no passo (a) – leva a uma verificação, ratificação, correção, enriquecimento da hipótese ou uma nova, com isto,

volta-se a reiniciar o processo no passo (a), com uma interação permanente entre observação, compreensão e ação. (pp.46-7)

Das técnicas do enquadramento, apresentadas pelo autor, faremos menção a uma delas, a qual, entendemos como relevante para a postura adotada nessa pesquisa. Estamos, nos referindo à “atitude clínica”, que exige do, neste caso, psicóloga-pesquisadora uma “dissociação instrumental”, permitindo-lhe “identificar-se com os acontecimentos ou pessoas”, mas também manter “certa distância que faça com que não se veja pessoalmente implicado nos acontecimentos” (p.48).

Passando agora para a relação entre o sujeito e as instituições, de acordo, ainda, com Bleger (1984)

O ser humano encontra nas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. A partir do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade e na medida em que isto ocorre, tanto como a forma em que isto se dá, configuram distintos significados e valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem. Quanto mais integrada à personalidade, menos depende do suporte que lhe presta uma dada instituição; quanto mais imatura, mais dependente é a relação com a instituição e tanto mais difícil toda mudança da mesma ou toda separação. Desta maneira, toda instituição não é só o instrumento de organização, regulação e controle social, mas também, ao mesmo tempo, é um *instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade*. (p.55)

Além disso, este autor escreve que “toda instituição é o meio pelo qual os seres humanos podem se enriquecer ou se empobrecer e se esvaziar como seres humanos”. A partir dessa ideia, ele discute que, na maior parte das vezes, a “adaptação é a submissão à alienação e submissão à estereotipia institucional” e, portanto ele distingue “adaptação” de “interação”; pois “na primeira se exige do indivíduo sua homogeneização máxima” e os papéis estão indiscriminados em uma “estrutura semelhante à dos grupos primários⁷”, na segunda o indivíduo se insere com um papel em um meio heterogêneo que funciona de maneira unitária” (p.57).

Outro ponto é que: “por responder às mesmas estruturas sociais, *as instituições tendem a adotar a mesma estrutura dos problemas que têm que enfrentar*. Assim, no hospital geral, a dissociação corpo-mente que rege os pacientes rege a própria instituição” (p.62). Referente às defesas institucionais perante os conflitos, o autor

⁷ “O grupo que constitui o protótipo de grupo primário, em nossa cultura, é a família”. Psicologia Institucional. Bleger, J. (1984) *Psico-higiene e psicologia institucional*. Trad. De Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas. (p.59).

pontua a “estereotipia”, sendo também um “problema” no qual “é necessário encontrar conflitos que se aludem ou evitam” (p.52).

Além disso, há nas instituições, tanto objetivos explícitos quanto implícitos. Como exemplo, apresenta uma situação, ocorrida em uma sala de hospital, na qual queixa se direcionava a uma “desorganização crônica e desatenção da assistência profissional aos doentes”, mas, após análises, entendeu-se que parte do problema tinha relação com “a equipe profissional, formada totalmente por gente muito jovem, tinha primordialmente propósitos ou objetivos de aprendizagem, nos quais se viam frustrados” (p.41).

Em 1988 [1991], essa discussão é complementada. Nas palavras do mesmo autor: “qualquer organização tem tendência a manter a mesma estrutura do problema que ela tenta enfrentar e pelo qual foi criada” (p.68). Como exemplo novamente é citado um hospital, o qual mantém as mesmas características apresentadas pelos doentes: “isolamento”, “privação sensorial”, “déficit das comunicações”, entre outros (p.68).

Bleger (1988, 1991) estabelece, ainda, o que para ele seria a “lei geral das organizações”, a saber: “(...) os objetivos explícitos pelos quais foram criadas sempre correm o risco de passar para o segundo plano, colocando em primeiro plano a perpetuação da organização enquanto tal” (p.67), tendo como funções: “proteger a estereotipia dos níveis de interação” e “salvaguardar e assegurar a clivagem, o depósito e a imobilização da sociabilidade sincrética (ou parte psicótica do grupo)” (p.67). Quando ocorre esse fenômeno, diz-se que o “grupo burocratizou”, ou seja, “os meios se transformam em fins” (p.68).

No que concerne ao *staff* técnico e à equipe administrativa, assim como os pacientes e familiares “resistem às mudanças”, esses também, tendo assim uma “tendência a ser estruturarem como organizações”, uma vez que “as organizações constituem uma parte de nossa personalidade”. Ressalta-se ainda a ideia de “os conflitos suscitados nos níveis superiores aparecem ou se revelam nos níveis inferiores” (p.69).

Com isso, o autor destaca que o ser humano “antes de ser uma pessoa, é sempre um grupo”, “no sentido de que a sua personalidade é um grupo”; nessa conformidade “a dissolução ou tentativa de mudança de uma organização pode produzir diretamente uma desagregação da personalidade; não por projeção, mas em razão direta do fato de que o grupo e a organização *são* a personalidade de seus membros” (p.69).

Tais referenciais foram fundamentais, para a postura estabelecida, na relação com as/os participantes dessa pesquisa, e também, para fundamentar/inspirar algumas

análises. Além disso, ampliam as contribuições da Psicologia a esse campo de políticas públicas e programas governamentais.

2.2. Construção do problema de pesquisa e campo de trabalho

A construção do problema de pesquisa não se dá ao mero acaso. Nasce, a partir dos questionamentos e vivências do pesquisador, inserido em um contexto, entrecruzando o mundo acadêmico, a realidade social e a história de vida. Desse modo, torna-se “difícil” identificar uma “produção individual”, dado que o “pesquisador é fortemente marcado pelo contexto e pelo momento em que vive e trabalha”, no entanto, o “indivíduo não apenas realiza o que o meio social “propõe”, mas também o recria a sua maneira” (Guerreiro, 2006, p.20).

Compartilhamos também das ideias de Victoria (2011). Para a autora, perguntas que chegam à academia e se tornam um problema de pesquisa, em Psicologia Social, iniciam-se na vida social, na relação do pesquisador com seu mundo circunscrito. Para tal discussão, dita autora se utiliza da abordagem qualitativa de paradigma não positivista, visto que não haveria “uma realidade objetiva a ser pesquisada e um pesquisador que se debruça sobre ela para compreendê-la” e, sim, uma “multiplicidade de processos sociais que operam simultaneamente, a partir dos quais se constitui um problema de pesquisa, numa interação entre pressupostos teóricos, metodologia e técnicas de pesquisa” (p.105).

Assim, toda pesquisa se configura a partir de uma “multiplicidade de processos”, mesmo quando esses não são explícitos ou considerados. Isso posto, as pesquisas quando apresentadas, carregam consigo marcas da trajetória do pesquisador, sem sabermos ao certo o momento de início, o que nos leva a legitimar a relação entre vida acadêmica, social e pessoal, citada anteriormente. Guerreiro (2006) acrescenta que

o pesquisador é marcado pelas questões de gênero, situação econômica, raça/etnia, é culturalmente situado, aborda o mundo a partir de um conjunto de ideias, um enquadre (teoria, ontologia) que especifica um conjunto de questões (epistemologia) a serem examinadas, então, através de caminhos específicos (método). (p.21)

Passando para o campo de pesquisa, Spink (2003) realiza uma discussão sobre campo-tema, pois de acordo com o autor o campo não se restringe a um ambiente físico, mas compreende também toda a relação inicial do pesquisador com o tema de estudo, desde “quando nos vinculamos à temática”, quando “dissemos ‘estou trabalhando com’”. Nas palavras dele; “a identificação do campo, por exemplo, em resposta à

questão ‘ sobre o que você está trabalhando?, não somente o torna psicologicamente relevante, mas também psicologicamente presente”. Desse modo, quando falamos acerca do que estamos trabalhando, de certa forma, está-se “propondo a relevância de um campo-tema e também anunciando seu posicionamento neste campo-tempo. O restante é uma questão de encontros, de opções de engajamento e de possibilidades de diálogo” (p.25).

Ao considerarmos essa proposição, o trabalho de campo não se limita, por exemplo, a um período da pesquisa e nem se encerra quando chegamos a casa, pois a vinculação do pesquisador com o seu tema é constante: “ao se inserir no campo-tema, sustenta-se o campo-tema, mantendo-o socialmente presente na agenda das questões diárias” (Spink, 2008, p.73). Dessa maneira, podemos até indagar em qual momento se para de trabalhar quando pesquisamos, pois a atividade intelectual de busca e reflexão pelo e no campo-tema se mantém para além da academia, frequentando os mais inusitados lugares, bastando apenas o encontro de um amigo e a pergunta do que ele está fazendo.

Outro ponto destacado pelo autor é que o estar no campo-tema não é um estar sozinho, pois “estamos juntos com outros, inseridos, e posicionados de maneiras diferentes” (p.74). Com isso, o campo-tema é constituído de inúmeros atores sociais abrangendo diversas comunidade e saberes.

Por essa via, abre-se a possibilidade de o pesquisador, dentro do campo-tema, mudar seu caminho, ao se dar conta de outras problemáticas até então não consideradas, uma vez que, a princípio, ao elaborarmos um projeto de pesquisa, construímos um esboço do nosso possível percurso. No entanto, no desenrolar do trabalho, é possível ao pesquisador, mudar os planos, se for caso e ter a flexibilidade de trabalhar conforme a demanda, com o inesperado.

2.3. A relação pesquisador-pesquisado

A relação pesquisador-pesquisado não se dá apenas de um sujeito para outro, mas envolve toda a comunidade representada por esses sujeitos ou a que cada um destes corresponde, na medida em que o pesquisador se torna um representante da instituição à qual pertence. Ademais, as relações desta com a comunidade podem determinar também a posição que os pesquisadores ocuparão, perante os pesquisados e serão vistos por estes últimos.

Becker (1999) discute algumas questões, as quais são nomeadas por ele de “alguns problemas de método negligenciados”. Desses problemas, apresentados pelo autor, escolhemos discutir sobre a inserção do pesquisador no ambiente/local de pesquisa. No panorama atual, tal inserção se inicia com a aprovação oficial pelo comitê de ética, mas se estende ao convívio com os sujeitos da pesquisa e a aceitação ou não destes. Sendo assim, a pesquisa de humanos com e para outros humanos extrapola a aprovação documental, precisando haver encontros, trocas, diálogos e tempo, variáveis essas, com pouco controle e sem prazos determinados a priori.

Nessa caminhada, temos claro que nosso papel enquanto pesquisadores será o de um estrangeiro e nossa busca pelo saber do outro é sempre uma tentativa e uma aproximação. Por mais simétrica, que se tente estabelecer a relação, entre pesquisador e pesquisado, é importante ressaltar que o lugar de cada um já os coloca em posições diferentes e é a partir dessa constatação, que se pode buscar uma aproximação não autoritária.

Acerca dessa relação entre pesquisador e “objeto a ser estudado”, Sato e Souza (2001) dizem que ao se inserir no contexto de pesquisa, o pesquisador também é pesquisado pelos até então seus “objetos”: “(...) ambos são pesquisados, na medida em que olham acontecimentos, constroem ‘fatos’, analisam a nós e nos interpretam, com finalidades e, talvez, com instrumentos distintos...” (p.5). As autoras pontuam que, a partir dessa pesquisa realizada pelos pesquisados a respeito dos pesquisadores, serão pautados os comportamentos posteriores.

(...) ambos falam ou deixam de falar coisas em função das concepções prévias ou criadas no decorrer dessa convivência (...) o fornecimento e o ocultamento de informações ao pesquisador serão controlados pelas representações que essas pessoas criam sobre ‘quem é o pesquisador’. (p.5)

A partir dessa ideia, podemos dizer que, com diferentes referenciais e objetivos, quando a pesquisa é com sujeitos humanos, em certo momento, tanto pesquisador como pesquisado são pesquisados, pois interessa ao participante saber quem é esse outro que se insere em seu ambiente e quer saber sobre ele, quais usos serão feitos disso, benefícios etc.

Por essa via, vemos uma possibilidade de troca de posições nessa relação de poder, até para que esta não se torne dominação, sem meios de resistência. Dito isso, partindo do princípio de que é uma relação na qual as pessoas interagem, pensam e

sentem sobre o que está ocorrendo, não há nesse modelo de pesquisa um controle total do pesquisador sobre o sujeito/comunidade pesquisada.

Outro ponto diz respeito ao fato de, em toda relação humana para se conseguir uma troca é preciso haver uma qualidade na confiança e a relação de pesquisa não se isenta disto, sendo assim, faz-se imprescindível que de alguma forma, o pesquisado acredite na “boa-vontade” do pesquisador, pois muito do desenvolver da entrevista ou das condutas observadas está intimamente pautada nessa confiabilidade. Caso não haja essa confiança, o pesquisado “(...) poderá falar o “socialmente aceito” e não o que realmente pensa e faz, comprometendo o próprio resultado do estudo” (Guerreiro, 2006, p.62).

Uma das variáveis dessa relação de confiança, de falar sobre mim a alguém é o tempo, tempo este que não é palpável, cronológico e, possivelmente, haverá diferenças em um pesquisador que conhece o entrevistado no dia da entrevista de outro que inicia um vínculo com a comunidade local para então se aproximar dos pesquisados. No entanto, “(...) nunca teremos certeza se nossas reais intenções serão apreendidas pelas pessoas do local e apenas o tempo de convivência poderá dizer” (Sato & Souza, 2001, p.5).

Para as autoras, “há condições para a produção de discursos, é necessário conhecer cada contexto particular para compreender os significados atribuídos localmente aos conteúdos das falas” (p.10). Nesse sentido, elas discutem a respeito de um tempo de convivência necessário ao trabalho de campo como uma forma de se distanciar das estereotipias.

2.4 Procedimentos

No discurso, podemos encontrar diversas contradições, conflitos e ideologias, e este por si só constitui-se como objeto de análise. No entanto, ao falar sobre os procedimentos a serem aplicados na pesquisa de campo em Psicologia Social, Narita (2006) enfatiza que, na entrevista, a realidade se apresenta somente neste campo (do discurso), enquanto que a permanência do pesquisador em campo pode ilustrar as “dissonâncias “ entre o “dizer e fazer”

Em uma situação estanque de entrevista, onde o acesso à realidade dá-se apenas pelo discurso, a realidade pode aparecer mais como objeto de desejo do pesquisador e/ou do entrevistado, enquanto que no cotidiano, vivenciando as práticas junto aos sujeitos, aparecem as dissonâncias e as diferenças entre o dizer e o fazer; aparecem as tensões vividas nas relações sociais. (Narita, 2006, pp.25-26)

Nessa direção, além das entrevistas e grupos, optamos pela observação participante, como uma ferramenta para nos aproximarmos mais da realidade da instituição, a fim de conhecer como se estabelecem as relações entre as usuárias do sistema de saúde e os profissionais, entre o saber científico e o saber popular, possibilitando-nos observar o modo como ocorrem essas trocas de saberes e qual o saber/valor predominante nas condutas utilizadas no cotidiano, para além do discursado.

Sendo assim, lançamos mão de observação participante, conversas informais, entrevistas, reuniões e, a fim de conhecer os sujeitos, as relações entre eles, e as regras de funcionamentos daquele local. O primeiro contato se deu com a equipe de saúde e, posteriormente, com as mulheres e seus acompanhantes. Estive presente em diferentes setores da instituição: recepção; pré-natal de alto risco; sala de pré-parto (observação e conversas não gravadas, consentidas, com as mulheres e familiares); período pós-parto (visitas aos leitos para conversar com as mulheres); participações em reuniões de equipe, no curso do IHAC, no curso de gestante e ambulatório; e realização de grupos com as mulheres na sala de espera.

A pesquisa teve início em novembro de 2013, estendendo-se até agosto do ano seguinte. As visitas ocorriam de duas a três vezes na semana, por um período de aproximadamente cinco horas, em horário comercial. A cada visita era feito um registro em diário de campo, o qual serviu de base para a escrita desta tese. Algumas informações não serão transcritas na íntegra, tendo em vista o sigilo da instituição e dos profissionais, no entanto, em alguns momentos discutiremos situações que se mostraram repetitivas e que nos auxiliaram na análise, sem esmiuçar falas. Considerando ainda que a entrada na instituição se deu como pesquisadora, as conversas informais também serão elementos que contaremos para nossa discussão.

Às mulheres que estavam no pré-parto eram explicados os motivos da pesquisa e feita a oferta de falarem, se assim o quisessem, sobre aquele momento. Em geral, tiveram duração de 30 a 40 minutos, havendo exceções para algumas que foram mais breves e outras mais longas. Tais conversas não foram gravadas, sendo escritas posteriormente no diário de campo, a partir das recordações desta pesquisadora. Das ofertas que fizemos, apenas se recusaram as que estavam com muitas contrações e não tinham condições físicas e emocionais para tanto. Neste trabalho, apresentaremos seis conversas realizadas no pré-parto e uma no pré-natal de alto risco.

Na sala de espera para as consultas de pré-natal de alto risco, eram convidadas as mulheres que ficariam mais tempo para o atendimento, de modo que poderiam

participar do grupo, enquanto aguardavam a consulta. Não tivemos nenhuma recusa para esta atividade e a questão central do grupo era: “como vocês participam dos processos de decisão referentes à gestação em uma instituição pública?”. Foram realizados oito grupos, com duração em torno de 40-60 minutos, sendo que esses grupos foram gravados em áudio, com a permissão das participantes, e posteriormente transcritos na íntegra, por esta pesquisadora⁸.

2.5 Análise

No início de nossa análise, realizamos, após a transformação do diário de campo em um texto, uma leitura flutuante, a fim de, identificar pontos, para serem debatidos, os quais, respondessem ao nosso objetivo, ou mesmo trouxessem à luz outras questões, não pensadas anteriormente, na tentativa de apresentar pontos abordados pelas próprias participantes e da própria instituição.

Deste modo, o conjunto de referenciais apresentado acima, inspirou-nos na construção de uma nova compreensão acerca do que será relatado, no entanto, outros autores serão convidados para nosso diálogo tendo em vista as temáticas suscitadas, a partir desse encontro, entre sujeito-pesquisador e sujeito-participante.

2.6 Considerações Éticas

O projeto desta pesquisa foi inicialmente enviado ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e do município ao qual o Hospital pertence. Após análise e aprovação sob o CAEE nº10912412.7.0000.5561, entramos em contato com o gestor do Hospital escolhido, situado em um município do Estado de São Paulo. Explicamos os objetivos da pesquisa e, posteriormente, fizemos o mesmo com os demais funcionários e com as mulheres, para posteriormente realizarmos as observações, as conversas e os grupos. Àqueles que se dispuserem a participar da pesquisa, entregamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B e C). Às menores de idade, foi solicitada a participação ao seu responsável legal e lhe entregue o TCLE. Será respeitada a privacidade de não identificação de cada participante e da instituição, sendo os nomes apresentados, fictícios.

Todavia, partimos do princípio de que a ética na pesquisa ultrapassa a aprovação dos comitês e dos termos de consentimento assinados, estando presente na

⁸ A transcrição na íntegra encontra-se no **Apêndice A** deste volume.

construção de todo o trabalho, tendo início desde a escolha do tema, do referencial teórico, passando pelas relações no campo, ilustrando dessa forma, a posição do pesquisador frente ao seu estudo.

Guerreiro (2006), ao discorrer sobre a ética em pesquisas qualitativas, relata a importância de se considerar a subjetividade do pesquisador: “se excluirmos (ou tentarmos excluir) as subjetividades, como falar de ética? Se a relação entre subjetividades for silenciada, os aspectos éticos certamente o serão” (p.11). Como consequência da exclusão da subjetividade a autora questiona então que a ética passa a ser colocada como “extrínseca ao processo de pesquisa exigindo então um controle externo que passa a ser realizado por comitês independentes” (p.11).

(...) para re-introduzirmos a dimensão ética no trabalho cotidiano do pesquisador, é necessário incluir sua subjetividade, uma vez que este é o fórum em que decidimos o que é certo e o que é errado. Isso ilustra um paradoxo para a ciência moderna: por um lado, é essencial excluir ou disciplinar a subjetividade; por outro é ela que torna possível a reflexão ética. (p. 12)

No entanto, falar da exclusão ou não da subjetividade é de certa forma um equívoco, pois nas decisões éticas deve-se partir de reflexões acerca dos procedimentos a serem adotados e, para tanto, faz-se imprescindível a subjetividade do pesquisador.

CAPÍTULO TRÊS- CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

No presente capítulo, exporemos um breve panorama pertinente à configuração da assistência à saúde materno-infantil em nosso país e os modos como as instituições foram se apropriando desses serviços desde o final do século XIX até o presente momento.

Seguindo essa passagem, tem destaque o movimento em prol de uma saúde integral à mulher no Brasil ocorrido nos anos de 1980. 20 anos depois foi instituído o “Programa de Humanização no pré-natal e nascimento”. Paralelo a isso é cada vez mais crescente o número de movimentos favoráveis aos partos denominados como humanizados. Apesar da polissemia do termo “humanização”, um consenso é que se devem respeitar os fisiológicos do parto com o mínimo de intervenções possíveis visando ao protagonismo da mulher. Neste sentido, apresentaremos documentos oficiais e dialogaremos com pesquisadores da área.

Não chegaremos à exaustão dos dados, tendo em vista a gama de informações a serem abordadas e trabalhos já consagrados, mas atravessaremos um período histórico para compormos o campo pelo qual nos propomos caminhar.

3.1 Assistência à saúde materno-infantil

No período correspondente, ao final do XIX, e as primeiras décadas do século XX, conhecido como a “*Belle époque brasileira*”, buscou-se a construção de uma “sociedade moderna e higiênica” e, com isso, mudaram-se também os valores familiares. À mulher foi reservado o espaço privado dos lares, em que ela deveria dedicar seu tempo no “cuidado e educação dos filhos” e se responsabilizar pela “‘formação moral’ das crianças”. Todavia, tais valores e modos burgueses não “adquiriram a mesma importância na vida de todos os brasileiros e suas famílias”, considerando questões desiguais e hierárquicas “a partir de elementos socioeconômicos e étnicos”. Mesmo assim, esse “ideal de família tornou-se o novo parâmetro” (Scott, 2013, pp.17 - 18).

Tal modelo familiar apresenta uma contradição, pois- ao mesmo tempo em que se esperava a adoção desse novo modelo de família- e, conseqüentemente, de comportamento, era esperado também das “classes populares” o fornecimento de “mão de obra adequada e disciplinada para a indústria que se disseminava, o que incluía o

trabalho produtivo de mulheres e crianças”. No entanto, em 1872 “as mulheres constituíam 76% da força de trabalho nas fábricas”, ao passo que, em 1950, eram “pouco mais de 20%”. A razão para essa queda estaria associada “especialmente ao aumento da oferta dos trabalhadores masculinos”, fruto do ingresso de “grandes contingentes de imigrantes europeus”, bem como do “crescimento da migração do campo para as cidades” (p.18).

Apresentado esse panorama seguiremos às formas como os serviços de saúde incorporaram essas mudanças em seus programas.

Começamos nosso diálogo com Canesqui (1987), formada em serviço social. A autora realizou um estudo acerca da política estadual de saúde, no qual discute as “medidas sanitárias e de caráter individual, referentes à maternidade e à infância”.

Desse texto, destacamos a ênfase no “cuidado médico individual” e o período de 1930 a 1956, como a expansão da institucionalização desses serviços, iniciada em meados de 1920, por meio da “criação de unidades referentes à proteção à maternidade e à infância”, cujas atividades eram de “higiene infantil” e “assistência social e hospitalar”. Com isso, tem-se uma incorporação da “puericultura” e “a higiene na regulação da vida e da saúde das primeiras idades, sob uma concepção moral e policial” (p.26).

Merece destaque a definição de puericultura veiculada na época: “(...) ciência e arte que tratam da procriação e criação da espécie” (Clovis Côrrea da Costa⁹ *apud* Canesqui). Na sequência dessa mesma citação, é explicitado que os “os órgãos da reprodução não pertencem propriamente ao seu portador” e sim “à espécie”, pois são “a fonte donde promanam as gerações futuras”; assim “ (...) todos os governos, instituições científicas, sociedades filantrópicas e estadistas tem a atenção voltada para as questões relativas à maternidade e à infância...” (p.29).

O caráter da puericultura era “mais educativo” e “assegurava o direito à informação, auxílio e proteção das camadas subalternas” (Novaes¹⁰ *apud* Canesqui, 2009, p.31).

Seguindo para a década seguinte, em 1930, a Diretoria de Proteção à maternidade e infância no interior do Ministério de Educação e Saúde, substitui a

⁹ Costa, C.C. (1955) Puericultura. Rio de Janeiro, Departamento Nacional da Criança. Ministério da Saúde.

¹⁰ Novaes, H.M.D. (1979) A puericultura em questao. Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Universidade de São Paulo (mimeo).

inspetoria de Higiene Infantil e, em 1937 o Ministério da Educação e Saúde passa por uma reestruturação, ocorrendo a criação da divisão de amparo à maternidade e à infância.

Da constituição de 1934, citamos os artigos 121: “assistência médica ao trabalhador e à gestante” e 138: “estímulo à educação eugênica, o amparo à maternidade e à infância, a adoção de medidas legislativas e administrativas visando restringir a mortalidade e morbidade infantis e de higiene social, visando impedir a propagação de doenças”.

Passando para a década de 1940, assinado por Getúlio Vargas, mencionamos o decreto de Lei nº 2024 de 17 de fevereiro de 1940, o qual “fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país”. No artigo 4, é citada a “criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr), no Ministério da Educação e Saúde. Em seu artigo 5, O DNCr é considerado “o supremo órgão de coordenação de todas as atividades nacionais” referente a essa temática. No que se refere às atividades competentes do referido departamento, mencionaremos o artigo 6

- a) Realizar inquéritos e estudos relativamente à situação, em que se encontra, em todo o país, o problema social da maternidade, da infância e da adolescência;
- b) Divulgar todas as modalidades de conhecimentos destinados a orientar a opinião pública sobre o problema da proteção à maternidade, à infância e à adolescência, já para o objetivo da formação de uma viva consciência social da necessidade dessa proteção, já para o fim de dar aos que tenham, por qualquer forma, o mister de tratar da maternidade ou de cuidar da infância e da adolescência os convenientes ensinamentos desses assuntos;
- c) Estimular e orientar a organização de estabelecimentos estaduais, municipais e particulares destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- d) Promover a cooperação da União com os Estados, o Distrito Federal e o Território do Acre, mediante a concessão do auxílio federal para a realização de serviços destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- e) Promover a cooperação da União com as instituições de caráter privado, mediante a concessão da subvenção federal destinada à manutenção e ao desenvolvimento dos seus serviços de proteção à maternidade, à infância e à adolescência;
- f) Fiscalizar, em todo o país, a realização das atividades que tenham por objetivo a proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Dessa época, destacam-se ainda os subsídios e auxílios estatais de apoio financeiro à expansão de infraestrutura e os serviços realizados nos centros de saúde e

postos de puericultura pertencentes às Delegacias Federais e Estaduais da Criança (Canesqui, 1987).

Para Canesqui (1987), a “defesa da criança e da mãe” tinha como meta “assegurar uma prole sadia”, considerando um posicionamento “nacionalista conservador, de cunho fascista” e “contrário às práticas anticoncepcionais (já praticadas pelas camadas de altas rendas) e ao aborto provocado” (p.30).

Feito esse sucinto recorte histórico, conclui-se que a assistência à mulher e à infância seguiu a tendência geral das políticas do Estado Novo (Getúlio Vargas 1937-1945), ou seja, centralizadoras: “voltada para as camadas mais pobres, com o intuito de garantir braços fortes para a nação” (Nagahama & Santiago, 2005, p.652).

Tal assistência visava reduzir as “elevadas taxas de mortalidade” e a “não taxa de natalidade”. Para tanto, oferecia-se “serviços sociais, educativos e de higiene” (Canesqui, 1987, p.37).

No período de 1950, agregaram-se recursos internacionais, procedentes do Fundo das Nações Unidas para Infância, conveniado com o Governo Brasileiro. O DCNr foi o executor desse convênio (1950-1962), concentrando suas atividades no Nordeste. Já em 1953, o DNCR incorpora-se ao Ministério da Saúde e passa a se constituir o órgão mais importante em nível federal de coordenação da proteção à maternidade e à infância. Os cuidados se restringiam à puericultura (Canesqui, 1987).

A seguir, apresentaremos o discurso de Miguel Couto Filho, ao assumir o então criado Ministério da Saúde em 1953, a respeito das contribuições da Medicina e da puericultura

(...) formação do homem hígido de amanhã, pronto para todos os labores, apto às maiores conquistas para a nacionalidade. Não é mais admissível, antes os progressos da ciência que a mulher perca a vida ao dar a vida ao filho, permitir a alta mortalidade infantil, assustadora no Nordeste, quando a prática da puericultura, simples cuidados higiênicos, leite suficiente e o administrar vacinas contra a coqueluche, enterites, tifo, difteria, B.C.G. e outras imunizações que surgem como a paralisia infantil e evitam as principais causas de morticínio das crianças...É um dever imperioso defender de maneira eficaz a criança brasileira, em verdade ainda o melhor elemento a salvaguardar o futuro da nação; melhor e mais seguro que o mais eficiente imigrante. (Miguel Couto Filho *apud*¹¹ Canesqui, p.31, 1987)

Notamos na citação acima uma preocupação com a saúde da mulher e das crianças, restrita a aspectos biológicos, mas com foco em questões sociais e

¹¹ Couto, M.F. (1953) (Discurso de posse do cargo de Ministro da Saúde). Rio de Janeiro.

econômicas, havendo um projeto para o futuro, das pessoas e do país. É possível também a identificação de medidas preventivas para alcançar esse fim e a notória diferença regional.

De acordo com Canesqui (1987), a puericultura estava associada “à construção da nação e à formação do brasileiro hígido para o trabalho”, em “defesa da vida e da nação” (p.31). Um meio para isso foi o trabalho educativo e a utilização de “meios tecnológicos”, como vacinas e leites artificiais.

Encontramos, ainda no texto, dados referentes à “interferência da puericultura na política estatal” no que concerne aos cuidados à maternidade e à infância e, posteriormente aos adolescentes. O DCNr era reconhecido como o “lócus de incorporação do saber médico”, relacionado também à expansão da “infraestrutura” da rede de serviços materno-infantis. Por meio da associação entre esse projeto educativo ao DNCr e à puericultura foram divulgadas “normas de higiene” em materiais educativos e, para as mães “que cuidassem bem de seus filhos” seriam distribuídos prêmios “divulgando com isto as normas de puericultura entre as camadas subalternas” (p.33).

Para além das “noções de higiene, da gravidez, a amamentação no peito, a alimentação da criança e sua educação”, a puericultura “trazia sua colaboração à normatização das condutas sociais das camadas desprovidas no que toca à reprodução e à educação dos filhos” (p.34).

Nos dizeres de Canesqui, Clovis Corrêa Costa acreditava que “a puericultura brasileira deveria incorporar a eugenesia no estilo alemão, vetando definitivamente ou temporariamente a reprodução aos indivíduos portadores de doenças mentais, taras e moléstias infecciosas, mediante o emprego de esterilizações” (p.34).

Prosseguindo, a autora escreve que, por meio do convênio com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (FISI), o DCNr, passou a exercer também “propostas educativas”, como o “clubes de mães”, a partir de “modelos de formação de grupos”, “imprimindo a ‘participação da comunidade’ no planejamento e organização de suas atividades” (p.35).

Tal fato é decorrente de um “novo modelo de prestação de serviços de saúde e de educação”, sob responsabilidade do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o qual foi incorporado ao Ministério de Saúde em 1948 e reconhecido como fundação em 1960 (Lei nº 3750).

A transformação desse modelo de puericultura – higienista e pedagógico- deu-se na década de 50, com a incorporação de “alguns meios tecnológicos de combate às doenças infectocontagiosas e desnutrição”, dando início à “pediatria preventiva” (p.37).

Por conta desses serviços, entre 1950 e 1962 foram “distribuídos 50.000.000 quilos de leite desnatado em pó, equivalente a 4.200.000 quilos ao ano” e, entre 1963 e 1965, por meio de um convênio entre a Campanha Nacional de Alimentação e o governo americano (Alimentos para a Paz), o DCNr distribuiu “15.000.000 quilos de leite em pó, 5.000.000 quilos ao ano, e capsulas de vitamina A-D (5.500.000 unidades)” (p.37).

Todavia, de acordo com Nagahama e Santiago (2005), no final da década de 50 e início da década de 60 tal proteção à maternidade e à infância deixa de ser prioridade para outras pautas, como o “combate às moléstias endêmicas rurais” (p.653).

Desse período também destacamos a “contração da saúde pública” no pós-64¹², com consequente “crescimento e expansão da medicina previdenciária”, cujo foco era um trabalho “curativo e individualizado”. Em 1969, por conta do decreto 64.061 tem-se a extinção do DCNr (Canesqui, 1987).

No ano de 1971, Emilio G. Médici, presidente do Brasil entre 1960 e 1975 durante a ditadura militar, assinou o decreto nº 69.514 de 09 de novembro, o qual “dispõe sobre a execução de medidas de proteção materno-infantil e dá outras providências”. No artigo 1 é posto como competência do Ministério da Saúde “planejar, orientar, coordenar e controlar” as ações; já no artigo 2, são mostrados os principais objetivos das medidas protetivas, que são: “I - assistência à gestante, a nutriz e nos lactentes”, II - “proteção à criança pré-escolar” e, III - “proteção à criança em idade escolar”. Há uma ressalva nesse documento de que será dada “preferência, à criança nas populações de mais baixa renda”.

Entre 1974-1978 tem-se a “expansão dos benefícios previdenciários” e a inclusão do “salário – maternidade” e a “assistência médica à população, abarcando também a população rural”. Nessa época, ocorreu uma “reativação da saúde pública”, a partir da “criação de novos programas”, dentre eles, o “Programa de Saúde Materno-Infantil” (1974 e 1976). Temos também as Ações Integradas de Saúde (AIS), em que se elegeu “áreas prioritárias de saúde”, das quais destacamos a de “promoção da saúde da mulher e da criança” (Canesqui, 1987).

¹² Vale destacar que 1964 e 1985 o Brasil passou por uma ditadura militar.

De modo geral, condizente à reprodução humana, Canesqui (1987) pontua que no sistema previdenciário, foram privilegiados: o “cuidado ao parto (normal e cirúrgico)”, às “intercorrências obstétricas” e a “assistência clínica ginecológica”. Encontramos também uma discussão em relação ao aumento elevado das taxas de cesáreas na época, conforme apresentaremos abaixo

A multiplicação de partos cirúrgicos tem exemplificado as distorções do complexo médico previdenciário no sentido de imprimir atos desnecessários. Até 1982, o parto cirúrgico era melhor remunerado do que o parto normal. A unificação deste valor teve por objetivo reduzir o número de partos cirúrgicos. Contudo, não se pode aquilatar a eficácia desta medida, pois diferentes motivações dos pontos de vista dos profissionais (redução do tempo de espera e remuneração extra do médico pela cliente para realizar a laqueadura por ocasião de cesárea) e de parte da clientela (parto mais confortável e expectativa de laqueadura) podem ter tido interferências na ampliação daqueles atos. (p.58)

Para além do “modo de organização do cuidado médico e sua lucratividade”, são mencionadas as “expectativas das consumidoras, interiorizando os progressos da tecnologia médica” (p.60). Nesse sentido, a mulher, ao ser vista como consumidora, oferta-se a ela, os serviços de saúde como mercadoria, prevalecendo a lógica do mercado.

Em relação ao controle da natalidade, em 1973 o Ministro da Saúde Mario Machado Lemos reconheceu o planejamento familiar como “medida ‘racionalizadora’, da parte dos casais ‘ignorantes e pobres, que procriavam filhos acima de suas possibilidades’”. De acordo com Canesqui (1987), “a redução da taxa de mortalidade infantil, expressão da deterioração das condições de vida, foi preocupação do governo e daquele Ministério, passando a merecer considerações na área de saúde materno-infantil” (p.83).

Neste ponto, faz-se importante destacar aspectos de ordem política e econômica, pois de 1974 até 1980 ocorreu o “esgotamento do milagre” econômico, sendo criado o II Plano de Desenvolvimento do Governo Geisel (1975-1979)

se por um lado o II PND reconheceu a existência no país dos espaços vazios, de outro admitiu que a taxa de crescimento da população comprometia o aumento da renda *per capita*, manifestando preocupações com o desequilíbrio da taxa de emprego e do crescimento demográfico. (p.90)

Deste modo, o Governo se prestava à informar as “camadas de baixa renda” sobre métodos anticoncepcionais e a “garantia do bem-estar social” intencionando “intervir” por meio do serviço público de saúde “promovendo serviços e meios de

planejamento da prole, associados a preocupações com o comportamento da taxa de fecundidade e face das oportunidades de emprego e renda” (p.90-91).

Em 1974, foi criado o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) e com isso o Programa de Assistência Materno-infantil (“versão preliminar”) focou os “programas de prevenção à gravidez de alto risco e suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda” (Nagahama & Santiago, p.653, 2005).

Nos anais da “V Conferência Nacional de Saúde” (Ministério da Saúde, 1975), localizamos o “Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil”, cujo objetivo central era “contribuir para a redução da morbidade e mortalidade do grupo materno-infantil” (p.60). O “sentido amplo do grupo materno-infantil” abrangia: “mulher em idade fértil, gestante, parturiente, puérpera, criança e adolescente”, o que correspondia a “70% da população”. Todavia, a ênfase era para “mulher no decurso da gestação, parto e puerpério e a criança menor de 5 anos, para as ações integradas de saúde” (p.60).

Vemos aí um destaque para a “importância biológica e socioeconômica” do público-alvo em detrimento de questões de ordem subjetivas.

Ainda referente ao Programa, foi realizado um levantamento de dados e concluiu-se que “os níveis de saúde do grupo materno-infantil” eram “insatisfatórios” decorrentes de: “elevadas taxas de morbidade e mortalidade”, “elevada proporção de óbitos de menores de 1 ano em relação ao total de óbitos”; “elevada proporção de óbitos em crianças de 1 a 4 anos” e “predominância de óbitos por causas evitáveis” (p.57). A expectativa de vida na época era por volta de 60 anos de idade.

A partir da situação pesquisada, os subprogramas e atividades se dividiram da seguinte forma: “assistência materna”, “gestante”, “parto”, “puerpério”, “doenças ginecológicas, incluindo as venéreas e o câncer”, “assistência à criança e ao adolescente”, “controle da saúde das crianças menores de cinco anos”, “controle da saúde do grupo etário de cinco a 19 anos”, “expansão da assistência materno-infantil”, “suplementação alimentar”, “educação para a saúde” e, “capacitação de recursos humanos” (p.60-3). Menciona-se também que o local preferencial para partos sejam os hospitais.

Gostaríamos de fazer uma ressalva, pois de modo geral, nesses subprogramas e atividades encontramos um apelo às palavras como: prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, hábitos higiênicos, orientação, proteção, educação, controle, supervisão; o que em alguma medida, nos mostra a ordem instituída e esperada, de quem sabe pelo outro e, portanto, precisa adequá-lo.

Seguindo essa lógica, ao dizer a respeito da proteção aos escolares, é citada a “participação nos programas de atendimento a grupos especiais desprovidos de vida familiar normal” e “educação dos pais, através da participação em grupos” (p.62). Não há nenhuma menção ao que se espera por uma ‘vida familiar normal’ e por ‘educação dos pais’, todavia, tais elementos já nos fazem pensar em um modelo padronizado e idealizado, assim como em pais e mães que mereçam ser educados, por talvez não serem como o esperado.

Há indícios de que a preocupação com a saúde da mulher visava à saúde do seu filho, conforme o trecho a seguir: “(...) suplementação alimentar, para a lactação insuficiente e a ocorrência de prematuridade ou nascimento de crianças de baixo peso” (p.60). E mais

É de se prever que a melhoria das condições de saúde do grupo materno-infantil, particularmente no que se refere à obtenção de um estado de nutrição mais favorável, possibilite crescimento e desenvolvimento normais, promova maior rendimento no período da aprendizagem e, assim, adaptação mais harmônica no lar, na escola e na comunidade. Em face da crescente participação da mulher na força do trabalho, é necessário assegurar-lhe as condições que impliquem em proteção sanitária e social adequadas, durante os períodos de gestação e de aleitamento materno. Assim, a execução do Programa de Saúde Materno-Infantil, a longo prazo, virá contribuir para maior produtividade com o ingresso de novas e mais hígdas gerações na força de trabalho; a saúde será meio e fim para o desenvolvimento econômico-social, consoante ao disposto na Política Social do Governo explicitada no II Plano Nacional de Desenvolvimento. (p. 72)

Fala-se também de equipes multiprofissionais e é mostrada uma tabela (Tabela VII, p. 64-8) referente à composição, elementos e instrumentos das tarefas e atividades, a qual não apresentaremos na íntegra, a fim de destacar apenas as atividades, os tipos e o elemento nuclear:

Quadro 1- Composição, elementos e instrumentos das tarefas e atividades do “Programa Nacional de Saúde materno-infantil” (1975)

Atividades	Tipos	Elementos Nuclear
Gestante	Consulta médica	Médico
	Atendimento de Enfermagem	Qualquer elemento da equipe de enfermagem
	Consulta Odontológica	Odontólogo
Parto	Imunização	Vacinador
	Parto domiciliar	Curiosa Orientada
	Parto Hospitalar	Médico e/ou enfermeira

		obstétrica e/ou obstetriz
Puerpério	Consulta médica Visita domiciliar	Médico Enfermeira ou visitadora
Crianças menores de um ano	Consulta médica Atendimento de Enfermagem Visita domiciliar	Médico Qualquer elemento da equipe de enfermagem Enfermeira ou visitadora
Crianças maiores de um ano	Vacinação Consulta médica Atendimento de enfermagem Consulta odontológica Aplicação tópica de flúor Visita domiciliar Teste PPD	Vacinador Médico Qualquer elemento da equipe de enfermagem Odontólogo Auxiliar de higiene dental Enfermeira ou visitadora Enfermeira

Fonte: Canesqui, 1987, p. 64-8.

Com base na tabela exposta acima, vemos instalada uma distinção de gênero entre as atividades laborais, à medida que as palavras “médico” e “odontólogo” estão no masculino, enquanto “enfermeira”, “curiosa orientada”, “visitadora”, no feminino. Por essas distinções, inferimos uma relação assimétrica, pois as atividades com mais prestígio social são atribuídas aos homens e as concedidas também socialmente como inferiores, à mulheres. Destacamos a definição “curiosa” dada às parteiras, pois esta, de certo modo, desqualifica-as em seus saberes e ações.

Dentre as estratégias do referido programa, há o estímulo e apoio à “regionalização das instituições” e, mobilização da comunidade “para sua efetiva participação na solução dos problemas de saúde” (p.71).

No período entre 1974 e 1979 temos também a criação de outros grupos e instituições privadas de prestação de cuidado materno-infantil, dentre eles o “Centro de pesquisa e atenção integrada em saúde materno-infantil” (CEPAIMC-RJ), a “Associação brasileira de entidades de planejamento familiar” (RJ) e, a “Associação de reprodução e nutrição em saúde materno-infantil” (REUNI). Apesar de não haver uma unanimidade entre tais grupos, no que se refere aos prós e aos contras do controle de natalidade, eles compartilhavam objetivos de se trabalhar o planejamento familiar.

A partir de tais dados, pode-se dizer que nas décadas de 1970 e 80, houve uma expansão dos programas de planejamento familiar, principalmente no setor privado (Canesqui, 1987).

Nesse cenário, podemos dizer que o governo assume uma posição contrária às “políticas de cunho controlista” partindo para “ações livres e informadas dos casais e

indivíduos no planejamento de sua vida” (p.114). Dessas ações, destacamos a palavra “informação” como um meio para se chegar a uma ação. Todavia, cabe ressaltar também que tal posição não fora um consenso entre os diversos grupos envolvidos a essa temática, havendo posicionamentos, que associavam o “crescimento demográfico à causa dos males dos países em desenvolvimento” e o “controle demográfico” como uma “solução à miséria” (Canesqui, 1987, p.108).

Um fato notório é que, assim como os outros planos, o Programa de Ações Básicas de Saúde (Prev-Saúde), criado em 1980, manteve a atenção da saúde da mulher voltada ao seu período reprodutivo, ou seja, atrelada ao grupo de saúde materno-infantil.

Acerca dos trabalhos direcionados às mães, a historiadora Martins (2008) realizou uma análise dos aconselhamentos dirigidos a elas, por meio da produção literária médica composta por três livros entre as décadas de 1930 a 1960. De acordo com a autora, tais livros consolidam o processo da “autoridade do especialista em crianças”, estabelecendo-se aí uma relação “desigual e assimétrica” entre mães e médicos a qual “expressa não só a diferença entre o leigo e o especialista, mas também a diferença de gênero” (p.137). Nessa relação, o médico ocupa o lugar de autoridade, do conhecimento, enquanto a mãe, “moldada pela natureza” ocupa o lugar do não conhecimento, “sem conteúdo”, “esperando pela condução do médico” (p. 137).

A autora pontua crescimento do “mercado editorial de livros e revistas especializadas” e atrela isso ao crescimento da “insegurança dos pais em relação ao cuidado e à criação dos filhos” (p. 136).

De um lado vemos uma polifonia de opiniões e de conselhos dos mais diversos especialistas como pediatras, psicólogos e pedagogos. De outro lado, a avidez silenciosa de leitores que admitem nada ou pouco saber sobre a criação dos filhos, admitindo que num mundo cada vez mais segmentado em competências específicas e técnicas, criar filhos também demanda conhecimento, método e técnicas complexas. (p.136)

Dado o exposto, é possível afirmar que a “constituição da especialidade médica pediátrica e seu projeto educativo e formativo, a puericultura” seria uma das origens desse lugar de não-saber ocupado por mães e pais, naturalizando um discurso em construção ao longo dos últimos 40 anos. Esse fato, permite-nos interrogarmos se os pais e mães ficaram com muitas dúvidas de como criarem seus filhos ou se o mercado médico-editorial passou a questioná-los e desacreditá-los, para que eles então viessem

em busca dos especialistas que podem, com propriedade, recomendar o melhor para os filhos [dos outros].

Vemos ainda que, as primeiras décadas do século XX marcam uma incorporação da “saúde da mulher” às “políticas nacionais de saúde”, no entanto, restrita “às demandas relativas à gravidez e ao parto”, sendo a mulher vista a partir de sua “especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares” (Secretaria especial de políticas para as mulheres, 2004, p.64).

O foco dessas políticas está em ações programáticas, de organização e execução, não havendo menção acerca de questões subjetivas e de participação das mulheres. Nesse sentido, podemos dizer de medidas verticais, na qual o controle e a ação são pensados sem considerar o sujeito, alvo das ações, homogeneizando, assim, a “mulher” a uma categoria de “reprodutora” e que precisa ser “educada”.

3.2 Saúde Integral da Mulher: Movimentos sociais e Políticas de “Humanização”

Iniciamos este tópico considerando as transformações ocorridas tanto no conceito quanto nas políticas de saúde a partir dos anos 80, bem como a instalação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, a partir do qual a saúde passou a constituir “um direito de todos e dever do Estado” (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), e a ter seu conceito ampliado, buscando superar a visão biologizante do adoecimento.

Retornando à questão central de nosso trabalho, a saúde da mulher, a década de 1980 foi marcada pelas experiências de grupos, os quais passaram a ter um olhar voltado à saúde integral da mulher, juntamente com a pressão de grupos organizados de mulheres que reivindicavam outro modelo de assistência, não as vendo somente como reprodutoras. Mas em relação à reprodução, é a partir desse período também que “ocorreu um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento” (Nagahama & Santiago, 2005, p.654).

Tornquist (2004) enfatiza os anos 1980 como o “início” do movimento em prol do parto humanizado, embora esse tenha raízes em décadas anteriores. Sobre esse movimento ressalta: “(...) ao mesmo tempo em que se promovia o questionamento sobre a medicalização excessiva do parto (representado pelas cesáreas), cresciam as reivindicações dos movimentos feministas e sanitaristas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos” (p.7).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa “Assistência Integral à Saúde da mulher: bases de ação programática” (PAISM). Tal programa indica uma “ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e critérios para eleição de prioridades neste campo” (Secretaria especial de políticas para as mulheres, 2004, p.64).

A 1ª impressão do documento ocorreu no ano seguinte e nela encontramos uma crítica ao atendimento deficiente, quase que exclusivo, ao período gravídico-puerperal, havendo uma “desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher” (p.5). Considerando tal quadro, a proposta era: “oferecer atividades de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério”; “a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade”; “o controle das doenças transmitidas sexualmente; do câncer cérvico-uterino e mamário”, e “a assistência para concepção e contracepção” (Ministério da Saúde, 1985, p.6).

Como principais problemas na época, são listados: “acompanhamento pré-natal” (baixa cobertura e qualidade, majoritariamente às mulheres com nível socioeconômico baixo), “assistência ao parto”, “redução progressiva do aleitamento materno”, “câncer de colo de útero e da mama” (altas taxas de morbimortalidade), “doenças sexualmente transmissíveis”, “aborto”, “doenças sistêmicas”, “falta de acesso às informações e meios necessários para a regulação da fertilidade”, “falta de assistência de saúde às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos”, “grupo de mulheres adolescentes” (ações mais abrangentes capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos), “mulheres com mais de 49 anos” (risco elevado de câncer cérvico-uterino e problemas próprios da menopausa), e “serviços de pesquisa e tratamento de esterilidade conjugal” (acesso restrito a uma pequena parcela da população) (p.10-13).

Os serviços, direcionados à mulher em todas as fases da vida, mantinham uma perspectiva de integralidade, por meio da assistência: “clínico-ginecológica”, “assistência pré-natal”, “assistência ao parto e ao puerpério imediato” (p.18-20).

A questão do planejamento familiar está presente de modo complementar e como um direito do indivíduo e do casal: “direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais”. Todavia, é pontuado que para exercer tal direito faz-se necessário ter “conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação” e ter “acesso às

informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva” (p.15).

Posto isso, o lugar atribuído ao planejamento familiar foi no “contexto das ações de saúde” e não como “solução dos problemas sociais e econômicos” (p.15).

Condizente à assistência ao parto, é citada a “perambulação” das mulheres na busca por atendimento, bem como a “precária qualidade de assistência, os excessos da medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas” (p.10).

Tanto no pré-natal como no parto e no período egresso, há uma ênfase no aleitamento materno e termos como “educação”, “transmissão”, “informação”, “orientação” tomam a cena. Referente ao parto, menciona-se que este deva ser “sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente” (p.20), e há um “estímulo ao aleitamento materno, promovendo a lactação, sempre que possível, ainda na sala de parto” (p.20).

Como estratégias de ação, citamos, dentre outras: “implantação de alojamento conjunto”¹³ e “melhoria da qualidade da assistência ao parto hospitalar, através da capacitação da equipe de saúde para o atendimento ao parto normal” e “adoção de medidas visando à melhora da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais”. (p.22). Também são propostos “centros regionais para a educação continuada de pessoal da rede básica nas atividades de atenção à mulher e à criança” (p.24).

Do referido documento, ressaltamos que majoritariamente as mulheres são consideradas como clientes, mas em alguns trechos, já encontramos a palavra “usuárias”¹⁴.

Ainda no ano de 1985, foi instituída a Lei nº 7353, de 29 de agosto, assinada pelo presidente José Sarney, que trata da criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), cuja finalidade é “promover, em âmbito nacional, políticas que visem eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhes condições de liberdade e de

¹³ De acordo com o Ministério da Saúde é: “1 - um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho. 2 - A colocação do recém-nascido junto à mãe de forma descontinua não oferece as vantagens citadas e não é, por definição, considerada como "Alojamento Conjunto" (p.5). Ministério da Saúde (1993) Normas básicas para o alojamento conjunto – passo 7- Iniciativa Hospital Amigo da Criança – Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (MS). Grupo de Defesa da Saúde da Criança.

igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país”.

Passando para a década de 1990, a Lei nº 8212 de 24 de julho de 1991, trata da “organização da seguridade social” e no capítulo IX reconhece o salário-maternidade como um “salário-de-contribuição” às beneficiárias da previdência. Nesse mesmo ano, a Lei nº 8213, de 24 de julho, regulamentou os “Planos de Benefícios da Previdência Social”, entre eles, o salário-maternidade.

No ano de 1992, implanta-se programa “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), cujo objetivo é “promover, proteger e apoiar o aleitamento materno” uma vez que esta é uma “estratégia isolada de maior impacto na mortalidade na infância”. (Ministério da Saúde, 2011, p.2). Tal iniciativa foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF (Fundo as Nações Unidas para a Infância), em “resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender a praticar a amamentação com sucesso” (p.2). No texto, é indicado que a amamentação seja “exclusiva por dois anos ou mais, com a introdução de alimentação complementar adequada e no momento oportuno” (p.3).

Há ainda nesse programa critérios globais para a adesão e um brasileiro. O primeiro refere-se aos dez passos para o sucesso do aleitamento (vide abaixo), enquanto que o segundo diz respeito à “Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL)” (NBCAL).

Quadro 2 - Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

Dez Passos	
1-	Ter uma norma escrita sobre aleitamento que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2-	Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3-	Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento.
4-	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento.
5-	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6-	Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico.
7-	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos- 24 horas por dia.
8-	Encorajar o aleitamento sobre livre demanda.
9-	Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

10- Encorajar o estabelecimento de grupo de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta do hospital ou ambulatório.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011, pp.12-13.

O título “Dez passos para o sucesso” já ilustra uma valoração social sendo o inverso disso o fracasso, configurando-se dois polos, cabendo aos profissionais e às mulheres ocupar um ou outro. Por meio dessa valoração, se constrói uma “norma” orientadora. Novamente as indicações e contraindicações são da área médica, cabendo aos profissionais “encorajar”, “não dar” e “encaminhar”. Tais verbos sinalizam, novamente, o papel do estudioso que sabe o que é melhor para o outro, sem ao menos consultá-lo.

Todavia, não vemos menção a nenhum aspecto de ordem psicológica, por exemplo, que pode comprometer uma amamentação, havendo aí uma desconsideração de questões singulares.

Entendemos que programas de grande porte devam considerar aspectos gerais. No entanto, nossa preocupação, relaciona-se ao momento em que tais programas são tomados pelas instituições e se busca um padrão universal desprezando as demandas locais e pessoais.

Ainda sobre o IHAC, no ano de 2011 foi lançado o documento ministerial “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”. Dos dados apresentados, consta que havia na época 333 hospitais credenciados, sendo que de aproximadamente 5.340 estabelecimentos de saúde com leitos obstétricos, 6,2% estavam entre os credenciados.

Acredita-se que a adição de critérios criados pelo Ministério da Saúde em 1994, 2001 e 2004 tenha freado a expansão do IHAC. Um desses critérios exigia taxas de cesarianas iguais ou inferiores às estabelecidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e que foi posteriormente modificado em janeiro de 2008, passando a exigir a redução de taxas de cesáreas no último ano. (Ministério da Saúde, 2011, p.7)

De modo geral, os critérios para receber esse título são:

Quadro 3- Critérios para a instituição receber título “IHAC”

1.	Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.
2.	Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.
3.	Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde.
4.	Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
5.	Disponer de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto.
6.	Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta

hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares.

7. Possuir Comitê de Investigação de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
8. Apresentar taxa de cesarianas conforme o estabelecido pelo Gestor Estadual ou Municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde. Os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal deverão apresentar redução dessas taxas pelo menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas.
9. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano.
10. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.
11. Cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011, pp.12-13.

Uma vez com o título, é feita uma reavaliação no período máximo de três anos, o que é uma “importante estratégia para o acompanhamento das taxas de aleitamento materno e também para a humanização do atendimento ao binômio mãe-bebê” (p.19).

A década de 1990 também é marcada pelos movimentos sociais favoráveis ao parto. Desses movimentos, Tornquist (2004) elege discorrer sobre a “Rede de Humanização do parto e nascimento (REHUNA)”, que, nos dizeres dela, é o “principal grupo que atua no Brasil”, definindo o parto humanizado como um “um desdobramento” do movimento “Parto Sem Dor” da década de 70.

O ato de fundação da REHUNA data o ano de 1993, a partir de um encontro entre “pessoas interessadas em discutir o modelo de atenção ao nascimento predominante no país” (p.144). A identidade desse grupo foi constituída pela “contestação da *‘patologização’* do parto, sua redução à condição de uma *disease* e a um evento ligado à doença, e não à saúde” (p.152).

A “carta de Campinas”¹⁵, escrita em 17 de outubro de 1993 foi o “ato de fundação” da rede, sendo essa composta por “pessoas, grupos e instituições de saúde” que trabalhavam na área. Nessa carta, há críticas acerca do elevado número de cesáreas e também das violências ocorridas em um parto vaginal, como “da posição, das rotinas e interferências médicas” as quais “perturbam e inibem o desencadeamento dos mecanismos fisiológicos naturais do parto”. Em virtude disso, é colocado, nessa carta,

¹⁵ Disponível em: <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html>. Recuperado em 25.01.2016

que não seja espantosa a busca das mulheres pela cesárea como “a melhor forma de nascer” em vistas de “um parto sem dor, sem medo e sem risco” (“n.p.”).

É mencionada também a falta de informação às mulheres dos riscos de “3 a 30 vezes maior de morrer no parto” quando feito cesáreas desnecessárias, bem como o risco de “13 vezes maiores de morbimortalidade para o bebê”. São ainda citados outros fatores, os quais, reproduziremos na íntegra

Mudanças sociais profundas vêm fazendo com que as mulheres se distanciem de suas raízes e de seus corpos, se submetam à desapropriação de suas práticas e saberes milenares. Se alijando progressivamente de seu papel de sujeito no momento do nascimento. A esta situação se aliam tabus, a repressão da sexualidade e a opressão, subordinação e manipulação das mulheres em nossa sociedade.

- No modelo social e econômico, em que tempo é dinheiro, o parto vem sendo crescentemente realizado como se fosse linha de montagem, concentrando-se nas vésperas de feriados fins de semana, violentando o tempo e o ritmo natural da mãe e filho.
- Na sua estratégia de obter a presença do obstetra durante o parto, signo, na cabeça da mulher, de segurança, saber, cientificidade e eventualmente anestesia para a dor do parto ela assume incondicional e passivamente o papel de doente, entregando-se totalmente às recomendações e intervenções sugeridas pelo obstetra.
- Inseridos no contexto de crescente especialização e incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, os obstetras se afastam cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, tendo perdido o conhecimento e a segurança da prática da arte da obstetrícia. (“n.p.”)

A partir do exposto, notamos que a discussão relaciona a forma de parir com o papel da mulher na sociedade, sendo que esse papel repercute na relação dela com seu próprio corpo. Outro ponto a ser considerado é a interferência de questões de ordem econômica na determinação do tipo de parto.

Em resposta a esse cenário, a REHUNA se propõe a: “mostrar os riscos para a saúde das mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas”; “resgatar o momento do nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e extensas consequências pessoais”; “revalorizar as posturas e condutas face ao nascimento de uma nova vida, humanizando o significado o parto e do nascimento”; “incentivar as mulheres a se reapropriar de suas vidas, aumentando sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos”; “aliadas ao conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado, resgatar práticas humanizadas tradicionais de assistência ao parto e nascimento” (“n.p.”).

Como estratégias e instrumentos de enfrentamento para essa situação, são citados: “implementação integral das ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, aprofundando aspectos relacionados à qualidade e humanização da assistência à gestação, parto e puerpério”; “divulgação e aderência às recomendações da OMS, referendadas na Conferência Internacional para o Parto, realizada em Fortaleza, Brasil, de 22 a 28 de abril de 1985 (Tecnologias apropriadas para o nascimento)”; “trabalho educativo sobre sexualidade, nascimento e direitos reprodutivos voltados às mulheres e adolescentes”; “fortalecimento e apoio às iniciativas existentes de serviços públicos e privados de casas de partos, grupos de parteiras tradicionais e doulas¹⁶. Seu fortalecimento permitirá a ocorrência de mudanças essenciais na vida das pessoas e eventualmente da sociedade a partir da Humanização do Nascimento” (“n.p.”).

De acordo com Tornsquist (2004) no início as cartas eram uma forma de comunicação entre os integrantes da rede, sendo que nos dias de hoje, esta se dá majoritariamente via meios eletrônicos.

O final da década de 1990, segundo Castro (2014), foi um período no qual se ampliou e se fortaleceu o “movimento de atividades pela humanização do parto”. Um ponto central para que isso ocorresse é “popularização da *internet*” a qual possibilitou que “movimentos de usuárias” se organizassem pelas redes sociais. Desses, ela menciona: “Organização Não Governamental (ONG) Amigas do Parto e Bem Nascer; “listas de discussão Parto Natural”; “Maternidade Ativa”; “Parto Humanizado”; “Parto Nosso”; “Parto Ativo-BH”; “Materna”; “Gesta Paraná”; “Rede Parto do Princípio”; “Grupos apoiados pela rede Parto do Princípio (GAAP)” (p.19).

Como uma das “potencialidades” de tais movimentos, a autora cita uma “ação no Ministério Público Federal de São Paulo (MPF-SP), feita pela rede “Parto do Princípio”, contra o abuso das cesarianas no setor suplementar”. Baseando-se em artigos científicos foram apresentadas “propostas e soluções”, tendo como resposta inicial do MPF-SP algumas medidas de regulamentação estatal dos serviços obstétricos de saúde.

Após termos feito essa sucinta apresentação dos movimentos sociais favoráveis aos partos “humanizados”, passaremos agora à explanação de como tais ideais têm sido incorporados às políticas públicas nesse campo.

¹⁶ É uma “acompanhante especial de parto”. (Diniz & Duarte, 2004, p.162). In: Diniz, S.G & Duarte, A.C. (2004) *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: UNESP.

Passando para 1994, por intermédio da Lei nº 8861, de 26 de março, assinada pelo então presidente Itamar Franco, tem-se uma “nova redação aos art. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho-CLT”, alterando desse modo, “os arts., 12 e 25 da Lei nº 8.212, e os arts., 39, 71, 73 e 106, todos pertinentes à licença-maternidade”, da Lei nº 8213, ambas de 1991, citadas acima. As alterações são se referem ao tempo de licença e aos valores pagos às mulheres que realizam atividades rurais e às empregadas domésticas, trabalhadoras avulsas e seguradas especiais.

Data de janeiro de 1996, quando o presidente Fernando Henrique Cardoso promulgou a Lei nº 9.263, a qual “regula o 7 do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar”. No artigo 1º do capítulo 1, o planejamento é posto como um “direito de todo cidadão”, e no artigo 2º, define-se o planejamento como “conjunto de ações de regulação de fecundidade que garanta direitos iguais de Constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”, havendo um “parágrafo único” que faz referência à proibição de se utilizar de ações para “qualquer tipo de controle demográfico”. Em relação às assistências e controles prestados, há a inclusão do “controle de câncer de pênis” e a “garantia a liberdade de opção” fica por conta do artigo 9º.

Em âmbito internacional, no ano de 1996, a OMS apresentou a publicação “Maternidade Segura – Assistência ao parto normal: um guia prático”. No documento traduzido em português há uma apresentação a respeito dessa temática, contextualizada para o território brasileiro, na qual encontramos uma preocupação com a mortalidade materna, sendo que o guia serviria como uma “referência para a implantação do parto humanizado” (“n.p”).

A concepção de humanização a nós apresentada nesse documento é como: “um conjunto de práticas que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal”. Para tanto, inclui-se como prática: “o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis” (Yunes & Finkelman, 1998, “n.p”).

Para Tornquist (2004), “as recomendações da OMS” indicam para uma “relativa desmedicalização do parto”, as quais são: “incentivo ao parto normal (vaginal)”; “revalorização do papel das mulheres como parteiras e enfermeiras capazes de atender a partos normais”; “diminuição de intervenções agressivas”; “incorporação de técnicas

mecânicas de alívio para o dor”; “valorização do suporte emocional a parturiente, através de doulas e acompanhantes” e; “estímulo ao vínculo mãe-bebê imediato ao pós-parto” (p.11).

Frente às demandas da OMS, referida autora pontua algumas medidas feitas pelo Ministério da Saúde a partir de 1998, como “incentivos e condutas menos intervencionistas, através de Prêmios como “Maternidade Segura”¹⁷ e “Galba Araújo”¹⁸ e modificação no “sistema de pagamento aos partos no SUS” (p.12).

É citado também o incentivo “a abertura de cursos de especialização em enfermagem obstétrica” e “algumas iniciativas” ocorridas no campo médico, como a “campanha ‘Normal é o parto natural’” realizada pelo Conselho Federal de Medicina em 2000.

Contudo, a autora ressalta também, algumas resistências do campo médico, no que se refere, por exemplo, à “ampliação do campo da assistência às enfermeiras e à criação de Casas de Parto”, o que ao seu ver “evidenciam o poder que essa categoria detém na sociedade, e os limites que encontram até mesmo as iniciativas governamentais junto a esse setor – pelo menos no atual contexto” (p.12).

A institucionalização do “Programa de Humanização no pré-natal e nascimento” (PHPN), a nível federal, ocorreu no ano de 2000, por meio da portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000, cujo objetivo central é: “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (Ministério da Saúde, p.5, 2002c).

¹⁷ “O Projeto Maternidade Segura consiste num esforço interinstitucional cujo objetivo é reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil (perinatal) nos cinco continentes. Há cerca de 15 anos, a maioria dos países filiados à Organização Mundial da Saúde têm participado ativamente deste programa e em muitos deles houve melhora considerável dos indicadores de saúde. Este projeto é patrocinado por: Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Fundo das Nações Unidas para Populações; é apoiado pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e suas afiliadas. Consiste no cumprimento de um programa elementar de qualidade na assistência às gestantes e seus bebês, pelas instituições que prestam este tipo de atendimento. A instituição proponente solicita avaliação de delegados do Ministério da Saúde e da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia estadual, que lhe indicarão ou não o título de “Maternidade Segura”. Disponível em <http://www.amigasdoparto.com.br/ac017.html>. Recuperado em 01.02.2016

¹⁸ “O prêmio Professor Galba de Araújo foi criado em 1998 pelo Ministério da Saúde como uma maneira de reconhecer e premiar as unidades de saúde, integradas à rede SUS, de maior destaque nas áreas de atendimento humanizado à mulher e aos recém-nascidos, estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno. Pela importância que conquistou durante esses anos, este prêmio tornou-se um sinônimo de qualidade e eficiência no atendimento às gestantes”. Disponível em: http://saude.sc.gov.br/Eventos/PREMIO_GALBA_DE_ARAUJO/index.htm. Recuperado em 01.02.2016

O PHPN é apresentado em seis artigos e, destacamos, de modo geral, uma preocupação voltada à qualidade da assistência, ao acesso e conhecimento da maternidade em que ocorrerá o parto.

Na referida portaria, situamos como justificativas para a implementação deste programa: “atendimento digno”; “redução das taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal”; “adoção de medidas visando à melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal”; “implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes”; “prosseguir no estímulo ao aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial”; “adoção de medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido”; “estímulo ao processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal” (“n.p.”).

Em relação ao que se espera por humanização, encontramos a seguinte colocação: “a adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas” (“n.p.”).

Já no que concerne aos procedimentos, localizamos tanto a realização de parto normal como de cirúrgicos¹⁹ e atendimento a intercorrências obstétricas: “recepcionar e examinar as parturientes”; “assistir as parturientes em trabalho de parto”; “assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos”; “proceder à lavagem e antissepsia cirúrgica das mãos”; “assistir a partos normais”; “realizar partos cirúrgicos”; “assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a

¹⁹ Há um trecho em que se menciona que “em Unidades que realizam parto cesariana, além dos itens precedentes, é necessária a disponibilidade de: centro Obstétrico e sala de recuperação anestésica” (s/p).

internação, desde que a estrutura física assim permita”; “assistir o abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intrauterina (AMIU)”;

“prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido”; “elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto”; “registrar a evolução do trabalho de parto em partograma”; “proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto”; “garantir o apoio diagnóstico necessário” (“n.p.”).

Referente aos centros e casas de parto normal, há apenas uma nota dizendo que a “a equipe deverá ser composta na conformidade da Portaria GM/MS N° 985, de 05 de agosto de 1999” (“n.p.”).

Já a portaria 572/GM, de 1º junho, prevê nova “sistemática de pagamento à assistência ao parto”. Dentre as diretrizes apresentadas, destacamos a existência de um item que versa sobre a “analgesia obstétrica”, havendo uma tabela com valores a serem cobertos pelo SUS, tornando-se um direito à mulher, quando esta queira solicitar analgesia.

Nos anos 2000, uma nova carta do movimento REHUNA, intitulada “Carta de Fortaleza”²⁰ foi realizada quando da realização da “Conferência Internacional para Humanização do Parto e Nascimento”. Nela, são reconhecidas não apenas conquistas, mas também a necessidade do avanço. São colocados diversos questionamentos e, como resposta, é escrito que se deve “entender não só os aspectos médicos, mas também as relações de gênero, socioculturais e econômicas que permearam a construção dos diferentes modelos de atenção ao parto e nascimento” (“n.p.”).

Como “primeira certeza” está: “ouvir mais as mulheres e aprender com elas quais as suas necessidades” [grifos nossos]. Depois, é escrito sobre a “segurança” ofertada pela tecnologia a qual “deve estar disponível nos diversos níveis da assistência” em resposta às elevadas “taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal” e que “devem ser diminuídas o quanto antes” (“n.p.”).

Outro ponto apresentado é o local em que ocorrerá o parto e o nascimento e quem o estará “assistindo”. A crítica se dirige à “violência institucional que hoje marca a rotina de muitas instituições de saúde, as histórias de negligência e abandono não devem mais se repetir” (“n.p.”). Em virtude dos questionamentos apresentados, é pontuado que se não se tem “todas respostas”, há algumas “certezas”, as quais reproduziremos abaixo

²⁰ Disponível em <http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-fortaleza-2000.html>. Recuperado em 25.01.2016

1. A mulher deve ter acesso aos serviços de saúde, o direito a planejar sua prole, seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados, a uma atenção pré-natal de qualidade ou a um tratamento humanizado ao abortamento incompleto, seja este espontâneo ou provocado;
2. A mulher grávida tem direito a uma referência para o local do parto;
3. A mulher tem direito a uma assistência que lhe garanta e à sua família, não apenas segurança, como também a possibilidade de viver o momento do nascimento como um acontecimento social e cultural, com respeito à sua privacidade;
4. A mulher tem o direito a optar pelo local onde ter seu filho, e a escolher o profissional que irá assisti-la e o(a) acompanhante que irá permanecer ao seu lado;
5. A mulher tem direito às informações disponíveis sobre gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido;
6. A mulher tem direito a fazer um plano de atenção ao parto que seja respeitado pelas instituições de saúde;
7. A mulher em trabalho de parto normal deve ter sua assistência conduzida com base nas recomendações feitas pela OMS no documento sobre assistência ao parto normal de 1996;
8. A mulher que puder e que assim o desejar deve ser incentivada e apoiada a realizar o aleitamento materno exclusivo sobre livre demanda até o sexto mês de vida e depois junto com outros alimentos até o segundo ano de vida;
9. A criança recém-nascida tem direito a cuidados imediatos, quando estes forem necessários, e a permanecer todo o tempo com sua mãe, sendo oferecido todo o apoio para que os vínculos familiares sejam estabelecidos;
10. A mulher tem direito a um acompanhamento pós-parto e também o direito ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho(a). (“n.p”)

De modo geral, as “certezas” ilustram direitos da mulher. Desses, ressaltamos um trecho do item 8 que trata da amamentação: “A mulher que puder e que assim o desejar”, considerando-se, neste excerto, a mulher em sua singularidade, rejeitando-se a universalização de experiências.

Retornando aos documentos ministeriais, no ano de 2002 tem-se a publicação *on-line* do livro “Programa Humanização do parto – humanização no pré-natal e nascimento” (Ministério da Saúde, 2002), o qual é dividido em nove capítulos: conceito, funcionamento, requisitos/habilitação, responsabilidades, breve avaliação, planejamento, legislação referente ao programa de humanização no parto e nascimento, glossário de termos utilizados e anexos.

Nesse, a humanização é pontuada a partir de “pelo menos dois aspectos fundamentais”: um deles se refere ao atendimento com “dignidade”, de modo a romper com o “tradicional isolamento imposto à mulher”, enquanto o outro se dirige ao uso de “medidas e procedimentos sabidamente benéficos”, de modo a evitar “práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não

beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos” (p.5-6).

No ano de 2004, foi instituída a “Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: A Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS” (Ministério da Saúde, 2004). No texto-base, é enfatizado que a definição de humanização proposta não “deve ser entendida como apenas ‘um programa’, uma vez que de acordo com tal Política, ter-se-ia o risco de “aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que ‘devem ser aplicadas e operacionalizadas’”, dando margem à uma “efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade” [grifos nossos] (p.6).

A partir dessas discussões, o “HumanizaSUS” define-se como uma política “transversal” de “qualificação do SUS”, sendo discutidas questões não apenas condizentes aos usuários, mas também aos trabalhadores, considerando “dimensões sociais e subjetivas” e de “gestão participativa”, caracterizada por uma “construção coletiva” (p.5).

Ao incluir o trabalhador, não considerando apenas o usuário “o alvo”, rompe-se com a visão de manter o usuário como “objeto de intervenção do saber do profissional”. Menciona-se ainda que, nas raras vezes na qual se inclui o trabalhador, esse aparece como alguém que “também é ser humano”(!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores” (p.6). Discute-se também a “produção de saúde” e a “produção de sujeitos”

É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (p.7)

Importante destacar, nesse trecho, a consideração pelos usuários e o estímulo ao controle social, bem como a preocupação com os profissionais e suas condições de trabalho, para que então se efetue a cogestão.

Nessa política, a humanização está designada a “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (p.6), havendo uma crítica ao modo “banalizado” a que este possa ser empregado, “(...) já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde” (p.6).

Com relação aos programas ministeriais “Humanização do parto” e “Iniciativa Hospital Amigo da Criança”, esses teriam uma articulação com a PNH visando “diminuir a verticalização”, o que implica a “corresponsabilidade dos gestores estaduais e municipais” (p.12).

Outro fato notório foi o lançamento do “Plano Nacional de Políticas Públicas as Mulheres”, realizado nesse mesmo ano de 2004. Acerca do panorama da época, pontua-se que apesar da “boa cobertura das ações” voltadas à atenção obstétrica e ao planejamento familiar das últimas décadas, a qualidade dessas permaneceu “precária”, tendo como base a seguinte informação: “a razão de mortalidade materna, corrigida no Brasil, foi de 75 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (SM/SINAC/MS)”, enquanto que em países desenvolvidos “essas razões oscilam entre 06 e 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos” (2004, p.58).

O “acesso à assistência pré-natal” aparece com um “problema significativo” para a “população rural, principalmente nas regiões Norte e Nordeste” (p.59). É ressaltado também que, apesar de haver um aumento nos números das consultas de pré-natal, a “qualidade da assistência” continuava precária, e “hipertensão arterial” ainda era a causa “mais frequente de morte materna” (p. 62).

Dentre as ações que interferem na qualidade, é citado: “parto domiciliar em condições precárias” e “taxa de cesariana acima de 39 %”. As propostas de ações para enfrentamento da situação seguem na direção da humanização visando à “resolução dos problemas identificados; na satisfação das usuárias; no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas; no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do autocuidado” (Secretaria especial de políticas para as mulheres, 2004, p.62).

Seguindo essa tendência dos direitos da parturiente, no ano de 2005, foi promulgada a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 pelo vice-presidente José Alencar Gomes da Silva. Tal promulgação “altera a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990,

visando “garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS”, sendo que a indicação deva ser feita pela mulher.

Em 2007, por intermédio da Lei nº 11.634, de 25 de dezembro, assinada por Luiz Inácio Lula da Silva, presidente da época, concedeu-se à gestante o direito de conhecer e se vincular à “maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS”.

Outra importante estratégia foi a “Rede Cegonha”, lançada no ano de 2011, por intermédio da portaria nº 1459 de 24 de junho de 2006, a qual tem por objetivo “implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (p.3).

No documento de introdução, é pontuado que mesmo com avanços e melhorias na área, continuava sendo um desafio a redução da morbimortalidade materna e infantil. Apesar do pré-natal, ser “praticamente universal”, sua qualidade “ainda não é satisfatória” e as “ações de educação em saúde”, em parte, desconsideram “as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens” [grifos nossos], com destaque aos adolescentes e jovens. É citado também a peregrinação das mulheres no “momento do parto” e que a “atenção ao parto e nascimento, por vezes, utiliza-se de práticas que não estão baseadas em evidências científicas” (Ministério da Saúde, 2001, p.3).

Sobre o modelo atenção preconizado: “trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza...(…) dar à luz... função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a)” (p.3).

Condizente aos “sentidos da humanização na atenção ao parto e nascimento”, apesar da amplitude do conceito, na assistência obstétrica e neonatal, este “envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal”. O início se dá no pré-natal e busca-se a garantia da realização de “procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos” [grifos nossos] (p.9).

Um dos princípios da Rede Cegonha refere-se à “a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto”. Para isso, cabe à equipe informá-la sobre o local onde irá parir e mediar a visita até esse serviço: “a vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir tal vínculo” (p.12).

Essa questão do parto humanizado permanece presente no debate público - político, quando, por exemplo, em 25 de setembro de 2013 foi aprovado em decisão terminativa, pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS), um projeto o qual garante condições para a realização do parto humanizado no âmbito do SUS. Esse projeto de lei do Senado (PLS) 8/2013 virá alterar a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), obrigando “os serviços de saúde do SUS a obedecer às orientações técnicas para que ocorra o parto humanizado e permitir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” Há ainda no texto, indicadores de que se deve compartilhar “com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas”. [grifos nossos] (Agência do Senado, 2013, “n.p.”).

Ainda nesse texto, localizamos um tópico denominado “denúncias”, expondo que a relatora do mencionado projeto enfatizou as “denúncias” referentes à violência obstétrica, sendo “mais comum do que se imagina o tratamento discriminatório, especialmente quando a mulher é jovem, negra e pobre”. [grifos nossos] (Agência do Senado, 2013, “n.p.”).

A violência obstétrica é definida como:

Apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (Defensoria pública do Estado de São Paulo²¹, “n.d”, n.p.”)

Passando para a cidade de São Paulo, foi noticiado²² que até 2016 deve-se abrir “sete centros de parto, sendo seis em maternidades municipais e outro em maternidade estadual”, prevalecendo o “respeito ao tempo do bebê e da mãe, evitando-se intervenções obstétricas desnecessárias, e dando à mulher o direito de escolher a

²¹ Definição pelas leis venezuelana e argentina, países onde a violência obstétrica é “reconhecida como crime”.

²² Fonte: <http://www.sinpsi.org/noticias.php?id=3256>. Recuperado em 02.09.2015

posição que deseja parir”. O que diferencia os centros das casas de parto, é que esses terão seu funcionamento ao lado de maternidades, a uma distância de 200 metros.

No Estado de São Paulo foi sancionada a Lei nº 15.759, de 2015²³, que trata do “parto humanizado” e estabelece regras para toda a rede pública do Estado. Segue abaixo os principais pontos

1. Direito à anestesia em parto normal e escolha de métodos de alívio da dor. Apesar de não ser regra no SUS a anestesia em parto normal quando solicitada pela gestante, passa a ser um direito no Estado de São Paulo, que também dá agora a opção de métodos não farmacológicos de alívio da dor.
2. Direito ao Plano Individual de Parto. O Plano Individual de Parto, já utilizado por muitas mulheres na rede particular, agora será para todas na rede pública em São Paulo. Feito a partir da orientação especializada durante o pré-natal, indicará o tipo de parto preferencial e opções sobre anestesia, acompanhante e monitoramento cardíaco-fetal.
3. Garantia do exercício do direito a um acompanhante. Já existe uma lei federal que garante o direito a um acompanhante mas, segundo a Rede Cegonha do Ministério da Saúde, é descumprido em 64% dos casos no Brasil. Com a nova lei, São Paulo passa a ter um protocolo em todos os hospitais públicos para que as gestantes tenham direito de indicar já no pré-natal e permanecer com um acompanhante durante todo o parto.
4. Saber com antecedência onde será realizado o parto. A gestante será informada ainda durante o pré-natal sobre a unidade de saúde à qual deve se dirigir na hora do parto. A elaboração da lei contou com apoio de diversos especialistas além de organizações da sociedade civil e é fruto de um trabalho iniciado na cidade de São Paulo, com o Projeto Mãe Paulistana, apresentado pelo deputado Carlos Bezerra Jr. em seu primeiro mandato de vereador da cidade de São Paulo. (“n.p”).

Destacamos que os direitos previstos nos itens 1, 3 e 4 já estão garantidos em outras portarias, todavia, é possível que o descumprimento dessas, fez com que se criassem regras já existentes.

A forma de parir e, conseqüentemente, de nascer, tem se tornado uma preocupação não apenas no serviço público. Índices da pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) mostram um percentual de 84,6% de realização de cesáreas.

Tabela 1- Taxa de Cesáreas

	Nº de partos realizados	% de partos cesarianos
Saúde Suplementar	502.812	84.6%
SUS²⁴	1.877.505	40%

Fonte: ANS, 2015, “n.p”.

²³ Informações obtidas pelo site: <http://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=363221>. Recuperado em 28.12.2015

²⁴ Pela tabela, vemos que apesar de todas as iniciativas, o SUS, local onde a maioria dos partos é realizado no Brasil, também apresenta elevadas taxas de cesáreas, bem acima da recomendada pela OMS.

Como enfrentamento dessa situação, desde 2004 a ANS têm sido feitas algumas iniciativas, visando à redução desse número de cesáreas consideradas desnecessárias e a favor à promoção do parto normal. Dentre elas, estão: “inclusão de cobertura obrigatória para parto acompanhado por enfermeira obstétrica e acompanhante, sem custos adicionais, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato; a implantação do Projeto Parto Adequado em hospitais privados e públicos; e a criação da Resolução Normativa nº 368, que garante o acesso da gestante a informações essenciais para que possa decidir sobre o seu parto”.

Acerca dos riscos de se fazer uma cesárea sem indicação médica, é apresentado o aumento de “120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido” e o “risco triplicado de morte materna” (“n.p.”). Os riscos, em relação à vida, são atrelados ao corpo biológico.

No ano de 2015, entrou em vigor a resolução 368/2015 e a campanha “parto é normal”. As medidas propostas são: 1) direito de informação das beneficiárias; 2) informação sobre percentuais de cesarianas por médicos e estabelecimento de saúde; 3) cartão da gestante e carta de informação e; 4) partograma²⁵ (ANS, 2015).

Em dezembro de 2015²⁶, a Justiça Federal determinou que a ANS adote três novas medidas para redução do número de cesáreas na rede privada

1. A um prazo de no máximo 60 dias, os profissionais de saúde que e da rede que auxiliarem em um parto normal terão de receber dos planos de saúde no mínimo três vezes mais do que na realização de uma cesárea.
2. Obriga ‘operadoras de saúde de planos privados e hospitais a credenciar e possibilitar a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetizes no acompanhamento de trabalho de parto e no parto em si’.
3. Obrigar a ANS a criar indicadores e notas para as operadoras de planos privados, conforme suas ações para reduzir o número de cesarianas. (“n.p.”)

Caso haja o descumprimento dessas medidas, a multa diária fixada foi de R\$ 10 mil.

²⁵ De acordo com a ANS (2005), é “um documento gráfico onde são feitos os registros do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais e deverá conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)” (“n.p.”).

²⁶ Informações obtidas por meio do site: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/12/151201_partos_remuneracao_mdb_rm. Recuperado em 26 de dezembro de 2015.

A Organização Mundial da Saúde²⁷ (2015) divulgou uma “nova declaração sobre as taxas de cesáreas”, chegando-se às seguintes conclusões:

1. As cesáreas são efetivas em salvar vidas maternas e infantis, porém quando realizadas por indicações clínico-obstétricas.
2. Em nível populacional, taxas de cesáreas maiores do que 10% não estão associadas com reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal.
3. Partos cesáreos podem causar complicações significativas e, às vezes, permanentes, bem como sequelas e morte, particularmente em unidades de saúde sem capacidade apropriada para conduzir cirurgias segurar ou tratar suas complicações. As cesáreas somente deveriam ser realizadas quando houver indicação obstétrica necessária.
4. Todos os esforços devem ser feitos para prover a oportunidade de realização de cesáreas em mulheres que tenham indicação para ela, mais do que procurar atingir uma taxa específica de cesárea.
5. Ainda não são claros os efeitos das cesáreas sobre outros desfechos, tais como, morbidade materna e perinatal, resultados pediátricos, e sobre o bem-estar psicológico e social. Nestes casos, mais pesquisas são necessárias para entender os efeitos da cesárea sobre resultados imediatos e futuros. (“n.p.”)

Por esses tópicos, a cesárea, muitas vezes, generalizadamente tida como vilã é questionada apenas quando feita sem indicação médica. Vemos também, a falta de pesquisas acerca do “bem-estar psicológico e social”. Em nossa visão, acrescentaríamos a importância de pesquisas que tivessem por objetivo, a busca de aspectos psicológicos que possam ser indicadores ou não para determinado tipo de parto.

Considerando tudo o que apresentamos até o presente momento, identificamos, nas últimas décadas, uma atenção, ainda focada em aspectos biológicos, mas com indícios de questões subjetivas, quando se coloca, por exemplo, a importância de ser “ouvir mais as mulheres e aprender com elas quais suas necessidades”, e o compartilhamento com a “mulher e sua família” acerca das “decisões sobre as condutas”. No entanto, o ponto chave das discussões ainda se dirige à forma de parto – normal²⁸ ou cesárea.

Após esse levantamento de documentos, notamos também que podem ser inúmeras as definições e situações a que/quem o termo humanização se encontra relacionado, havendo desta forma, uma polissemia do termo: “na medida em que há em jogo uma diversidade de entendimentos sobre “humanização”, há que se definir uma

²⁷ Informações obtidas por intermédio do site: www.paho.org. Recuperado em 28.12.2015.

²⁸ Entendemos como necessária a distinção entre parto natural e normal, sendo o primeiro aquele que ocorre “sem o conjunto de intervenções do parto típico no Brasil”, enquanto que o segundo seria mais “próximo ao parto típico, com sua cascata de intervenções” (Diniz, 2001, p.168). Tal distinção se faz importante na medida em que por vezes procedimentos tão distintos são nomeados como sinônimos.

posição sobre este conceito ou princípio norteador da assistência à saúde” (Barbosa, 2001, p.325).

Diniz (2001) apresenta ainda em sua tese de doutorado em Medicina Preventiva, uma discussão acerca dessa “polissemia” do que se entende por “humanização”. Ao entrevistar profissionais que atuavam nessa área, ela destaca “dois polos”: aqueles que se referiam a “humanização” como algo “negativo”, recusando tal proposta, e outros grupos que aderiam a essa proposta de “humanização”. Todavia, nem mesmo no interior desses grupos houve um consenso, de modo que em um mesmo grupo apareceram “sentidos opostos” referentes ao termo.

Do grupo que fez oposição, destacamos: a) reconhecê-lo como “ofensivo”, como se as práticas fossem “desumanizadas”, acarretando em uma “agressão ao seu trabalho e à sua pessoa” (p.83), b) considerá-lo “inadequado”, pois “sugeriria uma abordagem ‘alternativa’, marginal, quando de fato é hoje o padrão ouro da ciência” (p.84). c) remete-se a uma “recusa do uso de tecnologia efetiva, reduzindo a humanização a uma recuperação de gentileza... ou ainda na substituição acrítica da tecnologia pela relação humana” [referente essa última, a autora pontua “como se o uso de ambas juntas fosse incompatível” (p.85)], e d) sugere uma “visão essencialista do nascimento, como se a incorporação de tecnologia não fosse um fato humano” (p.85).

Já em relação aos que destacaram aspectos positivos, Diniz (2001) os apresenta como “tendências”, de como se “instaura e explicita uma ‘reivindicação de legitimidade’ do discurso, num contexto em que se identifica um espaço político a ser ocupado, no qual essas reivindicações de legitimidade, em disputa, podem ser convergentes ou conflitantes” (p.86). Apresentaremos na tabela abaixo os discursos encontrados:

Quadro 4- Humanização e as “disputas” pela sua legitimação

Humanização	Legitimidades “em disputa”
	A- Legitimidade política da reivindicação e defesa dos direitos das mulheres e crianças na assistência ao nascimento
	B- Legitimidade científica
	C- Legitimidade Epidemiológica- resultado promovido pela tecnologia adequada na saúde da população
	D- Legitimidade profissional e corporativa
	E- Legitimidade Financeira
	F- Legitimidade de Participação da Parturiente
	G- Legitimidade de acesso ao alívio da dor

Fonte: Diniz, 2001, p.86.

Frente a essa polissemia, a autora pontua que “cada um dos diferentes sentidos dados à ‘humanização’ delimita a participação de cada um dos atores sociais neste

diálogo” (p.22), sendo também este um termo em “disputa” (p.39). A posição defendida pela autora se dirige na via em que “humanização” convirja com a “promoção de direitos das mulheres na assistência ao parto (p.65)”.

Apesar dessa amplidão de vertentes, o conceito de “humanização” “gira em torno de dois conceitos, ou polos fundamentais: aqueles da Medicina Perinatal baseada em evidência e o direito das mulheres” (p.205). Para Diniz (2001)

Um dos maiores desafios das propostas de humanização aos serviços é aquele que compatibiliza as necessidades institucionais de produtividade e de rotinas com o desencadear fisiológico do trabalho de parto e parto. Como a assistência é organizada em uma linha de montagem, com suas respectivas estações de trabalho e tempo estabelecidos, cabe aos serviços se reorganizar para aceitar a evidência científica de que o estabelecido de tempos rígidos para cada etapa do parto é inadequado. (p.209)

Para os estudiosos em Saúde da Mulher, Dias e Deslandes (2006) as “estruturas centrais do processo de humanização” à gestante, seriam: “a) respeito à fisiologia do trabalho de parto, à garantia da presença de acompanhante(s) da escolha da mulher e ao suporte físico e emocional para ela e sua família”; “b) acatamento dos desejos da mulher expressos em seu ‘plano de parto’, construído ao longo da gestação junto com profissionais da saúde”; “c) ambiente para que ela seja a protagonista desses momentos tão carregados de sentido humano para ela” (p.360).

A respeito do “plano de parto” Diniz (2001) o contextualiza por meio da “concepção de parceria entre usuária e serviços”, definindo-o como “um planejamento dos procedimentos eletivos no parto, a ser elaborado no pré-natal, sobre os diversos aspectos do processo, desde as opções tecnológicas tradicionais e suas alternativas, até formas de comunicação entre os envolvidos”. Apesar de ele poder sofrer modificações no processo do parto, torna-se mesmo assim, “uma oportunidade comunicativa e educativa para todos os membros da “equipe”- a mulher, a família, o profissional e o serviço” (p.6-7). Na construção desse plano de parto ter-se-ia a possibilidade de conhecer “todas as alternativas disponíveis na assistência ao parto, considerando aquele sem intercorrências, ou mesmo em situações especiais, nas quais procedimentos invasivos sejam indicados” (p.228). Sendo assim, o plano de parto consiste em

uma carta onde você relaciona tudo o que quer, o que não quer e o que gostaria de evitar em seu parto. Mais do que um documento legal, o plano serve para que você pense nos diferentes aspectos do processo de nascimento e discuta-os com as pessoas envolvidas, seja o companheiro, o médico, o hospital, a casa de parto onde você vai ter o seu bebê. (Diniz & Duarte, 2004, p.90)

Ainda a respeito do conceito “humanização”, a socióloga Deslandes (2004) analisou documentos oficiais da área da saúde e construiu três grandes eixos, respectivamente: “humanização como oposição à violência”, “humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento” e “humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador”, concluindo que

Finalmente, como costura de todas as demandas e problemas diagnosticados, os documentos apontam a deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico. Assim, a humanização também é vista como ampliação do processo comunicacional. (p.10)

Nessa direção, práticas ditas “humanizadoras”, mas que partem de premissas acabadas, fechando-se no conceito e apenas reproduzindo o já dito a partir de condutas esperadas para pacientes esperados como exemplares, não apoiam ou fortalecem esse “processo comunicacional” - casos em que a comunicação até pode existir, mas a decisão final cabe aos profissionais de saúde ou à gestão.

No entanto, considerando a realidade de diversas instituições públicas existentes, outro questionamento é: de que forma realizar um trabalho “humanizado”, respeitando as diferentes demandas individuais, com um quadro profissional reduzido e com poucos recursos públicos?

Adiante, discutiremos como tais conceitos vêm sendo trabalhados no dia a dia das instituições, a partir de pesquisas publicadas na área.

CAPÍTULO QUATRO – GRAVIDEZ E PARTO: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E INSTITUCIONAIS

4.1 Nascimento do bebê e da mãe

O reconhecimento de uma gravidez mobiliza uma série de aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos, sendo o desfecho esperado, o parto, um ritual de passagem para o nascimento, da mãe e do filho. Neste capítulo, abordaremos brevemente esses aspectos e apresentaremos algumas pesquisas realizadas na área da saúde, a fim incluir os aspectos institucionais na discussão.

Ao falar sobre as mulheres, Riechelmann (1997), parte de duas concepções: “a mulher tradicional” e a “mulher atual”, com seus respectivos perfis no que diz respeito à reprodução, sendo características da primeira: “um contexto de desvalorização da condição feminina”, “culpa sexual” e “um universo físico limitado ao ambiente doméstico”, “em um universo existencial limitado à vida privada” e “em um contexto casar-engravidar-educar os filhos”; já da segunda: “a participação no sistema econômico de produção”, “a reapropriação do corpo, da sexualidade e libertação da culpa sexual”, e o “acesso ao poder” (pp.43-45).

O autor mencionado afirma ainda que “as preocupações que angustiam a mulher tradicional são essencialmente referentes à boa formação e boa saúde da criança e à sua própria capacidade de desempenhar o papel de mãe” (p.48), enquanto que na mulher atual, além dessas questões, há também angústias em relação à sua própria “realização pessoal”, para “além da realização no papel de mãe” (p.48), de modo que “a mulher atual tende a viver a gravidez com sentimentos ambivalentes de intensidade mais extrema que a mulher tradicional” (p.49).

A partir de um pensamento dialético seria ingenuidade imaginarmos que houve uma apropriação de uma concepção perante outra, havendo nos dias de hoje características destas duas perspectivas, conflitantes, mas não excludentes.

Cordeiro e Sabatino (1997) discutem a respeito da influência exercida pela religião nos aspectos culturais. No que concerne ao “feminino e à maternidade”, eles destacam no Cristianismo a existência de duas mulheres: Eva, uma mulher “erotizada” que simbolizaria “o perigo, a tentação”, associada “ao castigo de ser expulso do paraíso”, e dissociada da maternidade; enquanto Maria seria a mulher “que concebeu sem pecado, ou seja, sem sexo”, simbolizando a “pureza” e a “imagem da maternidade santificada” (p.291).

Desse modo, “a gravidez e o parto fazem reaparecer esses dois símbolos do feminino” (p.291), havendo uma associação inevitavelmente da gravidez com sexo, e conseqüentemente o parto com dor visto como castigo. Como reforçados desse protótipo, estão os “meios de comunicação”, que ao divulgarem cenas de partos, os fazem com “mulheres sofrendo, gritando de dor durante o parto” (p.291).

Nesse sentido, merecem considerações as diferenças culturais em relação ao modo como se concebe sexo, reprodução e parto. Helman (2007/2009, p.54) diz que “um aspecto-chave de qualquer cultura de parto são as crenças sobre o funcionamento do corpo e sobre a natureza da concepção e gestação”. Para o autor, “em todas as sociedades, a gravidez e o parto são mais do que apenas eventos biológicos”, sendo dentre outros, também um “evento social” da “transição” de “mulher” para “mãe”.

Uma gravidez é decorrente de inúmeras variáveis de “componentes orgânicos e não orgânicos, conscientes e inconscientes”, estando presente o “desejo da transcendência e continuidade, a história pessoal do homem e da mulher, a fantasia de que o filho irá preencher desejos e lacunas de suas vidas, entre outros” (Cordeiro & Sabatino, 1997, p. 292). Por conta disso, mesmo quando planejada, a sua realização enquanto “desejo da gravidez” pode ser “um choque”. Para a mãe, entram em cena, nesse período, “conflitos infantis”. Essa “ambivalência afetiva²⁹” se constitui como uma “vivência básica” decorrente de “perspectivas de mudanças, o que envolve perdas e ganhos”, de modo a não existir “uma gravidez totalmente desejada ou totalmente indesejada” (p.292).

A psicanalista Soifer (1980/1986) discute acerca dessa ambivalência. Os primeiros meses de gestação causam uma incerteza na mulher perante a confirmação de uma gravidez. Ela atribui isso “à intensificação das vivências persecutórias” próprias à maternidade, que “são o produto de sentimentos de culpa infantil, tanto pelos ataques fantasiados pela própria mãe como pelos desejos de ocupar seu lugar” (p.24).

Soifer (1980/ 1986) e Maldonado (1985) entendem a gravidez como um período de “crise” ou “transição”. Para a psicanalista Maldonado (1985), a gestação produz uma

²⁹“Essas formações de reação são facilitadas pela circunstância de que alguns impulsos institucionais surgem, quase desde o início, em pares de opostos – um fenômeno muito marcante, e estranho ao público leigo, denominado ‘ambivalência de sentimento’. O exemplo mais facilmente de ser observado e compreensível disso reside no fato de que o amor intenso e o ódio intenso são, com tanta frequência, encontrados juntos na mesma pessoa. A psicanálise acrescenta que esses dois sentimentos opostos, não raramente, têm como objeto a mesma pessoa”. (FREUD, 1915/1996, p.291). Freud, S (1915/1996) Reflexões para os tempos de Guerra e Morte. In.: Freud, S. (1856-1939/1996). *Obras completas de Sigmund Freud*: edição standart brasileira (trad. Jayme Salomão). Imago: Rio de Janeiro.

alteração na “composição da rede de intercomunicação familiar”. Essa alteração ocorre a cada gestação, portanto, para a mulher, “ser mãe de um filho é diferente de ser mãe de dois”, e assim por diante (p.22).

A “transição de papéis” poderá trazer consigo “antigos conflitos de relacionamento”. É possível que a mulher ou o homem possam querer “ser melhores do que os próprios pais”, ou se sintam “incapazes de competir com eles” e/ou vejam “o bebê como um irmão mais novo, rivalizando pelo afeto do pai ou da mãe” (p.22). Qualquer uma dessas representações terá repercussão no lugar que os pais e os filhos ocuparão. Além de questões bioquímicas e psicológicas, a autora ressalta também os aspectos socioeconômicos, pois as “privações reais, sejam afetivas ou econômicas, aumentam a tensão, intensificam a regressão e a ambivalência” (p.22).

De acordo com Soifer (1980/1986), mecanismos de negação, projeção e também maníacos são recorrentes no período gestacional: “o devaneio, as fantasias de um filho bonito e bom que a culminara de felicidade, são o refúgio habitual que permite o prosseguimento da gravidez”. A isso, a autora, se refere, ao que em psicanálise, nomeia-se como “tendências reparatórias da imagem materna e à necessidade de recriá-la mediante a identificação (p.30).

Passando da gravidez para o momento de parir, comumente encontramos, na literatura, indicações para determinado tipo de parto com prevalência a aspectos biológicos, de modo que questões psicológicas como determinantes para a decisão sobre o parto pouco são discutidas, conforme já apresentamos no capítulo três.

Maldonado (1985) apresenta o parto como um “momento crítico”, sendo este constituído por: uma “situação de passagem de um estado a outro” caracterizada por uma “irreversibilidade”. Outro ponto destacado é o “aumento da ansiedade e da insegurança com a proximidade da data prevista”, decorrente da “incapacidade de saber exatamente como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o que evidentemente implica na impossibilidade de controlar o processo”. Ainda nas palavras dela: “o parto é, portanto, vivido como um ‘salto no escuro’, um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual não se tem controle” (p.48).

A partir de tais afirmações, interrogamos se a programação de uma cesárea eletiva, legitimada pelo discurso médico, não seria também, de certo modo, uma tentativa de controle perante esse “desconhecido”. Contudo, para responder a essa colocação fazem-se necessários outros trabalhos.

No parto, inicia-se o “contínuo simbiose-separação”, cabendo à mulher reconhecer seu filho como “singular, diferenciado dela”. Caso contrário, o parto pode ser visto, como uma “separação dolorosa”, no qual a mulher “ ‘perde’ parte de si mesma”, e por conta disso, “não consegue perceber as características particulares do seu bebê porque o considera como uma projeção ou extensão de si própria” (Maldonado, 1985, p.49).

Filho (1997) discute que conflitos na relação mãe-filha podem interferir na identidade da gestante, podendo ocasionar consequências na escolha do tipo de parto. Para o autor “o desejável é a grávida ter o parto que puder, sem concepções, cobranças, idealizações e as possíveis consequências disso como culpas e depressões” [grifos nossos] (p.12).

Há, ainda, uma série de fatores concomitantes, que influenciam na qualidade de um parto, os quais são: “história pessoal”, “contexto sociocultural”, “nível de informação a respeito do processo de parto”, “características de personalidade” e “níveis de simbolismo” (p.49). Além disso, existe o “contexto assistencial”, pois “muitas vezes o descontrole, o pânico e até as alterações da contratilidade uterina decorrem de uma assistência precária, que não protege, não acolhe e até mesmo negligencia e maltrata a parturiente” (Maldonado, 1985, p.50).

Referente ao bebê, em geral, ele se constitui como um “enigma” aos pais, pois ao mesmo tempo- pode representar a “esperança de auto- realização” e “expor as dificuldades ou deficiências” desses (Maldonado, 1985, p.72).

Soifer (1980/1986) descreve que:

Toda gestante primípara sonha com belos dias em que terá nos braços o bebê, e receberá visitas e presentes. A história dos três Reis Magos é um claro exemplo das múltiplas versões dessas fantasias. Ocorrido o parto, as ansiedades de confusão vividas em seu transcurso tendem a se resolver através dos mecanismos maníacos, que buscam nas atitudes das pessoas que cercam a puérpera um ensejo para os devaneios de reverência e homenagem. Em geral o ambiente capta devidamente essa necessidade e satisfaz largamente. Chega-se muitas vezes à situação de ter de proibir as visitas porque ocorreu tanta gente que a puérpera se esgotou e lhe sobreveio algum transtorno (um pouco de febre, enjoos.). (p.64)

A partir do trecho supracitado, a autora ressalta que a não ocorrência desse evento pode levar a uma depressão intensa. Para argumentar sobre tal opinião, baseia-se nas “ansiedades de esvaziamento e castração” presentes no momento do parto e, posteriormente ao parto, na percepção do bebê somente como um “bebê que chora ou

dorme ao seu lado e se liga escassamente a ela”, fato que pode acometer esta mãe de perplexidade, confusão e depressão.

Além disso, “se acrescentarmos a isso a expectativa em torno de se terá ou não leite, se o bebê mama bem ou não, se é normal ou anormal, como é seu caráter etc, compreenderemos que os dias subsequentes ao parto não são nada fáceis” (Soifer, 1980/1986, p.65).

O sentimento de “boa mãe” pode ter relação com o comportamento do bebê - quieto e “sem chorar muito” – ou mesmo se “revestir de características idealizadas e sobre-humanas”, levando a mãe a ser ver obrigada a “a absorver-se excessivamente com a criança, não a deixando só por um instante, ficando extremamente tensa com o choro do bebê e culpando-se demais pelas próprias falhas e limitações inerentes a qualquer relação humana” (Maldonado, 1985, p. 71). Nesse caso, essa “super exigência” de si como mãe pode recair sob o filho, esperando deste também uma perfeição, um “ideal”.

Todavia, pode ser que o percurso de uma gestação e de um parto não tenham esse andamento esperado, e a mulher saia da maternidade sem seu filho. Pela não transição, nesse caso o luto é duplo: pelo ‘bebê morto’ e pela ‘mãe morta’ (Quayle, 1994, p.219).

Para referida autora, essa situação de perda pode romper com o “equilíbrio familiar e institucional, não havendo espaço na maternidade para esses ‘pais sem filhos’” (p.218). Quando ocorre a morte na maternidade, alguns profissionais tendem a crer que a “a pouca (ou nenhuma) convivência dos pais com seu bebê facilitará a aceitação de sua morte, diminuindo as repercussões de sua perda” (Quayle, 1997, p. 218). Por parte dos representantes da instituição, “talvez por sentirem que falharam em seu trabalho, eles tendem a afastar-se desses casais, despreparados para lidar com a dor psíquica que, embora reconhecida, é desvalorizada” (p. 218). Isso posto, impera-se uma “racionalidade social”, a qual desconsidera que “para quem sofre, sua dor tende a ser a única, abrangente e sem paliativos ou comparações” (p.218).

De acordo com Soifer (1980/1986, p.87-88): “a frustração de todos os desejos, devaneios e fantasias e, sobretudo, a impossibilidade de aplicar a capacidade maternal, produzem uma dor intolerável. Em termos gerais, podemos descrever a situação como a de uma profunda ferida narcisista, de difícil e lenta recuperação”.

Dessa breve passagem, destacamos a importância de mais pesquisas na área da Psicologia, as quais possam trazer conhecimentos sobre os aspectos psicológicos, facilitadores ou impeditivos, em uma escolha de parto [dada a existência dessa

possibilidade de escolha] e suas possíveis implicações para a convivência da mulher consigo mesma, com seu filho e com sua rede de relações.

4.2 Pesquisas Acadêmicas

Passaremos agora para apresentação e discussão de pesquisas acadêmicas relacionadas ao nosso objetivo, de modo a complementar tal discussão. A consulta foi realizada no *site* da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e, a partir dos primeiros trabalhos localizados, fomos em direção de outros pela indicação nas referências desses primeiros. Serão apresentadas 17 pesquisas, sendo que dessas, 11 são artigos. Desses, três foram publicados na área de Saúde Pública, três em Enfermagem, um em Psicologia, um em Saúde Materno-Infantil, um em Medicina, um em Pediatria, e um em Saúde. O restante é uma pesquisa realizada pela Fiocruz e cinco teses de doutorado: um em Medicina Preventiva, dois em Saúde Pública, um em Psicologia e um em Enfermagem. A apresentação será feita predominantemente por ordem cronológica de publicação.

Diniz (2001), em sua tese de doutorado, estudou as “possibilidades e os limites da implementação das propostas sobre a assistência humanizada ao parto, tomando como referência as recomendações da OMS (1996)”. A pesquisa ocorreu em “dois serviços financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no município de São Paulo, no período de 1998 a 2000” (p.32).

Em seus resultados, é apontado que a admissão ao serviço, para as usuárias do SUS, “quase equivale a resolver o problema em si”; Por conta disso, torna-se secundário o “tipo de assistência ou a qualidade da assistência”, sendo essa admissão uma forma de “ ‘ritual de inclusão’ ” em um contexto de “ ‘inclusão excludente’ ”:

como uma metáfora, a intervenção permite à mulher dar à luz aquela pessoa vai nascer em um lugar socialmente sancionado, ritualizando sua inclusão enquanto novo cidadão no seu contexto específico. Em grande medida, o tipo de assistência ao parto instaura e explicita o lugar social tanto da mãe quanto do filho. A primeira etapa dessa ritualização, aparentemente a mais crucial, é o acesso ao leito. (Diniz, 2001, pp.181-2)

Todavia, havia, por parte das mulheres, uma “expectativa” por procedimentos, equivalendo “acesso a assistência” a “ter certos procedimentos” (p.206). Apesar disso, fazia uma “grande diferença” mais a forma como as mulheres eram tratadas do que “o conteúdo da assistência em termos de procedimentos propriamente” (p.117).

Em momentos em que a mulher alega sentir dor, por conta de procedimentos, essa dor é negada pelo profissional, o que- para autora- pode ser uma “maneira” de os profissionais “lidarem com seu próprio mal-estar por provocar a dor da outra pessoa” (p.187). Tal postura, algumas vezes, é reproduzida por familiares “no intuito de ajudar ou de se mostrar leais à instituição” (p.187).

A dor, muitas vezes, é uma “iatrogenia” do parto, ocasionada não pelo processo natural do parto e, sim, por “procedimentos dolorosos, muitos dos quais desnecessários e possivelmente danosos” (p.195), no entanto “um parto com menos intervenções desnecessárias seria menos doloroso e mais suportável”. (p.195). Seguindo este raciocínio, por conta de dores causadas por procedimentos desnecessários, mas rotineiros, a cesárea aparece como a “única maneira de conseguir alívio eficaz”: “quando as mulheres chegam ao limite da insuportabilidade da dor, elas em geral pedem uma cesárea” (p.196).

Nesse ponto, a autora ressalta a importância de se separar “as dores fisiológicas do parto e as dores infligidas pelas formas de assistência”, uma vez que essas últimas são uma construção social, “inseridas em um contexto cultural mais amplo e complexo” (pp.181-2).

Em uma das instituições estudadas, um Hospital-Escola, foi recorrente o “procedimento didático” e o “uso das mulheres como material de ensino, independente da indicação do procedimento” (p.102).

Referente ao papel do pai, é mencionado que “os serviços parecem às vezes querer autorrealizar a profecia do estereótipo do pai nervoso prestes a desmaiar”. Esse, por vezes, é “hostilizado” e visto como uma “ameaça ao bom andamento do serviço e à segurança das pacientes, e ainda infantilizado, comportando-se como criança curiosa, indisciplinado” (p.137).

Para a autora, compreender as “metáforas e dimensões rituais” dessa assistência definidas como “técnicas que instauram e explicitam relações intersubjetivas – de gênero, de classe, de raça, enfim, de assimetria” – auxiliam no entendimento dessas “relações de poder” que são mantidas, mas podem também possibilitar “novos rituais”, os quais por sua vez “reconheçam e propiciem o direito a uma negociação de relações mais saudáveis e fortalecedoras” (p.47).

A partir dessas discussões, é proposta uma mudança de enfoque na organização da assistência da “prevenção” ou “tratamento da patologia (o parto)” para a “perspectiva da promoção e da facilitação de um parto saudável, fisiológico e da prevenção de

possíveis intervenções e agravos no parto, inclusive aqueles resultantes da assistência, como a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia³⁰ desnecessária” (p.221).

Na tese de doutorado em Saúde Pública, ao pesquisar a relação de profissionais de saúde com mulheres gestantes soropositivas, em uma instituição pública do Rio de Janeiro, Barbosa (2001) mostra que a preocupação se dirigia ao bebê e, quando se voltava para a mãe, é para que esta estivesse bem para assim “cuidar do filho” (p.334), indicando, por parte da equipe, a “expectativa da ‘boa’ mãe”.

Com isso, é discutida a “ideologia da maternidade”, prevalecendo a mãe em detrimento da mulher, cabendo a essas mulheres provarem ser “boas mães com o seu engajamento no difícil tratamento oferecido” (p.335).

Levando em conta isso, a questão da “humanização”, para a autora, deve se remeter a uma análise crítica de gênero, opondo-se ao ideário de um modelo único de mulher, situando as mulheres “na classe social e na raça/etnia, com diferentes – e desiguais- experiências de vida e possibilidades objetivas de (auto) realização” (p.324).

O artigo de Figueiredo, Costa e Pacheco (2002), é fruto de uma revisão literária, acerca da experiência de parto e os fatores que interferem nessa experiência. Nele, são citadas inúmeras pesquisas na área em âmbito internacional (década de 80/90 e em diversos países como Noruega, Israel e Estados Unidos).

O parto nos é apresentado como uma experiência social e culturalmente determinada, podendo ser nomeado como um fenômeno natural ou médico e, a depender desta concepção de parto, é que se determinam os procedimentos e o lugar atribuído à dor. No entanto, o ponto em comum, mesmo em sociedades não industrializadas, refere-se ao medo da dor e da morte. As autoras, citam como exemplo, o Plano Nacional contra a dor na Direção Geral de Saúde de Portugal, o qual “contempla especificamente a dor de parto”, recomendando a utilização de anestesia epidural e as necessidades de informação passadas às mães, podendo proporcionar uma escolha consciente.

Na pesquisa de Hotimsky, Rattner, Venancio, Bógus e Miranda (2002), o objetivo foi “identificar as expectativas de gestantes em relação ao tipo de parto”. Para tanto, escolheu-se um hospital maternidade pública situada na cidade em São Paulo,

³⁰ É “um corte feito na entrada na vagina para facilitar ou acelerar a saída do bebê durante o parto. Seu processo de rotina está desaconselhado” (Diniz & Duarte, 2004, p.162). In: Diniz, S.G & Duarte, A.C. (2004) *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: UNESP.

considerada de ensino e referência, para gestantes de alto risco e, realizaram-se três grupos focais.

O parto normal foi uma preferência de todas as adolescentes, contudo o uso de fórceps foi temido pela maioria das gestantes. Nessas condições, a preferência mudava para a cesárea. As adolescentes e as primigestas tinham como referência “experiência de mulheres de sua rede de relações” (p.1305), enquanto que as multigestas usavam como referência sua própria experiência.

A possibilidade de cesárea não apareceu relacionada ao medo da dor ou de “tornar-se inadequada para satisfação sexual”. (p.1306), mas sim por problemas de saúde ou para realização de laqueadura tubária.

Outro ponto debatido é a noção de risco, pois os procedimentos considerados preventivos na cultura médica (fórceps e cesárea) são vistos pelas mulheres como de risco. Já o pré-natal foi posto como um lugar que não as “orienta adequadamente sobre o processo reprodutivo” (p.1306). Para as autoras, a falta de informações, por parte das mulheres, estende-se a todo trabalho de parto: “contrações, dilatações, indicações de cesáreas, entre outros” (p.1306).

A categoria “assistência ao parto” surgiu por meio dos relatos, sendo um dos “tópicos mais discutidos” e uma das “maiores fontes de temores e angústias” (p.1306). As maiores preocupações foram: “medo de não encontrar vaga na hora do parto” (p.1306) e “temor em relação às condutas dos profissionais” (p.1307). É discutido o desrespeito dos profissionais nesta fase, associado pelas autoras a uma “leitura moralista que culpabiliza a mulher por ter prazer ao exercer sua sexualidade” (p.1307). Como estratégia de defesa, algumas mulheres “procuram se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde e, nesse caso, o silêncio transparece como estratégia privilegiada” [grifos nossos] (p.1307).

Tal situação estaria de certo modo, atrelada a uma “cultura política autoritária” que “por vezes se explicita no encontro clínico” (p.1307), não havendo por parte das mulheres um temor “apenas pela dor”, mas pelo “modo como serão assistidas na dor” (p.1308).

No entanto, para D’orsi (2003, p.56), “poucos estudos incluem a perspectiva da mulher sobre o tipo de parto” e, com essa perspectiva, em sua tese de doutorado, referida autora entrevistou mulheres de maternidades públicas e conveniadas. As informações obtidas giraram em torno das características: socioeconômicas,

demográficas e história reprodutiva. Neste estudo, teve-se um total de “461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e 448 mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas). As duas maternidades apresentaram a mesma proporção de cesáreas no período de estudo (aproximadamente 30%)” (p.44).

Na maternidade pública, “a maioria das participantes declararam que não desejavam parto cesáreo” (p.45). Em relação ao obstetra, “diversas características aumentaram a chance de cesárea: ser do sexo masculino, ter sete anos ou mais de formado, atender em consultório particular, e trabalhar mais de 24 horas por semana, em regime de plantão” (p.45). Já na maternidade conveniada ao SUS, no que se refere “às decisões das mulheres”, encontraram-se “associações semelhantes ao padrão da maternidade pública para o fato da mulher desejar a realização de parto cirúrgico e ter saído de casa para o hospital com sinais de trabalho de parto” (p.47).

No que tange aos “fatores associados a maior chance de parto cirúrgico”, D’orsi pontua que alguns podem ser modificados e “outros podem guiar condutas e práticas que favoreçam o parto vaginal” (p. 49). Nas duas maternidades estudadas, os “preditores mais fortes de cesárea foram o fato de o último parto ter sido cesárea, e internação com dilatação cervical menor do que 3 cm” (p.49).

A partir desses resultados, ela considera a importância de: “políticas de incentivo à tentativa de trabalho de parto para mulheres com cesáreas prévias”; “incrementar o treinamento médico”; “informações para mulheres com cesáreas prévias” e; “evitar cesáreas em primíparas” (p.55).

Em suma, menciona mudança na “educação médica” para o parto ser visto como um “evento fisiológico e não patológico”, pois tal mudança poderia “reduzir a distorção observada na prática obstétrica relacionada ao receio de ocorrência de situações inesperadas durante o trabalho de parto, em oposição à relativa segurança oferecida pelo procedimento cirúrgico” (p.55).

A referida autora apresenta um esquema referente aos fatores determinantes do tipo de parto (p.57), conforme reproduzimos abaixo:

Figura 1- Modelo conceitual dos fatores determinantes do tipo de parto em níveis hierárquicos.

Por meio, desse quadro, vemos que são inúmeras as interferências, para se definir um tipo de parto. Para a autora, há três elementos que contribuem para a efetivação de uma cesárea: “as características das mulheres, da forma de organização da prática obstétrica e dos próprios obstetras” (p.4). Nesse sentido, consideramos que, da mesma forma, tais elementos também se fazem presentes, quando pensados favoráveis ao parto normal, ou seja, toda escolha se dá carregada de ideologia.

Ressalta ainda a importância da “criação de instância intermediária de atendimento entre os ambulatórios de pré-natal, que funcionam apenas com hora marcada, e as maternidades que são poucas e distantes, para realizar o acompanhamento no final da gravidez” (p.55).

Zambrano, Barizon, Luchesi, Santos e Gomes (2003) fizeram um estudo descritivo, prospectivo de abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de “identificar o conhecimento da puérpera sobre os tipos de parto e as orientações ministradas no pré-natal referentes a tal assunto”. Consta que as participantes eram assistidas pelo sistema particular, mas não sabemos se a maternidade era pública ou particular, apenas que é um hospital de referência secundária e regional. As autoras reconhecem as vantagens que se teve na área obstétrica com o avanço da ciência, mas sinalizam que muitas vezes se utiliza desses avanços desnecessariamente.

O contato com as mulheres foi “pós-imediato da cesárea” e a amostra dependeu das internações ocorridas no período do estudo (18.06 a 06.09.2002), que contou com um total de 44 mulheres, entre 16 e 43 anos. A coleta se deu por “questões abertas e fechadas sobre dados pessoais, paridade, número de consultas e local de pré-natal, intercorrências gestacionais, tipos de parto que pretendia, razão de escolha, dados socioeconômicos, entre outros” (p. 178).

Nos resultados, as autoras apresentam detalhadamente o percentual dos itens levantados na metodologia seguidos de discussão. Destes merecem destaque: partos anteriores, 29 (65,9%) tinham feito cesárea e apenas 6 (13,6%) tiveram parto normal; tipo de parto desejado, 31 (70,5%) referiram desejar o parto cesárea e apenas 12 (27,3%) parto normal”.

As autoras relacionam tais dados com a “falta de informação sobre os tipos de parto, pois 50% referiram não ter recebido tais informações” (p.179). Já o motivo que as levou ao hospital: 25 (56,8%) disseram que “foi por data marcada”, e 12 (27,3%) por “sinais e sintomas”.

A escolha pela cesárea foi de 84,1% e destas, 2,3% estavam associados a descolamento da placenta, 6,8% por pós-datismo. Como razão pela cesárea: 41% citaram “o desejo pela laqueadura”, 20,5% devido a uma cesárea anterior e, 13,7% por medo (p.179). Três participantes não opinaram. As pesquisadoras dizem que tal escolha “se deu pelo medo das mulheres em relação à dor do parto, desinformação e assistência pré-natal inadequada” (p.179).

Perguntou-se também sobre qual parto seria mais saudável e 42 (95,5%) relataram parto normal e 100% disseram que a recuperação desse parto é mais rápida, no entanto, 34 (77%) disseram que a cesárea é mais rápida e fácil (p.180). Nesse ponto, é colocado que “mesmo cientes dos benefícios e da recuperação, apenas 13,6%

gostariam de ter feito parto normal” (p.280). Deste modo, podemos dizer que esses dados refutam a discussão anterior sobre “desinformação” e a necessidade de se considerar outros elementos na escolha por um ou outro procedimento.

Informação relevante, em relação às escolhas das mulheres, encontramos no estudo de Tornquist (2003), realizado em uma Maternidade e Hospital Universitário situado em Santa Catarina, cujo objetivo foi “observar as diferenças” entre as mulheres de classes médias e de classes populares “no que tange à escolha de acompanhante e experiências de dor e de amamentação”. Tal maternidade buscava seguir as “recomendações da OMS” no “sentido de humanização da assistência ao parto”.

A autora percebeu que, por parte das mulheres de “classes populares”, não havia uma “preocupação”, enquanto para as mulheres de “classe média” “a *forma de parir*” era de suma importância, sendo “uma das razões mais referidas pela escolha” referente ao local onde parir (p.421).

Outra diferença significativa entre essas mulheres deu-se na escolha do acompanhante, pois para as primeiras a preferência foi por mulheres de seu convívio, enquanto para as segundas foi preferencialmente o pai. Para a estudiosa, a escolha por mulheres como acompanhantes envolve a “valorização da identidade de gênero” e a “experiência”, optando-se por mulheres que já tenham tido filhos. Contudo, tais situações não são homogêneas, uma vez que “mesmo neste universo popular, há casais mais identificados com o universo moral das camadas médias, particularmente aqueles que apresentam maior escolaridade” (2003, p.422).

Pelos relatos das mães perante as dificuldades em relação à amamentação e o trabalho imperativo dos profissionais para tanto, Tornquist (2003) conclui que

Estes depoimentos chamam a atenção a valores centrais do ideário do parto humanizado: as noções de amamentação natural e vínculo mãe/bebê/pai. Desde o século XIX, a amamentação foi vista como ponto crucial no processo de constituição da figura higiênica da mãe, e não foram poupados esforços de autoridades para viabilizar o aprendizado e o exercício deste dever cívico da mulher. No entanto, em que pesem os argumentos em contrário, a amamentação não é um instinto nem um ato puramente biológico, é também, e sempre, um processo social. As situações de dificuldades e conflitos na amamentação remetem a uma reflexão importante: se tomado como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador. Estamos diante de dois sujeitos de direitos: o bebê, que tem direito à amamentação, e a mulher, que tem direito de decidir sobre seu próprio corpo. (p.425)

A partir desse trecho, vemos uma tentativa de normatização de um “ato”, entendido como um processo social. Tendo a concepção do sujeito biopsicossocial como base, acrescentaríamos elementos psicológicos, os quais podem interferir nesse momento, tais como: o lugar reservado/ocupado por esse filho, a relação dessa mulher com seu próprio corpo e também a relação de filha que essa mulher estabelece(u) com sua mãe. Todavia, impera-se ainda, em algumas instituições, a “alta da mãe e do bebê”, “condicionada, entre outras coisas, a um bom encaminhamento da amamentação” (p.425).

Na referida pesquisa, o termo “mãezinha” apareceu em casos de descompensação da mulher e também como “categoria comum no discurso da amamentação” (p.424). A mulher é identificada como “descompensada” quando “ultrapassa os limites do comportamento esperado”, sendo “responsabilizada pela promoção de estresse no ambiente”. Tais “situações geram forte tensão entre os profissionais e levam, não raro, a mudanças o andamento do parto: são tomadas decisões imprevistas, tanto em termos de aceleração do trabalho de parto, quanto ao tipo de parto” (p.424).

A pesquisadora relaciona as “situações de descompensação” quando o “respeito ao processo fisiológico da mulher e a suas decisões é substituído pela decisão médica convencional: sem explicações, sem margem de negociação, com desqualificações e infantilização das parturientes”, de modo que impera o “desrespeito aos direitos e a violência simbólica”: “(...) mais complexo do que mensurar o tipo de partos e as rotinas institucionalizadas é a avaliação qualitativa da assistência oferecida: a escuta da dor – ou seja, o respeito às suas expressões” (p. 424). Considerar essas dimensões seria um “ponto muito importante da humanização da assistência”, o qual implicaria no “respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres” (p.424).

Contudo, há um paradoxo quando se trata do ideário do parto humanizado, pois nele se “advoga os direitos das mulheres no momento do parto”, mas esse não “parece estar desatento às diferenças socioculturais”, pois se houver uma concentração “aos aspectos técnicos e isolados e num modelo universalista de família e de feminilidade, no contexto de uma cultura fortemente centrada no mito do amor materno e na pesada herança higienista a medicina”, poderá ocorrer uma minimização do “empoderamento das diferentes mulheres no que tange à sua saúde” (p.246).

Nesse sentido, segundo Tornquist (2003, p. 246): “o peso da herança higienista se faz presente hoje, nas rotinas hospitalares e, sobretudo, nas práticas dos profissionais, ainda que articulados com valores de mudança e de humanização”.

No estudo realizado por Dias e Deslandes (2006) buscou-se conhecer “as expectativas de gestantes, usuárias de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, sobre a assistência que receberam no parto e a avaliação que fazem do atendimento recebido em partos anteriores”. Para os autores, apesar de há alguns anos ocorrer a implantação de ações de humanização da assistência ao parto, tem-se “pouca informação disponível sobre as expectativas das usuárias de maternidades públicas” (p.2648).

Tais expectativas estavam centradas, em três elementos: “admissão rápida na internação”, “garantia de vaga maternidade” e “atendimento por uma equipe atenciosa e competente que cuide de sua saúde e do seu bebê”. (p.2654). Para as mulheres, a “qualidade do cuidado” dependia mais de “sorte” do que da “rotina institucional”. Assim, a categoria representativa de tais expectativas foi nomeada de “sorte”, trazendo-nos uma reflexão a respeito desta “humanização” na qual a qualidade do atendimento se presta a ter ou não “sorte”.

Os autores discutem, ainda, três tópicos: 1-) “humanização – um conceito desconhecido”: as usuárias diziam não saber do que se tratava; 2-) “a experiência anterior de assistência ao parto”: na maioria das mulheres, a avaliação em relação ao parto anterior foi positiva, sendo esta associada “a conseguir vaga para internação, ser atendida sem demora na admissão e à rapidez do nascimento do bebê” (p.2649). Os serviços não foram bem avaliados e sim ações pontuais. Por se tratar de hospitais públicos pode haver nessas mulheres uma diminuição em relação “aos níveis de suas exigências”, ou seja, observamos que a população acaba por relativizar a qualidade do atendimento quando se trata, de instituições públicas e; 3-) “gestação atual, o parto idealizado e a realidade de ser usuária do sistema”: “apenas três das 22 mulheres entrevistadas planejaram sua gestação atual”, todavia foi notado também “a importância do papel da maternidade, na formação de novos vínculos, quando em um novo relacionamento o parceiro atual não tem filhos, e mesmo não desejando, a mulher engravida para dar ao parceiro o filho por ele desejado” (p.2551). O parto idealizado é aquele com uma evolução rápida, que possibilite à mulher ser “internada independentemente da existência de vaga” (p.2652).

Outro ponto discutido nesse tópico, dirige-se à presença ou não do companheiro, e a reflexão das autoras é de que “ao se adotar uma perspectiva de humanização de forma normativa, este modelo corre o risco de provocar a imposição da

presença do companheiro” (p.2652), sendo esse alguém do sexo masculino em detrimento de alguém da vontade da mulher.

Com essas informações, constatamos uma linha tênue entre o recomendado e a regra. Não havendo companheiro, é possível a presença de uma pessoa de confiança escolhida pela mulher? Ou até mesmo respeitar a posição da mulher de não querer um acompanhante?

Para os autores, o “trabalho de parto” parece se voltar mais “para o nascimento de um bebê saudável do que para a satisfação da mãe”, visando “à ‘produção’ de uma criança saudável”, de modo que “todo o processo de medicalização do corpo da mulher tem como perspectiva final o bem-estar do feto” (p.359). É apontada ainda a marca da “impessoalidade” presente, pois tanto as mulheres como os profissionais não se chamavam pelo “nome”.

A ênfase dada apenas aos aspectos biológicos, durante todo o acompanhamento do processo de parto e nos cuidados imediatos com bebê, é exagerada e ocorre em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. Para os médicos, torna-se mais fácil medicalizar um processo como esse quando o corpo da mulher é considerado à parte do seu contexto social e cultural. (Dias & Deslandes, 2006, p.358)

Na pesquisa de Griboski e Guillhem (2006), realizada em um hospital universitário, o objetivo foi conhecer o “impacto da política de humanização ao parto e nascimento, para mulheres e profissionais”. Para tanto, realizaram-se entrevistas individuais. Ao falarem sobre as mulheres, as autoras consideram que a “percepção sobre seus corpos e o processo parturitivo contribui para colocá-las em ‘situação de vulnerabilidade’, podendo ser: individual, programática e social (p.109)

individual: desconhecimento sobre o parto, o papel que deveriam desempenhar os profissionais de saúde e, principalmente, ao fato de não possuírem uma noção clara de quais seriam seus direitos;
programática: se concretiza na forma como o serviço de saúde está organizado, como se estabelece o vínculo com os profissionais de saúde e, ainda, com a própria rotina adotada para o parto;
social: dificuldade de acesso ao serviço de saúde, falta de leitos hospitalares, nível elementar de escolaridade. (p. 109)

As mulheres desse estudo não conheciam a “assistência que deveria ser prestada e sobre as diretrizes do PHPN” (p.109). A isso, é associado o fato de as mulheres não participarem das decisões por “desconhecerem seus direitos sexuais e reprodutivos”. Em virtude disso, aponta-se para a “necessidade de ações voltadas para maior esclarecimento acerca do processo parturitivo” (p.109).

Na discussão condizente aos profissionais, é sinalizada uma “hierarquização nas relações” desses com as mulheres, uma vez que essas últimas são consideradas “positivas quando favorecem o trabalho, transformando a mulher em objeto de ação do outro” (p.111).

O estudo de Rodrigues e Siqueira (2008) foi realizado em uma maternidade do SUS na cidade de São Paulo, com o objetivo de “desenvolver algumas reflexões sobre os possíveis benefícios de uma escuta responsiva à verbalização da presença da dor, medos e seus correlatos na cena do parto tomando como base dados empíricos de pesquisa realizada em uma maternidade situada na cidade de São Paulo”. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 20 parturientes e sete doulas, além de observação de rotinas da maternidade.

Dos 150 leitos de obstetrícia, 24 integravam o Centro de Parto Normal, o qual conta com diversos recursos e artefatos para auxiliar no trabalho de parto, uma vez que neste local se realiza apenas partos vaginais conduzidos por obstetritz. Havia nesse serviço “um trabalho de suporte à parturiente realizado pelos profissionais e por um grupo de voluntárias que receberam um treinamento específico para assumir a função de *doula*” (pp.181-2).

Os autores dividiram os resultados em dois tópicos: “os dizeres sobre si (subjetividade autorreferida)” e “os dizeres sobre a presença do outro (intersubjetividade)” (p.183). No primeiro tópico, aparece uma descrição de falas das mulheres e referências a dores intensas, insuportáveis, traumáticas, horríveis e inesquecíveis, bem como o prolongamento (“demasiadamente longo”) entre o trabalho de parto até o momento do parto (entre 11 e 17 horas), sendo referidas, por exemplo, sensações de “exaustão e desfalecimento” (p. 193). Já no segundo, “ter sido acompanhada” foi referido como uma “qualidade diferencial”, com relatos de que a conversa com as *doulas* possibilitou “sensações de segurança, confiança, relaxamento e calma” (p.183).

Como ilustração de uma atuação em equipe na qual é possível uma forma de cuidado mais singular, sem, no entanto, desconsiderar o contexto, citamos o trabalho de Setúbal (2009). Por meio de seu relato de experiência, a autora apresenta sua trajetória profissional junto a Unidade de Neonatologia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que se inicia também com o trabalho da Psicologia neste local.

São apresentadas as mudanças ocorridas a partir dos anos 90 decorrentes do plano nacional de humanização do atendimento hospitalar. Antes, os cuidados aos recém-nascidos estavam restritos à equipe, distanciando dessa forma, o contato entre mães e filhos. Visando alterar esse quadro e com respaldo teórico na psicanálise, são mostrados estudos que tratam da importância das primeiras relações entre o bebê e a mãe na estruturação da psique.

Algumas alterações realizadas foram: “nomes dos bebês acrescentados à ficha fixada no leito (identidade própria)”, “acesso irrestrito dos pais durante a internação do bebê”, “incentivo à amamentação” (abertura de um espaço específico para retirada do leite) e “alojamento conjunto tardio” (p.341).

Retomando a questão a preferência pelo parto, no estudo de Sodré, Bonadio, Jesus e Merighi (2010) o objetivo foi “compreender a necessidade de cuidado e o desejo de participação nas decisões sobre o parto de gestantes de Londrina-PR”. As perguntas norteadoras do trabalho foram: as mulheres participam do parto? Planejam seu parto? Desejam participar nas decisões? O acesso às informações favorece a participação ativa das mulheres? Quais são suas necessidades durante essa experiência?

Foram entrevistadas 14 gestantes, entre 14 e 37 anos, das quais 11 eram primigestas, oito realizavam pré-natal no SUS e seis no sistema suplementar, com idade gestacional entre 29 e 37 semanas. A coleta ocorreu em um Grupo de Gestantes, o qual oferece preparo físico para o período gestacional e para o parto normal.

Na introdução, há uma discussão sobre as informações que deveriam ser passadas as mulheres para que assim estas tomem decisões informadas, no entanto, problematizamos a terminologia “consumidora” usada pelas autoras: “nesse contexto, deve-se considerar a quantidade e o tipo de informação que o consumidor quer ou necessita para sentir-se informado” (p. 453). Pensamos que a necessidade de informação extrapola a relação de consumo, esta, por sua vez, baseada na lógica do mercado.

Por meio da análise criaram-se quatro categorias: “motivos-porque”: preferência pelo tipo de parto e insegurança; “motivos-para”: necessidade de cuidado e tomada de decisão no parto. De acordo com os resultados, há uma preferência pelas mulheres ao parto normal, no entanto, uma gestante questionou o fato de ela não poder escolher o parto com analgesia, não podendo desta forma “optar sobre o tipo de parto, o que descaracteriza o atendimento humanizado que a instituição alega oferecer” (p.455).

Condizente a preferência pelo parto normal, devemos nos atentar que essas gestantes faziam parte de um grupo, o qual oferecia preparo físico para tanto, dando-nos

a ideia da escolha pelo parto ter sido feita a priori, contudo não temos informações de como tal escolha ocorreu.

A necessidade de cuidado foi relacionada à necessidade de informações e explicações para a gestante em relação aos procedimentos adotados, o respeito à privacidade e também a presença de um acompanhante e de um profissional. A diferença das mulheres que estavam sendo atendidas pelo sistema de saúde suplementar é de que algumas elaboraram um plano de parto, o qual possibilita uma “escolha informada”, no entanto pode ocorrer de este não se adequar às políticas hospitalares restritivas. As autoras concluem que faltam condições favoráveis para que as mulheres sejam ouvidas e suas decisões viabilizadas.

Na tese de doutorado de Moraes (2010), em Psicologia Social, o objetivo foi “analisar as práticas discursivas nas ações de trabalhadores e usuárias” de uma maternidade, situada na região Nordeste, na “perspectiva da humanização”, ao analisar os documentos oficiais brasileiros acerca da humanização, a autora pontua que “há uma tendência em se adotar um discurso prescritivo, universalista e generalizador” (p.17), ilustrando uma desarticulação com “as necessidades dos envolvidos nesse contexto” (p.9).

Deste modo, “apesar de os documentos oficiais nacionais proporem práticas personalizadas, ainda persiste uma padronização nos cuidados oferecidos, impondo-se limites e regras prefixadas para o cotidiano desses espaços”. (p.18). A tendência, por conta disso, é tornar-se um processo “descontextualizado das diferentes necessidades e, apesar de apontar para a autonomia da mulher, aparece como o “certo”, como a ordem correta para o processo de parturição” (p.239).

Discute-se também acerca das “políticas e práticas que diferenciam ricos e pobres”, e do ainda predominante modelo biomédico. Por conseguinte, conclui-se que a humanização, tida como “alternativa” para a “medicalização”, não tem conseguido “contextualizar as questões socioeconômicas e as necessidades de saúde” (p.22).

Apesar dos méritos dessas ideias destacam-se em particular dois aspectos que podem tornar-se desfavoráveis. O primeiro seria a necessidade de padrões, mesmo que benéficos, para as práticas em saúde, talvez relacionados com a forma de organização da vida em sociedade, que limita a atuação dos diferentes indivíduos, inclusive na área da saúde. O segundo seria o fato de que, mesmo apontando para uma dinâmica mais dialógica e inter-relacional, parece não ter havido uma contextualização das propostas de humanização. Houve, sim, uma tendência para se revelar os aspectos sociais, estruturais e econômicos que modelam as formas de viver e as ações na saúde. (p.78-79)

A referida autora faz ainda uma crítica ao modo como o PHPN realiza sua avaliação, por meio de “aspectos clínicos (número de consultas e exames realizados)”, o que estaria em desacordo com a proposta de “ações mais contextuais” do próprio programa (p.83).

No que se diz respeito à humanização pela perspectiva de alguns profissionais, essa apareceu por meio de “ideias politicamente corretas”, “nas quais a humanização é vista como bondade, amabilidade, fazer pelo e para o outro” (p.184).

No entanto, para a discussão sobre humanização a autora enfatiza quatro vieses, a saber: 1) “humanização como práticas naturais para o parto”; 2) “humanização como práticas de acolhimento e atendimento das necessidades”; 3) “humanização como um processo articulado ao contexto das práticas em saúde” e; 4) “limitações do discurso humanizador”.

O artigo de Figueiredo, Barbosa, Silva, Passarini, Lana e Barreto (2010) se apresenta, como um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado entre agosto de 2009 e julho de 2010, com 30 gestantes com mais de 30 semanas de gestação (20 múltiparas e 10 nulíparas) acompanhadas em um ambulatório de pré-natal de um serviço público, as quais foram selecionadas de forma aleatória. O objetivo do trabalho foi “conhecer as crenças e os fatores culturais que atuam no período da gestação e podem influenciar na escolha da mulher por determinada via de parto” (p. 297).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito perguntas abertas. A discussão se inicia com a ideia de o parto, “ao envolver aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, entre outros”, ser visto por diversos autores como um “fenômeno cercado de mitos e crenças, que são influenciados por diversos fatores como medo, informação recebidas de parentes e amigos, experiências de gestações anteriores e características da instituição”. Vale ressaltar que nesse estudo, abordaram-se vários desses aspectos.

No trabalho de Pereira, Franco e Baldin (2011), buscou-se analisar, a partir das representações sociais femininas, o protagonismo da mulher na decisão sobre a parturição. Foi utilizada a abordagem qualitativa fenomenológica, em que se entrevistou 45 gestantes, no último trimestre da gravidez, as quais realizavam pré-natal em instituições públicas e privadas. As gestantes foram divididas em dois grupos para a realização das entrevistas: participar de uma instituição pública (20) ou privada (25). As autoras fazem uma discussão na qual a cesárea responderia à legitimação do saber

científico em detrimento do fisiológico, de modo a reforçar a assimetria do poder de decisão entre médico e gestante.

Nesse caso, vemos que o saber técnico-científico aparece atrelado à figura do médico, enquanto o fisiológico, à mulher. Para as autoras, a autonomia da mulher restringe-se ao parto normal, pois a decisão pela cesárea se dá por manipulação: “pelo medo do desconhecido, do sofrimento imposto pela dor e dos interesses de vários atores sociais (empresas, ciência, tecnologia, profissionais, mídia, *marketing* etc)” (p.588).

Seguindo essa lógica de pensamento, não parece haver espaço para as mulheres serem protagonistas da escolha pela cesárea. A partir dessa constatação, nos interrogamos: Será que todas as mulheres que podem e escolhem pela cesárea é porque estão desinformadas e não estão conscientes dos benefícios do parto normal e dos riscos de uma cesárea?

Na visão das autoras, faltam informações científicas às mulheres, principalmente às com poucos recursos econômicos ou socioculturais, restando-lhes apenas as informações do senso comum, as quais carregam consigo mitos e interpretações voltadas para o medo da dor e as repercussões do seu sofrimento.

O medo apareceu como um dos maiores responsáveis pela não adesão ao parto normal e um dos modos encontrados para se livrar deste foi o ingresso ao sistema privado para se ter acesso ao parto cirúrgico. No entanto, o medo pós-cirúrgico também apareceu em alguns relatos: “medos e preocupações estão principalmente associados à dor seja no parto normal ou pós-cesárea e à repercussão desses” (p.583).

Deste modo, podemos dizer que na referida pesquisa ora o conhecimento científico é atrelado ao médico e influenciando negativamente para a adesão ao parto normal, ora a falta deste nas mulheres é vista como um dos fatores que dificultam essa adesão.

Como indicadores para reversão do quadro encontrado, as autoras pontuam: a revisão da formação médica, mudança nos mecanismos de comunicação e transparência nas informações aos formadores de opiniões e ações de empoderamento da mulher.

As autoras fazem uma correlação entre a questão sócio-econômica e realização de cesáreas, dado que “78% das mulheres de Joinvile que recorrem ao sistema privado fizeram cesárea, enquanto apenas 35% das mulheres que utilizaram o SUS tiveram parto cesariano” (p.586). Resta-nos saber se por escolha das mulheres ou dos profissionais, representantes da instituição.

Ainda referente a essa pesquisa, as gestantes do SUS apresentavam ciência sobre não terem “direito à opção programada da cesárea” e reconheciam o discurso do parto normal: “para ser mãe é preciso sentir dor, ou o parto normal é melhor porque é natural”. Todavia, transpareciam “sentimentos de impotência, passividade e medo diante da impossibilidade de participar da decisão sobre a via de parto, em face da normatização das políticas públicas e da relação impessoal estabelecida no serviço público” (p. 586).

É relatado, também, o “pouco diálogo entre gestante e médico” acerca do “momento do parto”. No que se refere ao pré-natal, esse não se “constitui um espaço para a informação agregadora de conhecimento para o empoderamento da mulher” (p.587).

Castro (2014), em sua tese de doutorado em Enfermagem, buscou: “1) compreender o significado para a mulher de sua participação nos movimentos sociais pela humanização do parto, a trajetória de gestação de parto dessa mulher e como essa participação influencia sua experiência de gestação e parto” e; 2) “elaborar um modelo teórico explicativo da experiência da gestação e parto da mulher que participa de movimentos sociais pela humanização do parto”. As participantes foram 15 mulheres, pertencentes a “grupos de usuárias do movimento pela humanização do parto, em Belo Horizonte, Minas Gerais”.

Por meio de “vivência pessoal e profissional, a autora coloca que as “razões técnicas” anunciadas pelos médicos obstetras a favor de uma “cesárea no final da gravidez” ou o “início de um trabalho de parto” pouco são questionadas pela maioria das mulheres. A isso, ela atribui a “cultura” da relação profissional de saúde *versus* usuária, a qual comumente mantém relações desiguais e assimétricas, com o agravante que, em se tratando de mulheres, perpassam ainda “questões complexas relacionadas ao gênero, que refletem padrões culturais de submissão feminina”, intensificadas no período gestacional dada a “maior vulnerabilidade emocional da mulher, pelos sentimentos ambivalentes, os temores do parto e a ansiedade de esperar o nascimento da criança” (p.13).

Nos resultados da pesquisa, é enfatizada a categoria “ressignificar-se na experiência de parto”, uma vez que como participantes de um movimento social, a experiência compartilhada de uma mulher passa para outras, possibilitando outra significação cultural do parto: “experiência fortalecedora para a mulher e com significado de

superação e prazer” (p. 143), diferente da ideia atual na qual o parto é visto como “sofrimento e risco” (p. 146).

No ano de 2014, a Fiocruz³¹, publicou a pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre parto e nascimento”, cujo objetivo foi “estudar os determinantes, a magnitude e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo as cesarianas; descrever a motivação das mulheres para a opção pelo tipo de parto e as complicações médicas no puerpério e período neonatal, bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares”. (“n.p.”).

Como método realizou-se um “inquérito de base hospitalar” com representação regional. A amostra foi de 23.940 mulheres entrevistadas, de 191 municípios diferentes.

Em relação ao tipo de parto, 28% preferiam cesariana no início da gravidez e 66% preferiam o parto normal na gravidez.

Tabela 2 – Processo de decisão pelo tipo de parto em primíparas

	Público	Privado
Preferência inicial:	15,4%	36,1%
Decisão final da gestação:	15,0%	67,6%
Tipo de parto Cesariana	44,8%	89,9%

Fonte: Fiocruz, 2014, “n.p”.

Tabela 3 – Processo de decisão pelo tipo de parto em múltíparas

	Público	Privado
Preferência inicial:	29,2%	58,8%
Decisão final da gestação:	27,4%	75,4%
Tipo de parto Cesariana	40,7%	84,5%

Fonte: Fiocruz, 2014, “n.p”.

Acerca das adolescentes, eram cerca 19% da amostra, “sendo essa proporção de 27% na região Norte”. Elas são “mais pobres”, com “nível de escolaridade inferior ao esperado para sua idade e apenas 11,8% trabalham”. Dessas, “71% se classificaram como pretas ou pardas” (“n.p.”).

Foi realizado também, um estudo comparativo, entre dois hospitais privados, os quais se diferenciavam entre si, nos modelos de atenção perinatal. Um desses hospitais,

³¹ Informações obtidas em http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf e <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/resultados-esperados/>. Recuperado em 04.01.2016.

localizado na região Sudeste, tinha um “modelo de atenção inovador” e o outro era um grupo de hospitais, situado na mesma região, o qual mantinha o “modelo típico de atenção obstétrica do setor privado”.

Sobre o hospital “inovador”, é acrescentado que esse oferecia: “assistência ao parto normal por equipes compostas por enfermeiras obstétricas e médicos; priorização de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto vaginal; oferta de recursos não farmacológicos para suporte ao trabalho de parto; auditoria das indicações de cesarianas; e título de Hospital Amigo da Criança” (“n.p.”).

As mulheres, atendidas pelos dois hospitais, tinham “características sociais e clínicas semelhantes”, sugerindo, de acordo o documento, que “o modelo de atenção ao parto é que fez a diferença nos resultados perinatais”. O número de cesáreas foi de 48% no hospital inovador e 91% nos grupos de hospitais típicos. Em relação às mulheres com gestação de baixo risco, foi, respectivamente, de “21% e 87%”.

O aleitamento materno teve “desfecho positivo” mais “frequente no hospital inovador” e, “a maioria dos bebês nascidos por cesarianas o hospital inovador tinha 39 semanas ou mais, no grupo de comparação, mais da metade dos bebês nascidos por cesarianas tinha 37 ou 38 semanas” (“n.p.”).

Dentre inúmeros aspectos que podem ser destacados, citamos a não homogeneidade da implantação de uma determinada política, a depender das características de cada região, instituição e outros atravessamentos possíveis. No entanto, com base nas pesquisas supracitadas, é possível identificar temáticas recorrentes, as quais, listamos: relações assimétricas entre profissionais e mulheres, no que se refere à: classe social, gênero e raça; dor do parto e preocupação com a assistência, como medos centrais entre as mulheres; ideologia da “boa mãe” e da “maternidade”; desinformação das mulheres; crítica à universalização e normatização das mulheres e da implementação dos programas.

CAPÍTULO CINCO- NOTAS E DISCUSSÕES SOBRE O CAMPO: PERCURSOS DE UMA INVESTIGAÇÃO PARTICIPATIVA

Cada pessoa tem sua história, seu passado, suas experiências, sua família. No fundo, toda sua experiência consiste em estabelecer uma espécie de compromisso entre o passado e o presente para tentar escolher o futuro (Dejours, 1986)

Neste capítulo apresentarei um recorte das observações, entrevistas e grupos feitos no interior da instituição escolhida e suas respectivas análises. Iniciarei com a minha entrada no hospital e as ressonâncias disto, passando pelos caminhos percorridos, pelas inquietações e reflexões realizadas. Nesse caminho, optei pela narrativa em primeira pessoa, considerando que a descrição ora apresentada passa pela minha experiência, como pesquisadora no campo.

5.1 Sobre a Hospital-Escola-Maternidade

A escolha desse hospital ocorreu devido ao seu reconhecimento como o “maior centro de referência em saúde da mulher” da região estudada, tendo como foco o parto humanizado. Humanização é definida no site do hospital como: “uma forma de cuidar mais atenta para os direitos do cidadão e as suas necessidades, visando a uma mudança na cultura do atendimento à saúde” (“n.p.”).

Considerando o sigilo da pesquisa, resolvemos não nos determos tanto nessa caracterização, uma vez que para alcançar o objetivo da pesquisa não faremos um estudo da instituição e, sim, de como as situações são resolvidas em uma instituição. Em outras palavras: o propósito não é estudar a instituição, mas pensar as relações que podem ocorrer no contexto de uma instituição.

Do particular dessa instituição, é um Hospital-Maternidade-Escola, inaugurado em 2008, depois de anos de obras inacabadas. Apesar de público, é gerido por uma Organização Social de Saúde³² (OSS). Possui alguns certificados, como o IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e Certificado Ibero-Americano “Ouro” pelo Banco de Leite.

³² “As Organizações Sociais de Saúde (OSS) fazem parte de um modelo de parceria adotado pelo governo do Estado de São Paulo para a gestão de unidades de saúde, formalizado pela Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998”. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoaes/organizacoes-sociais-de-saude-oss>. Recuperado em 06.02.2016.

Ainda de acordo com o site, referido Hospital possui “118 leitos, incluindo maternidade, salas de emergência e de parto natural, incubadora climatizada, Unidade Neonatal, UTI Adulto e Centro Cirúrgico”. Sua capacidade é para a realização de aproximadamente “400 partos por mês, 100 cirurgias ginecológicas, 120 cirurgias e procedimentos terapêuticos e diagnósticos em regime de hospital-dia, além de 5.400 consultas e 13.400 exames”. Localizamos também no site uma série de orientações às mães, informativos sobre palestras, visando “esclarecer as principais dúvidas”. Em uma dessas ocasiões, teve-se o “sorteio de brindes e enxovais”. É ressaltada a importância do “parto natural e do aleitamento materno” e “a educação permanente para as mulheres atendidas”.

Fazemos a seguinte ressalva: apesar de o local ser utilizado potencialmente como maternidade, é um hospital que atende a mulher em suas diversas demandas, sendo também considerado um centro de tratamento para câncer.

5.2 Primeiros passos no território institucional

Após idas e vindas ao Comitê de Ética, a pesquisa foi aprovada e apresentada ao corpo diretivo da instituição escolhida: um Hospital-Escola- Maternidade. Ao entrar no hospital, a primeira surpresa foi com a arrumação e mobiliários bem conservados e modernos. Das representações construídas, em parte por minha experiência e pela grande mídia, não parecia que eu estava em um hospital público.

O primeiro contato foi com o diretor. Nossa conversa tratou da proposta metodológica, pois, de acordo com ele, diferente das pesquisas realizadas pelo corpo médico, a pesquisa qualitativa mostrava-se abrangente, não podendo ser visualizado o que seria feito. Todavia, constava no projeto que lançaríamos mão da observação participante, de entrevistas e grupos, embora, a princípio, não tivéssemos um foco específico dentro do hospital, justificando assim a minha presença em todos os setores para a observação inicial.

Essa situação possibilita discutir sobre metodologias diferentes de pesquisa: pareceu de algum modo haver um tom de desqualificação da metodologia qualitativa, ao se questionar uma suposta difusão de objetivos já que meu projeto trazia uma indicação de referências, mas não qual dado específico seria coletado, como se tais elementos referenciais já não fossem indicações de como a pesquisa estava proposta e também de posicionamentos. A conversa finalizou com a seguinte fala: “esse jeito que eles pesquisam é mais fácil”, dirigindo-se o diretor para outro médico ali na conversa.

Entendendo que, uma pesquisa que se constrói na relação, e a relação entre pesquisador/pesquisado carrega muito da relação entre as diferentes posições hierárquicas, sejam elas formais e/ou que se concretizam na prática, vemos a partir dessa breve passagem, a minha relação enquanto pesquisadora como um emergente, a qual aponta para as posições no trabalho; o que é ou não valorizado; às reações perante o desconhecido.

O episódio narrado nos remete ao (des) encontro das instituições de saúde com as Universidades, mesmo que seja um hospital universitário. Apesar de não ser o objetivo do trabalho, nessa relação inicial estabelecida, há aspectos que nos permitem refletir sobre o contato entre a hierarquia acadêmica e a relação com a organização do trabalho hospitalar.

Mas, voltando à minha entrada, logo após essa conversa, o diretor me direcionou para falar com a psicóloga da instituição, pois foi entendido por ele que se eu era psicóloga, deveria apresentar a minha pesquisa a ela e também passar por essa autorização.

Ao tentar, sem sucesso, um contato com a psicóloga-o diretor decide caminhar comigo pelo Hospital em sua busca. Quando a vemos, ela está acompanhando uma jovem até a UTI Neo Natal para que esta amamente seu filho.

Neste rápido contato, ele pergunta à jovem qual o nome dela e ela diz um nome inglês, em seguida o diretor pergunta o nome do filho que havia nascido e ela responde um nome também em inglês, o que o faz perguntar se ela sabe *s-o-l-e-t-r-a-r* (*sic*) o nome do filho, tendo como resposta um sorriso sem graça. Uma das primeiras impressões acerca desse contato foi o distanciamento entre profissionais e usuárias do sistema.

Dessa jovem, a psicóloga me conta depois que ela era uma “usuária de *crack*”, moradora de rua e prostituta, e “estava fazendo todo um trabalho” para encaminhá-la a um abrigo juntamente com o filho, mas na noite anterior ela já havia fugido e tiveram que sair à rua correndo para trazê-la de volta. Dias depois, pergunto sobre o desfecho da situação e a psicóloga me disse que a jovem fugiu novamente e o filho, encaminhado a um abrigo.

A esse respeito, ressaltou que trabalhava no sentido de ter uma “esperança” e de buscar uma “ponte com o consultório de Rua”³³ para não separá-las do bebê”, visto que é

³³ Dentre as diretrizes do consultório de rua, consta: “constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção,

“cultura” do hospital, quando se trata de usuárias de drogas, discriminar e tendencialmente separar mãe e filho após alta hospitalar. Todavia, ela me relata um sentimento de “impotência”, pois no hospital o prazo é de “48 horas para resolver (...) não há um antes e nem depois”.

Após essas conversas, o primeiro lugar que escolho para ficar é a recepção, pois é a porta de entrada das usuárias do sistema de saúde. Alguns profissionais prontamente me dizem que é o “*pior lugar*” e “o *mais corrido*” da instituição. Estando lá, em geral, escuto das usuárias reclamações acerca da demora do atendimento e algumas aproveitavam o momento de espera para reclamar do próprio atendimento: “*aqui tem que ter paciência e fé*”.

De acordo com um dos funcionários: “*Recepção não é só preencher ficha. A mulher chega e não espera uma resposta negativa, tem que ter um jeito. O pré-natal é só na UBS, aqui só faz alto risco, mas algumas veem e querem fazer aqui*”.

Havia mulheres de todas as idades, mas predominantemente vi mulheres jovens, por volta de 19-20 anos. A maioria era negra e moradora das regiões mais periféricas e pobres da cidade.

Na maioria das vezes, as mulheres estão acompanhadas de outras mulheres ou mesmo sozinhas, havendo uma presença menos expressiva de homens. Presenciei momentos em que não havia nenhum homem na recepção.

Presencio a transferência de um bebê recém-nascido para fazer uma tomografia devido a uma lesão no crânio. Questiono o fato e a resposta foi que poderia ser “*alguma coisa da gravidez ou do parto*”.

Passado esse período na recepção, estive presente em algumas consultas de pré-natal de alto risco (todos da região são realizados no hospital), na sala de pré-parto e no alojamento conjunto. Realizei também grupos com as mulheres que aguardavam a consulta do pré-natal de alto risco, pois- a partir das minhas vivências- percebi que as mulheres que passavam pelas consultas de pré-natal de alto risco, esperavam por volta de duas horas, então perguntei se eles me forneceria uma sala para que eu pudesse conversar com elas (resultando em um total de oito grupos) enquanto aguardavam as consultas. Diante desse fato, posso afirmar que, por meio da observação, constatei a possibilidade de realizar esses grupos. Esse procedimento de pesquisa não poderia ser

apresentado anteriormente, pois surgiu da demanda local, resultante da análise da situação/contexto.

Acompanhei também alguns trabalhos já realizados pelos profissionais, como o grupo de alta, o curso de gestante, o trabalho da musicoterapeuta e reuniões de equipe.

Existe uma voluntária, nomeada pelos profissionais como doula. Ela realiza um grupo de artesanato com as mulheres que estão internadas no “alto-risco”. Este grupo ocorre semanalmente. Perguntei sobre a possibilidade de acompanhar esse grupo, mas no dia marcado- houve um imprevisto e a doula não compareceu. Depois passei a realizar os grupos de pré-natal de alto risco, conforme citado acima, porém esses coincidiam no horário, de modo que não pude participar. Comumente, a psicóloga também participava desse grupo.

Outra possibilidade de observação foi presenciar inúmeras discussões sobre a atuação e relação profissional-usuária-instituição. No entanto, vou me ater ao relato do que considero pertinente, ser levantado, com fins ao nosso objetivo, encaminhando assim, nossas observações gerais, para o ponto central da pesquisa.

Alguns profissionais me disseram que, no início do hospital, muitas crianças nasciam com problemas decorrentes do parto, mas muitas mães aceitam tal fato como uma “*fatalidade*” e ainda agradeciam a equipe por todas as tentativas de “*salvar*” o filho.

Entre uma conversa e outra, questiono as vias de parto e a escolha das mulheres, tendo como resposta de um dos profissionais que no “*público precisa ser normal*” e “*não tem como considerar a ‘demanda’ das mulheres*”, utilizando-se da prerrogativa de que a “*via de parto não é escolha da mulher*” e a “*cesárea somente uma indicação médica*”.

5.3 Mergulhando no campo: ressonâncias da e sobre a pesquisadora

Durante minha permanência na instituição, sou apresentada como a “pesquisadora”. Há em mim questionamentos de como isso vem a ser considerado pelas pessoas da instituição, como imagino que eles também façam perguntas sobre o que eu estou pesquisando sobre eles. Desse modo, o papel pesquisadora foi se definindo, mas permanecia em aberto o questionamento acerca do que se entende/espera por pesquisa e por essa relação. Tais indagações serviram de base para pensar a minha relação com os profissionais e as mulheres, e situações ora expostas.

Algumas pessoas, ao me apresentarem para outras, dizem que estou fazendo meu TCC ou mais raro, um mestrado. Quando digo ser doutorado, em geral, segue-se um silêncio. Penso que a minha aparência física contribua para isso, pois devem me achar jovem, sendo por vezes me questionado: “*quantos anos você tem*”?

Em seguida, recorrentemente me perguntavam à qual instituição eu pertencia e quando digo que venho da USP, as reações são diversas, como de espanto, de surpresa e mesmo de curiosidade.

Escuto de algumas pessoas que elas querem sair de lá para fazer mestrado e aí me perguntam como é fazer pesquisa. Outras dizem ser somente na prática que você sabe como as coisas são, diferente de quem vem de fora: “*aqui eu acompanho de perto, passo em cada leito, não adianta fazer pesquisa, tem que estar presente*”.

Há também comentários que comigo será diferente, pois como sou pesquisadora, não sofrerei as pressões, que eles sofrem, e a minha relação com a diretoria será diferente e melhor do que a deles. Outra fala bastante comum é que escolhi um “*ótimo campo de pesquisa*”, pois “*aqui dá um livro por dia*”.

Podemos, a partir dessas falas, pensar na relação serviço x universidade e da dicotomia muitas vezes presente entre teoria e prática, entre o saber e o fazer.

Localizamos ainda nestas falas situações transferenciais e respostas de como minha presença foi sentida. Todavia, não é possível discutir aqui sobre quais imagens as pessoas criaram a partir dessa representação, mas o fato é que nossa relação se deu a partir disso: eu pesquiso e sou pesquisada.

As visitas iniciais e mesmo todas as outras eram sempre um se “ambientar”, um saber que não se é pertencente àquele local, mas se está lá por um período. A postura mantida era sempre de que eu não estivesse familiarizada para minha percepção se dar a partir de um lugar estrangeiro. Estar naquele lugar era de alguma forma estar em uma situação de incômodo, quando, por exemplo, eu passava algumas horas na sala de pré-parto acompanhando aquela rotina, enquanto os profissionais ali estavam trabalhando explicitamente.

Minha estadia visava sempre respeitar o outro e o trabalho do outro, por isso, no começo, esperava ser apresentada pelos profissionais que já havia conhecido para outros profissionais, de modo que a psicóloga me apresentou para a médica, depois me apresentou à enfermeira e assim por diante.

A equipe de saúde é composta por profissionais que tinham ou não ligação com a Universidade, mas majoritariamente eram professores, estagiários e residentes da universidade mantenedora e também de outras universidades da região.

O meu contato maior se deu com a equipe multiprofissional: duas psicólogas, uma musicoterapeuta e duas fonoaudólogas, as quais dividiam a mesma pequena- sala. Com as enfermeiras e auxiliares, mantive um contato mais distante na sala de pré-parto e na recepção, mas elas sempre foram muito prestativas a qualquer solicitação. Em relação aos médicos e residentes, houve pouca interação, tal qual entre eles e a equipe multiprofissional. Tal constatação me faz refletir que, de alguma forma, eu fui identificada/me identifiquei como pertencente à equipe multiprofissional, seguindo desse modo as orientações do diretor, o qual, já de início, direcionou-me aos cuidados da psicóloga.

Também foi observado, por parte das mulheres, que- ao falarem da equipe profissional- predominantemente as falas se referiam “ao médico” e “à enfermagem”. Mesmo com variações de sexo biológico, dentro dessas categorias profissionais, a ideologia presente era gênero masculino como representante da classe médica e gênero feminino como representante da equipe de enfermagem.

Essas questões ilustram as distinções hierárquicas profissionais e de gênero no qual há os grupos que ordenam e os que executam e de certo modo, também não participam das decisões. A partir desses dados, inferimos que a relação gênero-hierárquica entre profissionais perpassa também a relação estabelecida destes profissionais com as usuárias e usuários do sistema de saúde.

Havia em mim expectativas de como seria recebida, mesmo que tenha sido bem recebida todos os outros dias anteriores. Por vezes, perguntavam-me se “*estava dando certo*”, “*o que eu estava achando*” e se “*havia muita reclamação por parte das mulheres*”. Contudo, uma grande abertura me foi dada e eu sempre era chamada para diversas atividades programadas por eles.

5.4 Nos meandros da instituição

Dando sequência, apresentarei algumas situações vivenciadas no decorrer das visitas institucionais e que, de certo modo, foram compondo nosso campo e dando os próximos passos a serem percorridos e problematizados. Assim, essas situações, são parte desse campo e respondem, de certa forma, ao problema colocado na pesquisa.

Em uma de minhas visitas, notei que a equipe estava disposta a discutir sobre “o que avisar” e “como avisar” a usuária e os familiares em situações que fogem do esperado.

Para entrar nessa discussão, recorreu-se à ideia de “humanização”, sendo essa considerada, naquele momento, como um “*comunicar com sensibilidade*” (sic). Debateram-se também as diferenças que os médicos fazem quando atendem uma pessoa comum de quando atendem um familiar.

Do lado de expectadora, percebi que facilmente a discussão sai do geral para casos específicos – particulares de cada um dos presentes, ou seja, das usuárias do sistema e seus familiares, facilmente se vai para “eu, meu filho e meu marido” e daí, para o “eu” se colocar como referência de como gostaria de ser atendido para como vou atender é uma linha muito tênue, entrando em cena, as relações familiares dos profissionais. Mas, o que chama atenção nesse ponto, é a tentativa de se generalizar condutas a partir de um ponto de vista, e se tratar os “pacientes”, a partir de suas próprias necessidades.

Por outro lado, de acordo com Clavreul (1978,1983), o discurso médico carrega consigo um caráter totalizante. Para o autor, a ordem médica, apesar de ter seu alicerce na ciência, é “antes de mais nada, uma ordem jurídica”, pois é ela quem “decide sobre os casos e as intervenções necessárias, como também decreta de um não-lugar quando escuta aqueles que sofrem”. Sendo assim, ao constituir a doença como uma entidade, o doente é despossuído dela, “para fazê-la entrar” no campo médico. O autor menciona ainda a frase de Leriche: “se se quer definir a doença, é preciso desumanizá-la” (p.136). Essa discussão nos possibilita compreender que, essa ideologia do discurso médico, perpassa todas as relações dentro de um hospital, e diante disso, de acordo com o autor, cada um terá de se situar, seja aceitando-a ou recusando-a.

Continuando a discorrer acerca da equipe, por parte dela, é entendido que haja uma diferença entre comunicar um paciente em hospital particular e um usuário do sistema público, pois no primeiro se tem uma continuidade do acompanhamento, enquanto no segundo o contato se dá via plantonistas. Vale destacar que, comparações entre público e privado e queixas acerca dessa quebra de acompanhamento foram recorrentes também no discurso das mulheres.

Na conversa com os especialistas, um deles me diz que as mulheres atendidas no consultório particular fazem planejamento, enquanto as mulheres atendidas naquela instituição, nem sabiam por que engravidavam. Tal afirmativa ilustra a hierarquização

entre quem tem posse e quem é pobre, a partir da separação entre o privado – quem pode pagar, sabe- e o público – não paga e é ignorante. Podemos ainda, inferir um comparativo, da reação de alguns profissionais, ao meu papel enquanto pesquisadora e doutoranda, o que supostamente estaria hierarquicamente distante deles, considerando serem somente profissionais, os quais atendiam àquelas mulheres, que nem planejamento, sabiam fazer, e eles ainda, sofriam pressões da direção.

Alguns desses profissionais me contam alguns casos de recusa materna, após o nascimento e alta, quando a mãe retorna ao seu cotidiano e o filho é abrigado. Questiono em quais situações tal fato tem ocorrido e me relatam que geralmente são mães usuárias de drogas, ou mães com diversos filhos, já abrigados ou mesmo quando a mãe se recusa a cuidar deste filho.

Outra situação geradora de apreensão nos profissionais é quando se tem uma gestante adolescente. Em conversas informais, alguns comentários são disparados, como: *“e olha que ela nem teve desconforto de fazer o exame”* [referindo-se ao exame de toque], *“grávida com 14 anos e o pai tem 16”*, *“com essa idade eu nem tinha menstruado”* [grifos nossos], *“nem tinha beijado, brincava de Barbie”*, *“vai chegar aos 14 e vai estar fazendo laqueadura”*.

A relação hierárquica entre profissionais e mulheres também pode ser discutida a partir de inúmeras palavras *pequeninhas* para se dirigirem a elas: “mãezinha”, “chinelinho”, “receitinha”, “minutinhos”, “folhinha”, “suquinho”, “apostilinha”, “entubadinho”, “trabalhinho”, “vozinha”, “Chupetinha”, “sorinho”, “canetinha”, “dedinhos”, “orelhinha”, “pezinho”.

Em certa ocasião estava-se comemorando os bebês prematuros que já tinham tido alta hospitalar e estavam bem. As mulheres foram convidadas a trazer seus filhos e participarem. Contudo, o que se teve foi uma palestra dizendo como era o método de trabalho realizado pelos profissionais.

Naquela circunstância, questionava-me o porquê não convidar estas mães para falarem de suas experiências, para de fato serem as protagonistas de suas histórias, em vez de palestras com conceitos técnicos, acerca do que elas já vivenciaram, mas fato é que elas não foram embora sem um café e uma sacola com bolachas, fornecidas por voluntárias, além de saírem sorridentes para as fotos, as quais, certamente, sairiam na edição da revista do hospital, no mês seguinte.

Todavia, diferente dos meus questionamentos, a impressão era que, para aquelas mães, foi um momento de grande satisfação, pois a sua presença pareceu importante. Uma delas aproveitou a ocasião e pediu para usar aquele espaço para realizar o

aniversário de sua filha novamente e outra escutou e também pediu essa aprovação. Da parte de alguns funcionários, não faria sentido, pois o hospital viraria um *Buffet*, “*vai que toda mãe quer*”. Nessa situação, vemos as mulheres, de algum modo, tirando proveito daquele espaço em prol delas mesmas. Nesse sentido, o temor da funcionária, pode ter relação à ideia de que no *buffet* quem contrata manda, e aí, o espaço se tornaria daquela mãe e de sua filha.

5.4.1. Curso de Gestante e IHAC

No referido hospital, oferta-se as gestantes um curso intitulado: “curso de gestantes”, cujo objetivo, de acordo com o site do hospital é: “orientar e informar as futuras mães”. Ocorre uma vez ao mês, com duração de, aproximadamente seis horas.

Os principais assuntos abordados são: “mecanismos de parto”, “parto humanizado”, “cuidados com o bebê” e “importância do aleitamento materno”. De imediato, a minha interrogação é se os assuntos abordados eram, de fato, dúvidas das gestantes ou aquilo considerado importante pela instituição, tendo em vista as palavras “orientar e informar”. Dúvida essa sanada quando participei, pois- de fato- as palestras, conduzidas por diversos integrantes da equipe, seguiam o seu ritmo já preestabelecido.

Nesse dia, que estive presente, havia dois homens acompanhantes. A questão de orientação e informação e menos escuta não parece ter sido questionada pelas mulheres, e, em geral, elas diziam ter “*gostado*” e “*aprendido bastante*”.

Ao final do curso, somente as mulheres realizavam uma visita para conhecer o hospital, no entanto, foi dada uma concessão aos dois homens presentes, ao término de alguma insistência, permitindo-lhes participar também dessa visita, com a frase de que “*seria uma exceção*”.

Passados alguns meses, a proibição dessa visita foi estendida também para as participantes do curso, com a justificativa de zelar pela segurança das mulheres internadas. Questiono mais sobre isso e me dizem que tal medida foi tomada por conta da presença de um caixa eletrônico (que já existia). Relataram-me também, outra justificativa, o caso de uma mãe, cujo filho seria abrigado, ou seja, retirado dela, após alta hospitalar, diante de tal situação, ela “*roubou*” (nas palavras de quem me relatou) o próprio filho, para poder ficar com ele.

Alguns funcionários me informam que, em geral, participam mulheres atendidas pelo sistema privado, mas demonstram interesse em conhecer sobre o “*parto normal*”

humanizado”, havendo menos participação das mulheres assistidas lá, do que eles gostariam.

Acerca de palestras e cursos sobre a assistência aos bebês, Winnicott (1988/2012, p.14) pontua ser a “tarefa mais difícil” a de “evitar perturbar aquilo que se desenvolve naturalmente nas mães, ao mesmo tempo em que as informamos com exatidão sobre os conhecimentos úteis resultantes da pesquisa científica”.

Dentro disso, mereça maior consideração qual e como será feito esse manejo de se trabalhar as informações, e a forma como o outro será considerado nessa relação. É possível ainda que, as relações verticais sirvam como defesas aos profissionais, pois caso essas relações se tornassem horizontais, eles se igualariam às mulheres, as quais, comumente, eles se queixam, dada a condição financeira e a falta de conhecimentos delas.

Uma das premiações do Hospital é o selo do “IHAC”, o qual estimula a amamentação, conforme apresentamos no capítulo 2. Em diversos locais do hospital e em todas as telas dos computadores há os “10 passos para o sucesso do aleitamento” (Declaração Conjunta da OMS/UNICEF, 1989).

Há ainda uma “cobrança” para que todos profissionais estejam familiarizados, em sua rotina, com os objetivos e ações propostas pelo IHAC. Cheguei a participar de um treinamento no período de uma semana para os profissionais do hospital e também de fora (das Unidades Básicas de Saúde) com esse intuito. O curso visava a avaliação que receberiam do Ministério da Saúde.

Anteriormente, havia sido aplicado um questionário, aos funcionários, para se ter uma dimensão de como eles “estavam”, almejando treiná-los a responder como se imagina que o Ministério “queira”.

Presencio uma conversa entre funcionários da comissão do IHAC, acerca das respostas desse questionário. Alguns diziam que os médicos sabiam pelo “senso comum” porque utilizavam no dia-a-dia profissional, mas não tinham conhecimento dos “dez passos”, conforme preconizado na Lei. Isto posto, parece haver aí uma confusão entre senso comum e rotina profissional e mais, saber dos “dez passos” não significa utilizá-los no dia-a-dia. Mas, pelo visto, para avaliação do Ministério, basta dizer que sabe.

Tais questões ilustram o modo como o “recomendado” se torna “regra”, fazendo com que o esperado se torne obrigatório, respaldado pelo Ministério da Saúde/UNICEF. Era muito comum falas como: “seguir o que o ministério diz. A OMS diz” (*sic*).

Contudo, fora do espaço formal das reuniões, alguns profissionais comentavam que o IHAC era “*amigo da criança e inimigo da mulher*”.

Nas falas de diversos profissionais, era explícita a preocupação em “perder o selo IHAC”, sugerindo até a ocorrência de demissões, caso isso viesse a acontecer. E, nesse ponto, a impressão é de ser mais importante ter o selo do que se pensar ou se questionar sobre a existência/importância dele. Todavia, sob o risco de perder o emprego, é possível que os profissionais se tornem reféns da norma. Por se tratar do e no âmbito institucional, a padronização atravessa também os profissionais. Considerando essa complexidade, cabe à equipe ser a guardiã das regras institucionais e, ao mesmo tempo, proteger-se, com essas regras, de ataques externos oriundos da própria instituição ou das mulheres.

Condizente ao aleitamento materno, dialogamos com Tornquist (2003):

Se o aleitamento materno, visto como um dos indicadores da humanização e recomendado por seus defensores se torna uma regra rígida e generalizada, sem mediações, a todas as mulheres, acaba sendo o revés do que pretende (....) A obsessão em fazer toda mulher amamentar seu bebê, fruto da apropriação burocrática de normas e rotinas, quando se amalgama à persistência de um imaginário que ainda não livrou as mães do peso da herança higienista, pode facilmente transformar gestos aparentemente humanizadores em atos de violência simbólica, e, no limite, física. As rotinas, quando flexibilizadas diante de variantes socioculturais e pessoais, como também recomenda a filosofia da Maternidade, podem, então sim, garantir o que talvez seja a grande contribuição do ideário da humanização do parto no campo da saúde reprodutiva, a saber, o respeito aos direitos das mulheres sobre seu próprio corpo e o direito à diferença [grifos nossos]. (p. 426)

A partir disso, identificamos um modo como a instituição se apropria de certos elementos e os burocratiza, apresentando uma “rigidez” institucional, conforme proposto por Bleger (1989/1991). E nesse ponto, podemos identificar dois aspectos nesse processo: o primeiro, quando se institucionaliza as regras condizentes à amamentação e o segundo, como essas regras institucionalizadas são incorporadas no cotidiano das organizações, fazendo com que os meios se tornem fins.

Continuando sobre as regras institucionais, depois do parto, todos os bebês, a não ser que estejam na UTI Neonatal, ficam no mesmo quarto com a mãe, intitulado alojamento conjunto. No hospital não há berçário, fazendo com que todas mulheres-mães fiquem 24 horas com seu filho, independentemente do tipo de parto que tenha sido feito e da presença ou não de um acompanhante, e a justificativa é por receberem o selo

IHAC, o bebê deve ficar 24 horas com a mãe, em prol do vínculo mãe-bebê. Para as mães, cujos filhos estão na UTI, a enfermaria fica em outro andar, sendo essa a exceção.

Para tanto, uma das orientações feitas pelos profissionais às mulheres-mães é para se definir bem o acompanhante, pois esse é quem a auxiliará no cuidado com o bebê. Em cada quarto há quatro camas e uma poltrona para cada acompanhante. Todavia, a partir das 20h00 não é permitido acompanhantes do sexo masculino, visando à segurança das mulheres, pois as enfermarias são coletivas e, os homens podem representar um risco, para abusos e, também deixaram as mulheres inibidas.

As chupetas, trazidas por algumas mulheres, são “confiscadas” e a alta é liberada somente as orientações sobre amamentação. Em alguns casos, ela não é liberada, caso se percebam dificuldades nessa amamentação.

Levantamos ainda a discussão de que os benefícios da amamentação são conhecidos por profissionais de saúde e por algumas mulheres-mães. Contudo, amamentar não é somente um ato biológico e o que presenciamos são campanhas e tentativas de fazê-las vigorarem, as quais acabam reduzindo esse, ao mesmo tempo, simples e complexo fenômeno, a essa dimensão biológica.

Presenciamos por parte da equipe uma atitude protocolar, na tentativa de estar de acordo com o programa, acarretando conseqüentemente uma cristalização das atividades. As questões de ajustamento ao programa ganham tanta relevância que, em certos momentos, não parece haver uma preocupação direta com a mãe e o bebê. Da mãe, queixa-se, pois ela não contribui para esse ajustamento.

Podemos ainda pensar nas implicações que essas regras-ordens podem repercutir na relação mãe-bebê de modo a bloqueá-la, dado que, por meio de um controle crítico, a mãe comumente está “errada” ou “equivocada”. Como ilustração: a mãe foi orientada e não deu conta seguir a orientação. Pode acontecer do filho não ter um desenvolvimento “adequado” ou “esperado”, aí essa conta que a mãe não deu conta, volta para ela mesma.

Assim, o fato de alguns profissionais “não aceitarem” o fato de as “mães não amamentarem”, indica-nos uma grande mobilização dos profissionais em orientar, podendo acarretar em uma grande (i) mobilização por parte das mulheres, conforme apresentado por Winnicott (1988/2012):

Quero me distanciar daqueles que tentam *obrigar* as mães amamentarem seus bebês. Vi um grande número de crianças que passaram por situações muito difíceis, com a mãe lutando para que seu peito desempenhasse suas funções, algo que ela, por natureza, é totalmente incapaz de fazer, uma vez

que escapa ao controle consciente. Às vezes experimenta-se um grande alívio quando, finalmente, passa-se a fazer a alimentação por mamadeira, e, seja como for, alguma coisa vai bem, no sentido de que as necessidades do bebê estão sendo satisfeitas por ele estar ingerindo a quantidade exata do alimento adequado. Muitos destes esforços poderiam ser evitados se religião fosse excluída desta concepção de aleitamento. Creio que o pior insulto a uma mulher que *gostaria* de amamentar seu filho, e que vem a fazê-lo naturalmente, se dê quando alguma autoridade (um médico ou enfermeira) chega e diz: “Você *deve* amamentar o seu bebê”. Se eu fosse uma mulher, isso seria suficiente para me desconcertar. Eu diria: “Muito bem: então, não vou amamentá-lo”. Infelizmente as mães têm essa crença terrível nos médicos e enfermeiras, e pensam, então, que o médico sabe como estabelecer um contato mútuo entre mãe e filho, só porque ele sabe o que deve ser feito em caso de alguma cirurgia de emergência. Em geral, ele não entende nada desta questão que se refere à intimidade entre a mãe e o bebê. (pp.21-22)

Maldonado (1985) apresenta uma série de estudos, dos quais conclui que, a amamentação, não é de fato um “comportamento puramente instintivo”. Ter ou não apoio, nesse momento, produz uma interferência crucial. A questão colocada, refere-se ao modo como este apoio pode acontecer.

A partir dessa discussão, mesmo a amamentação sendo o método mais benéfico para a díade mãe-bebê, questionamos se seria, por exemplo, ao custo de um prolongamento de permanência hospitalar ou de um encaminhamento para o psicólogo. Entendemos ser importante restringir a mulher-mãe a um peito com leite, havendo além de outras, interferências culturais e psíquicas nessa relação.

Outro ponto refere-se à separação entre maternidade e sexualidade feminina. Nas situações em que estive presente, a relação da mulher com o próprio corpo era abordada apenas em termos maternos e essa fortemente vinculada à amamentação.

5.4.2 Pré-Natal de Alto risco

As consultas de pré-natal de alto risco [todas em horário comercial] eram realizadas por uma médica, professora titular da faculdade de Medicina. Por atuar há muitos anos no serviço público, houve situações de adolescentes e jovens, as quais, estavam passando no pré-natal e, a partir de questionamentos sobre idade, local e dia de nascimento, a médica pressupunha ter feito o parto da mãe dessa mulher, que agora estava atendendo.

Em geral, nessas consultas havia um residente encarregado de fazer anotações no prontuário e também a realização de alguns exames.

A grande maioria, das mulheres, chegava encaminhada pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Geralmente, iam às consultas acompanhadas de familiares (mulheres, em geral, mães ou amigas), raramente havia presença de homens. Presenciei apenas um companheiro, mas esse ficou durante todo o atendimento em pé, parecia não estar à vontade.

No que se refere às queixas das mulheres, cito algumas situações: 1) recentemente perderam um filho e engravidaram novamente; 2) obesas; 3) dependentes químicas; 4) com histórico de inúmeras gestações, fazendo planejamento familiar, com laqueadura marcada e que se “esqueceram” de tomar a injeção; 5) engravidaram do amante, também casado, e iriam prosseguir com a gestação, mas não ficariam com o bebê; 6) foram presas e/ou estão com o companheiro preso; 7) relatavam dificuldades no trabalho, decorrente do fato de estar grávida; e 8) mulheres que não teriam indicação para o pré-natal de alto risco, mas possuíam um conhecido que trabalha no hospital e conseguiam um “encaixe”; 9) hipertensas; 10) diabéticas, dentre outras.

Houve casos, nos quais, algumas passaram mal na espera da consulta, porque não tinham dinheiro para se alimentar e, mulheres que, apesar de conveniadas, optaram por realizar o pré-natal naquela instituição, por ser referência em saúde da mulher e por indicação de outras mulheres que foram acompanhadas lá. Outro dado contribuinte para isso, nos dizeres delas, é o número limitado de consultas mensais permitidas por alguns convênios, enquanto que na instituição pública o número de consulta depende da avaliação do caso, podendo ocorrer semanalmente. Muitas dessas mulheres falavam em consulta estarem fazendo dois pré-natais simultâneos: no particular e no público.

Quando estava próximo ao parto, elas tentavam negociar com a médica o parto no hospital conveniado e, ao saberem da impossibilidade deste acordo, mostravam-se visivelmente e verbalmente decepcionadas, pois confiavam na médica, mas almejavam outra instituição para o momento do parto.

Todas as mulheres que já haviam passado pela consulta com a doutora elogiavam o atendimento, o que acabava, nos dizeres da maioria, compensando as horas de espera e o deslocamento nem sempre fácil até o local. Elas se diziam acolhidas e a incerteza não era em relação à doutora e nem às consultas e sim em relação ao momento do parto, pois sabiam que a doutora não estaria mais com elas.

Assim, mesmo as mulheres que teriam o filho neste hospital, manifestavam a vontade do acompanhamento dessa médica, no momento do parto, conforme representado pelo diálogo a seguir:- *“Doutora, o parto é com você?”- “Não. Com o*

plantonista". - *"E a senhora tá de plantão"?* - *"Não. Eu já fiz isso 30 anos da minha vida. Se fosse fazer o parto de cada uma de vocês não daria tempo para nada. Essas consultas de vocês já consomem todo tempo"*.

Questiono sobre a continuidade do atendimento pré-natal e parto com o mesmo médico, tendo como resposta: *"não teria tempo de fazer outra coisa. Ficaria somente na cirurgia"*.

Somente quando o parto estava próximo, havia uma sinalização, por parte da médica, de que na próxima consulta seria marcada a cesárea, por exemplo. Quando uma mulher questionava, a resposta comumente era que dependeria da fisiologia dela no momento do parto: - *"Doutora, aqui tem que ser normal, mesmo"?* *"E como vai ser o parto"?* - *"A decisão é na hora, depende da situação"*.

A exceção era quando se tinha a indicação para a cesárea a priori. Minhas interrogações nesse momento se voltaram em torno da ideia de um corpo aparatado do psíquico, pois a expressão delas sobre o momento não importa, e sim os sinais "verbalizados" pelo corpo.

Trago como exemplo dessa discussão, a respeito da via de nascimento, o caso de uma gestante, que também fazia acompanhamento no serviço privado, e comentou que a médica do plano de saúde falou para fazerem uma cesárea e ela havia ficado preocupada, pois- de acordo com essa médica- o cordão umbilical estava enrolado no pescoço do bebê.

A médica do hospital público então lhe respondeu que o exame que ela havia mencionado para se chegar nessa indicação, não verificava isso, não sendo possível tal afirmativa. Ressaltou ainda o fato de a maioria dos bebês nascerem com o cordão no pescoço.

Outra situação a ser exposta foi a de uma gestante, a qual tinha epilepsia e logo em sua primeira consulta pergunta se poderia ser feita uma cesárea e a resposta obtida categoricamente foi *"não"*, pois nesse caso a indicação era *"normal"* já que ela corria o risco de convulsionar durante a cirurgia. Ao término dessa consulta, peço para conversar com essa mulher fora do consultório.

Apresento-me, explico-lhes os objetivos da pesquisa e pergunto se ela deseja participar me contando um pouco sobre sua participação na instituição. Ela me disse estar com medo, pois quando foi parir sua última filha, hoje com 9 meses, chegou convulsionada e continuou até o parto, mas *"aqui eles não fazem cesárea de jeito*

nenhum”. Disse também que não estava aceitando esta gravidez, porque estava fazendo planejamento para laqueadura [pelas contas da médica, ela engravidou no puerpério].

No decorrer do atendimento de uma jovem gestante e com toxoplasmose, a médica pergunta se ela sabia a consequência daquela doença em seu filho e ela responde ter visto na *internet* haver a possibilidade de o bebê nascer sem cérebro, pois a pessoa informante do diagnóstico (em outra instituição) “*estava com mais medo do que ela*” e não falou nada. A médica então lhe disse as possíveis reações e o tratamento a ser feito.

Das observações feitas, os exames realizados nessas consultas, em geral, toque e batimento cardíaco do bebê, eram feitos pelos residentes. Aparentemente aos residentes está reservado o papel de examinar e fazer as anotações, mas o relacionamento deles com as mulheres é distante, havendo uma soberania da técnica perante a relação profissional-paciente. Associamos esse fato ao “duplo anonimato” apresentado por Clavreul (1978,1983) no qual a exclusão enquanto sujeito não é apenas do paciente, mas também do profissional. Desse modo, podemos dizer que há uma (des) personalização não apenas por parte das mulheres.

Durante os exames também são usados termos técnicos. Provavelmente as mulheres não sabem do que se trata, e nem sempre há um retorno explicando-lhe o que e para que é, todavia, são poucas mulheres que questionam.

Entretanto, presencio uma intervenção da médica, quando verificou que a residente estava fazendo os exames, sem cobrir as mulheres. Após a saída da paciente ela diz à residente: “*precisa cobrir, vou deixar vocês todas peladas aqui*”. E também o desconforto dessa médica, quando, não raro, entrava algum funcionário (da recepção ou enfermagem), sem pedir licença, enquanto uma paciente é examinada.

Condizente às orientações passadas no pré-natal, essas giram em torno de recomendar o curso de gestante (entrega de panfleto e data), o uso de meias compressoras, informações sobre alimentação e alguma outra especificidade, a depender da mulher. Contudo, as orientações eram predominantemente de ordem médica.

4.4.3 Pré- Parto e Pós-Parto

Passando para a sala de pré-parto, nessa há quatro leitos separados por uma cortina (nem sempre utilizada, a não ser quando são feitos os exames). Há uma televisão e em cada leito uma poltrona para um acompanhante. No verão, a sala fica quente e os dois ventiladores não dão conta da circulação do ar, sendo comum ver os acompanhantes abanando as gestantes com o próprio prontuário.

Logo no primeiro dia, presenciei uma responsável pelo hospital perguntar em alto e bom tom, se as mulheres estão sendo bem cuidadas e que o *“SUS é o convênio mais caro que existe no Brasil”*: - *“Vocês estão sendo bem tratadas? Os profissionais se apresentaram pelo nome? Qualquer coisa me deem o nome para não cometer injustiça”*.

Em muitos momentos, a sala fica sem nenhum profissional e, em outros, é tomada por um contingente enorme de profissionais. A equipe médica, predominantemente composta por residentes ou estagiários, geralmente entra, faz o exame, mas nem sempre conversa com a paciente, no entanto, conversa entre si, e- algumas vezes- até questiona algumas condutas na frente da paciente, mas sem dirigir o olhar ou uma palavra a ela.

Seguindo essa linha, muitas mulheres se queixam do exame de toque. Questiono alguns profissionais acerca disso e a justificativa é: “por ser um Hospital Escola o procedimento é assim”. Essa justificativa se alarga para várias decisões. Não poucas vezes me perguntaram se eu já tinha assistido a algum parto e eu disse “não”, pois achava muito invasivo, contudo a resposta era de que não tinha problema, pois ali era um Hospital Escola e *“são tantas pessoas que ficam na sala e a mulher está com tanta dor que nem se importa”*. Todavia, esse posicionamento não é unânime, havendo discordâncias entre os profissionais.

Tais situações me fizeram questionar, acerca dos aspectos éticos em um hospital desta natureza e a exposição de usuários do SUS para formação de agentes da saúde, que muitas vezes aplicarão seus conhecimentos, após bastante experientes, em outros locais. A situação posta em um hospital-escola para gestantes tem ainda o diferencial de considerar, muitas vezes, o corpo da mãe como um corpo público, puro e assexuado ou sexuado demais.

Ocorreu também de uma funcionária me indicar uma moça para eu conversar. Chego lá e é uma adolescente de 13 anos, fazendo um “cardiotoco” [exame dos batimentos cardíacos do bebê]. Falo da pesquisa e ela não demonstra interesse e nenhuma disposição para falar. O *“espanto ou surpresa”* talvez fosse mais da funcionária. Depois desse episódio, não me apresentaram mais ninguém para conversar.

De modo geral, este é um local no qual as mulheres se encontram “nervosas” e “preocupadas”. A impressão é de não ter sido feito um preparo para elas estarem ali. Não que isso pudesse trazer a certeza da minimização dos sentimentos, mas muitas vezes essas preocupações se dão porque elas não demonstram estar a par dos procedimentos. Elas se mostram (as) sujeitadas às determinações da instituição. Dada

essa conjuntura, a vontade, expressa pelas mulheres é de que aquilo passe o mais depressa possível. As dores e as incertezas encobrem o motivo, pelo qual elas estão ali, se quer apenas acabar com aquele sofrimento. Os acompanhantes também vivenciam essa situação com muita preocupação. Não parece haver prazer, o motivo pelo qual se tem a dor, torna-se secundário. Nesse momento, para além da dor física, outras dores de ordem subjetiva, misturam-se.

Da parte dos profissionais, é entendido ser aquele momento dependente da condição das mulheres: as que tiveram uma gravidez planejada e têm apoio da família, vivenciam essa fase de um modo mais ameno. É importante salientar, contudo, que se uma das mulheres está insegura, isso acaba “contaminando as outras”.

Esse fato nos faz pensar na ausência de um “plano de parto” discutido ao longo do pré-natal, bem como uma lacuna entre a Atenção Básica e o Hospital. A esse respeito, em conversa com um dos profissionais, tenho a informação de que uma mulher “consciente”, “diferente das que eles estão acostumados” entregou um plano de parto para a direção do hospital, tendo como resposta não haver aquele tipo de conduta naquele Hospital e, se ela assim o quisesse, deveria procurar outro local para parir.

Alguns procedimentos – não negociados ou discutidos- são anunciados da seguinte forma: “o bebê está em sofrimento”, “vamos esperar mais para não ter que ir para cesárea”, “vamos te dar um comprimidinho e esperar para ver se vem contração”. As mulheres os recebiam, em geral com dúvidas, mas na frente da equipe poucas questionavam.

Um dos membros da equipe me conta que, “quando elas aceitam [a gravidez] tudo é mais fácil. Nem se importam com a via de parto. Do contrário tudo é mais difícil”. Contrapondo-se a essa fala, as mulheres com quem conversei afirmaram se importar, sim. Afinal, é o corpo delas, suas vidas e de seus filhos que estão em jogo.

Muitas das mulheres que estavam no pré-parto, e em geral, sentindo contrações e dores, diziam optar pela cesárea, mas nem comentavam isso com o médico, porque já sabiam, que eles não fariam porque elas querem, apenas se o “corpo pedir”, ilustrando uma cisão entre o corpo e a vontade, bem como a falta de conversa entre profissional e usuárias do sistema de saúde.

Porém, elas relatam situações, que, ao ver delas, poderiam ser evitadas, mas nada poderiam fazer, tendo de esperar o comando da equipe. De modo geral, recomendações da OMS, como “alimentar-se” e “caminhar”, eram feitas pelos profissionais, contudo de um modo generalizado e protocolar.

O pré-parto, foi o local, onde mais encontrei homens, todavia, comumente, as falas dos profissionais indicam que a aceitação daquele momento do pré-parto, depende em grande medida, do preparo da gestante e seu acompanhante, a ponto de eu ter escutado: *“não é qualquer um que serve para ser acompanhante, porque dependendo da pessoa, passa mais ‘insegurança’ para mulher”*, ou seja, não basta ser “pai”, precisa estar emocionalmente controlado para este momento.

Mas, será que esse momento-processo dependem somente da mulher e seu acompanhante? Se entendermos que sim, estamos de certo modo, assumindo uma visão individualizante/culpabilizante da mulher e seu acompanhante e desconsiderando os atravessamentos institucionais presentes.

É também regra da instituição, conforme apresentamos anteriormente, que *“homem não pode ser acompanhante noturno”*, devendo ser *“trocado por alguém do sexo feminino”*, a fim de garantir uma segurança para as mulheres. Desse modo, quando os homens podem e querem estar presentes, são mandados embora, sendo já de antemão considerados, potenciais abusadores.

Mas a presença de homens é quase inexpressiva, indicando-nos que o cuidado com um bebê é predominantemente da mulher. Porém, as práticas observadas nessa instituição, bem como práticas sociais e legais, demonstram que é pouco o espaço cedido institucionalmente aos homens. A título de ilustração, citamos: os cinco dias concedidos por lei tempo da licença paternidade³⁴ e as feiras e cursos, intitulados respectivamente de “gestante e bebê” e “de gestante”.

Isso posto, por meio dessa visão, o papel social da mãe acaba por excluir outros, de modo que o pai também acaba, de certa forma, excluído nessa trama.

Importante destacar que, na contramão desses impedimentos para a presença do pai, existe a campanha “PAI NÃO É VISITA¹”, cuja proposta é “promover discussões críticas sobre o constante descumprimento da lei [referindo-se à Lei Federal nº 11.108]” e “exigir dos Governos Municipal, Estadual e Federal o compromisso de gerar condições estruturais nas maternidades para que o direito ao acompanhante seja respeitado”.

Antes de terem alta, as mulheres são convocadas a um encontro, para orientações sobre amamentação. No encontro que presenciei, a sala estava cheia, não

³⁴ De acordo com Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art. 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, a licença-paternidade passou a ser de 5 (cinco) dias, anterior a esse período era (um) dia conforme estabelecia o artigo 473, III da CLT.

comportava todas as mulheres e algumas tiveram que retornar ao leito e receber as orientações, posteriormente. Ao invés de um encontro sobre dúvidas ou reflexões, foi uma aula de – como deve ser- e – como não dever ser. Ali todas permaneceram a maior parte do tempo caladas. Uma impressão geral é que elas estavam acatando todas as orientações e, ao sair de lá, conscientes e orientadas seguiriam os passos dados. Mas, ao sair do hospital, visualizei a saída de uma das mães que lá estavam e a primeira atitude que ela tomou foi passar o filho para alguém e com um semblante aliviado, acender um cigarro.

4.4.4. As conversas individuais

Além de observação participante, conversei com algumas mulheres. Essas conversas, não foram gravadas e, sim, anotadas no diário de campo, a partir de minhas recordações. Depois, algumas dessas, foram transformadas em relatos, e serão apresentadas adiante.

Quadro 5 – Relação das mulheres e acompanhantes entrevistados

Participante	Idade	Gestação	Situação	Acompanhante
Ana	24 anos	1 ^a	Pré-Natal de Alto-Risco: Asma/ Bronquite. Entrave com o ex-companheiro a respeito da paternidade.	Sozinha
Bernarda	20 anos	1 ^a	Pré- Parto: 41 semanas. Sem contração. Problemas com o namorado.	Mãe
Camila	17 anos	1 ^a	Pré- Parto: Contrações. Dores	Companheiro
Dinorá	23 anos	1 ^a	Pré- Parto: Medo.	Pai do seu filho.
Ester	20 anos	1 ^a	Pré- Parto: Gêmeos.	Mãe.
Fátima	32 anos	3 ^a	Pré- Parto: Filho foi planejado. O marido está preso.	Sozinha.
Gabriele	19 anos	1 ^a	Pré- Parto: Preocupação	Marido
Helen	38 anos	1 ^a	Pré- Parto: Cesariana Agendada.	Marido.

Ana- 24 anos

Conheço Ana na sua primeira consulta de pré-natal de alto risco, cujo encaminhamento foi da UBS, por ser asmática e ter bronquite. Ela é jovem, chega

sozinha e fica a maior parte do tempo quieta. Vai à consulta sem a ficha da gestante e sem os exames, pois estavam todos em uma pasta e ela não sabe quem de sua casa mexeu, pois eles não estavam mais lá.

Além de mim, estão a médica e uma residente. Ao perceber esta situação, é-lhe perguntado, pela equipe médica, se ela “sente depressão”, o que prontamente ela responde com um sussurrar “não”. A consulta inicia-se com uma série de questionamentos: - “Estudou até que série?” “Quarta”. - “Mora com o pai do seu filho?” “Não”. - “Tem relação com ele?” “Não”. - “Sua família está te apoiando?” “Não”. - “Está triste?” “Não”. - “Está anotado que você passou com a psicóloga, está tudo bem? Sim. - “Você está muito magra. Precisa se alimentar”. Silêncio.

No seu prontuário, consta que ela passou pela psicóloga e na ocasião estava “depressiva”. Ao Ana sair da sala, começa-se a especulação por parte da equipe: “acho que a família pegou esses documentos e foi atrás do cara para mostrar que ela está mesmo grávida”. Nesse momento, achei necessária uma fala e prossegui: “não sei o que foi, mas parece que tem um conflito e ela não quis abrir”.

Mas será que ela não quis mesmo? Ou não teve espaço para isso? Ou ali não era mesmo para se ter esse espaço, uma vez que já havia sido cedido o espaço da psicóloga? Por essa via, podemos pensar na divisão entre especialidades? O que precisaria haver naquele espaço que lhe proporcionasse confiança para contar o que estava ocorrendo? Como lidar com questões além das “patologias” enumeradas nas enciclopédias, que por si só já são complexas? Foram esses os questionamentos que me seguiram...

Na próxima consulta, Ana chega acompanhada do sobrinho, pois a irmã começou a trabalhar e não havia quem ficasse com a criança, então um filho ficou com a avó e o outro estava com ela. No entanto, ele não parava quieto, causando um desconforto tanto em Ana quanto nos profissionais: “sabe que o filho é assim e deixa com os outros” [fala de uma residente depois de Ana deixar a consulta].

Peço para falar com Ana e agendamos um dia para conversamos. No dia marcado a encontro na recepção, ela vai até mim e se desculpa pela hora, mas havia chegado antes e ainda estava na recepção: “estavam demorando muito para chamar”. Passado quase uma hora, Ana me procura novamente. Entrego-lhe o TCLE e ela me pergunta se era preciso mesmo daquilo e eu digo que sim, explico o motivo e um pouco sem graça ela me diz que não sabe “ler”.

Leio para ela e sinto que ela aparenta estar indisposta. Pergunto se tem alguma coisa e disse estar “com fome”, pois chegou cedo e não havia comido. Ela ainda passaria

pela consulta de pré-natal. Agendamos então a entrevista, para o próximo dia, em que ela tivesse consulta.

No dia marcado, encontro Ana e vou até uma sala para conversarmos. A primeira fala de Ana é: “*já está quase chegando*”. Pergunto como ela está se sentindo com aquele momento e ela responde: “*ansiosa*”, “*passou rápido*” e agora precisava fazer vários exames.

Conta-me também que prefere o parto normal, mas temia não conseguir, por conta da asma. Ainda não havia conversado com a médica a respeito. Questiono o porquê da preferência e ela me diz que se for cesárea, ficará na casa dos ex-sogros, mas seu ex-namorado, mora na parte de cima dessa casa, com a atual namorada, então prefere que seja normal para não “passar por isso”. [grifos nossos]

E assim, Ana vai me falando um pouco mais de sua história, a qual apresentarei parte, considerando a ordem cronológica, mas não necessariamente a ordem com que me contou.

Ana tomou injeção como método contraceptivo por um período de um ano e havia parado por um tempo. Achava que por isso não iria “*engravidar tão rápido*” e dessa forma não estava evitando uma possível gravidez.

Estava namorando há três meses quando passou a ter desmaios, mas em nenhum momento suspeitou de gravidez, até ter se sentido mal no hospital onde busca os remédios para asma, fizeram-lhe o exame e aí soube que estava grávida.

No início o seu namorado não aceitou, mas depois “assumiu”. Relata momentos de tensão no relacionamento, quando passou a suspeitar que ele estivesse com outra garota. Suspeita essa confirmada, culminando no término do namoro. No início Ana chegou a “*implorar*” a companhia dele, mas de nada adiantou. A atual namorada também está grávida e morando com ele, deixando-a mais “*indignada*” porque ele não a “*assumiu*” e “*assumiu*” a outra, que nos seus dizeres “*é uma menina*” [pelo fato de ter 17 anos], diferente dela que “*é uma mulher*”.

Além disso, ele tem questionado a paternidade e pensa em pedir um exame de DNA. Ana não trabalha e tem recebido ajuda de sua família e da família dele, pois para as consultas no hospital são necessárias duas conduções.

Tem contado com apoio da mãe, e durante seu relato disse várias vezes “*se inspirar nela*”, pois criou todos os filhos “*sozinha*”, uma vez que o pai é alcoólatra e pouco se preocupa com eles.

Em relação às consultas de pré-natal, disse gostar bastante da médica, mas sentiu-se “triste” por “sempre estar sozinha”, por “querer a presença dele” [referindo-se ao pai da criança]. A última tentativa foi quando teve o resultado do ultrassom de que seria um menino e então ligou para lhe dar a notícia e saber se ele queria estar junto na consulta, mas ele não demonstrou interesse.

Diante disso, falou novamente que não pode mais ficar “implorando” a presença dele e precisa “pensar no filho que já está quase chegando e não tem nada a ver com isso”.

Combino com Ana de participar das próximas consultas que ela tiver no hospital e assim, nos encontramos, até seu último pré-natal.

Bernarda – 20 anos

O primeiro contato com Bernarda se deu na sala de pré-parto. Ela, acompanhada de sua mãe, estava com 41 semanas de gestação, mas não sentia nenhuma contração, então estavam “dando comprimidos para ver se acelera o processo”. Todavia, apesar dos esforços por parte da equipe para um parto normal, Bernarda esperava por uma cesárea, pois “apesar da recuperação ser pior depois não sente tanta dor”. [referindo-se a dor da episiotomia] [grifos nossos].

Uma de suas queixas referia-se ao exame de toque porque “machucam”, sentiu-se “aliviada” quando a equipe iria até ela e não “faziam” tal exame.

Além das questões condizentes à via de parto, ela dizia que naquele momento estava “triste e feliz”: “Triste” porque o pai da criança não a estava acompanhando e ainda desconfiava que o filho seria dele e “feliz” porque o filho vai ser sua “companhia” [grifos nossos] , uma vez que é filha única e quando os pais saem para trabalhar ela fica em casa sozinha.

Na ocasião, Bernarda não estudava [estudou até a 8ª série] e não trabalhava. Ela demonstrava ainda, a vontade de “dar” ao filho o que “não” teve [referindo-se a bens materiais].

Disse ainda, com orgulho, que o pai de seu filho, também filho único, não tinha um quarto só dele: “eu tenho um quarto só para mim, mas ele não”.

Em relação à gravidez, contou que quando soube já estava com três meses. O pai dela não aceitou, mas quando soube que era “homem” ficou “feliz” [grifos nossos].

Já o pai de seu filho (18 anos) por escutar demais os amigos passou a desconfiar se o filho era dele, mas no “fundo” acha que ele saiba que é o pai. No entanto, não ficou com ela nesse período e nem deu apoio.

Ao bebê, ele deu apenas dois macacões: - *“Ele acha que o filho vai usar isso a vida toda, que já fez muito. Não ajudou em nada. Também mudei o nome, ele queria um e vou colocar outro”*.

Apesar dessas falas ressentidas, ela dizia ter esperanças que com “o nascimento do filho” [grifos nossos] as coisas mudariam, já que “*nosso filho não tem nada a ver com a nossa briga*”.

Outro fato para ser ressaltado é que Bernarda tinha os olhos claros, chamando a atenção da equipe: - *“E esses olhos lindos? Me empresta? Se o bebê nascer com esses olhos, hein? Moreno dos olhos coloridos.”* - *“Se for mulher eu segurava, mas homem não tem como, é livre”* [grifos nossos].

Passados dois dias, me encontro novamente, com Bernarda. Na ocasião ela estava no alojamento conjunto com seu filho, o qual estava dormindo. Pergunto como estava e ela me disse ter sofrido “*muito*”, e terem colocado “*mais dois comprimidos*”. Ficou “*12 horas tendo contrações*”, e quando ela “*gritava, os médicos não ficavam na sala, quando chegaram ele já estava nascendo*”. Não gostou do médico, porque foi realizado “*muito exame de toque*”.

Naquele momento, ela disse que gostaria de tomar banho, pois os pontos [da episiotomia] estavam “*coçando*” e enfatizou não querer “*mais ter outro filho*”.

À respeito do filho, me contou ter nascido “*um galego de olho azul*”. Perguntei sobre o nome e ela respondeu ter dado o nome escolhido pelo pai do filho, porque no chá de bebe já tinha sido bordado, mas chegou a falar sobre a troca de nome, pois estava com “*raiva*” dele, que não estava “*do lado dela*”.

Contou-me sorridente que seu pai já tinha tirado várias fotos do neto.

Nesse momento, chega o pai do filho, muito sem graça e sem jeito e tenta segurá-lo. Despeço-me e saio para esse momento ser dos três.

Camila – 17 anos

Conheço Camila na sala de pré-parto em uma manhã, ela havia dado entrada no hospital na noite anterior, devido às contrações. A princípio, disse que, não conseguiria

conversar comigo, pois estava com muita dor, mas permitiu que eu ficasse ali próxima a ela e o seu companheiro, de 23 anos.

Em determinado momento ela me pergunta: “*você é mãe?*”, respondo “não” e ela diz “*não queira, dói muito*”. Pergunta também se eu era a médica, porque o médico só havia passado a noite, depois trocou o plantão e ela ficou sozinha a noite toda: “*eles deixam a gente sozinha, com dor*”.

Todavia, durante o período que ficou por lá, Camila foi atendida por residentes. Será que eles não se identificaram? O que será que aconteceu que ela entendeu que não estava sendo acompanhada?

Camila foi então tomar banho para ver se aliviava a dor – recomendação dada pela equipe. Estava com 37 semanas de gestação e ainda não sabia o sexo: se fosse menino já tinha decidido o nome, agora se fosse menina “*tinha vários nomes*”.

O companheiro de Camila me questiona: “*É assim mesmo, demora tudo isso*”? Afirmou ainda: “*Se eu soubesse que era assim tinha feito convênio*”.

Por essa pergunta parece que dentre tantas influências, mantinha-se ali uma imagem de parto muito veiculada na mídia: associação imediata entre contrações e parto. Mas poderia também, ser um meio de aliviar a dor rapidamente.

Não sabemos, mas é possível dizer que, com tantas dúvidas, era nítido que o companheiro de Camila tentava dar suporte a ela, mas estava muito apreensivo e também precisava de suporte- o que não significa que ele não possa ser acompanhante. Fato esse possível de notar em quase todos os acompanhantes.

A ideia que esse casal passava é de não estarem sendo assistidos, de estarem sendo abandonados, como se a espera para um processo normal do corpo fosse feita de forma dolorosa e solitária. Todavia, parece que isso não é visto como uma demanda para a equipe, a qual precisa manter o protocolo: “*Você precisa comer senão pode ter tontura, ficar no soro. Você precisa estar forte para a hora. Vocês não querem comer, depois que entra no jejum ficam implorando água, comida, pode ser pior*”. [grifos nossos] “*É bom andar porque o bebê vai descendo. Precisa ter paciência*”. [grifos nossos]

A partir dessas orientações, mesmo aparentando estar (des) orientado, o companheiro passa a estimular Camila para ela se alimentar, mas ela respondia estar com muito enjoo e não conseguir. Ele insistia e repetia a frase: “*pode ser pior, você viu o que eles falaram*”, com um ar meio assustado.

Tal fato vai ao encontro da fala de Diniz (2001, p.197): “o uso de recursos não farmacológicos pode mesmo ser percebido pelos profissionais não como um recurso a ser oferecido, mas como uma rotina a ser imposta autoritariamente”.

A equipe, por vezes, verbalizava à paciente que reconhecia a sua dor. Todavia, mesmo sendo “assistida”, a impressão por parte da paciente era que a deixaram sozinha. A ideia de parto, como algo sofrido é algo que em geral elas já trazem, mas a tendência é que essa se confirme pela experiência.

No dia seguinte, vou ao alojamento conjunto e pergunto na recepção por Camila e me respondem: é a “*menor?*”. Pronuncio o nome completo dela e me dizem em qual quarto ela está.

Encontro-me com Camila e ela estava amamentando sua filha, sorriu e me disse: “*agora eu posso falar*”. A filha foi nascer depois das 23 horas e a mãe sentiu “*muita dor*” “*mais ainda*” de quando eu estava lá, mas “*na hora de nascer, nem doeu*”.

Completo que “*estava feliz*” porque não havia “*levado ponto*” [referindo-se à episiotomia], mas o “*ruim*” foi o “*exame de toque*” e o “*soro que eles colocaram para dilatação*”. No momento em que estava na sala de parto, o médico entrava e falava com quanto ela estava de dilatação, mas a última vez que ele fez isso e saiu do quarto, a enfermeira logo o chamou novamente, porque a filha já “*estava nascendo*”.

Para Camila, a “*sensação*” era de “*alívio*” e neste momento, a dor do dia anterior se tornara secundária.

Assim como as outras mulheres apresentadas acima, Camila também não trabalha.

Dinorá – 23 anos

Conheço Dinorá também na sala de pré-parto, acompanhada do pai (33 anos) do seu filho. Estava com 41 semanas de gestação e somente um centímetro de dilatação. Dizia estar com “*medo*” de “*como vai ser*”, “*medo de não voltar*”. Sua preferência pela via de parto era cesárea “*porque não dói*”.

Ao descrever como estava se sentido diante a chegada do filho, disse sobre uma sensação de “*conforto, de paz e felicidade*”.

Conta ainda que “*sempre quis ser mãe, desde os 15 anos*”, quando trabalhou de babá, mas naquela época “*não podia*” devido um problema “*biológico*”, o qual ela não especificou.

A atual gestação foi planejada por ela, mas não pelo seu companheiro, ocasionando por parte dele uma dificuldade em aceitar no começo aquela nova situação.

Ele foi casado há 10 anos, não tinha filhos e estava nessa relação com Dinorá há “*alguns meses*”, porém tinham terminado o relacionamento semanas atrás, porque ela estava muito nervosa e ainda pegou umas mensagens no celular dele. Ela já havia tido essa atitude, por isso eles acharam melhor terminar. Mas Dinorá esperava que, com o nascimento do filho, eles ficassem juntos novamente. Neste momento, ela perguntou para ele, que somente sorriu e não disse nada.

Dinorá vivia com a avó, pois sua mãe faleceu logo na infância e o seu pai era usuário de drogas. Relatou uma infância muito difícil e complementou dizendo: “Ele [se referindo ao filho] vai levar o sofrimento, o que eu quero esquecer. Ele é uma esperança” [grifos nossos].

Depois de dois dias, encontro o companheiro de Dinorá no corredor e ele me disse: “*nasceu*” e é “*a minha cara*”. Nesse mesmo dia, vou até o alojamento conjunto saber de Dinorá. Ela estava com o filho no colo, acompanhada dos avós paternos dele. Com muita alegria, fala-me sobre o seu filho e se eu quisesse, ela me mandava uma foto dele para eu colocar na minha pesquisa, que ela autorizava: “*Vou te mandar uma foto. Ele pode aparecer no trabalho.*”

Dinorá também não trabalhava.

Ester – 20 anos

Meu encontro com Ester também ocorreu na sala de pré-parto. Ela estava acompanhada da mãe e se mostrava “*bastante preocupada*”, pois sua gestação era de gêmeos e ainda estava cedo para eles nascerem (36 semanas). Naquela ocasião ela já estava sentindo as contrações, no entanto a equipe estava “*tentando segurar mais uns dias*”. Apesar de não ter sido planejada, estava muito feliz com a gravidez.

Ester me pergunta sobre a equipe, quem eram as pessoas, conforme as roupas que vestiam, ao mesmo tempo em que ela e mãe iam brincando de adivinhar. Apesar da brincadeira, novamente parece não haver uma apresentação das pessoas e nem dos exames a serem realizados.

Fato este que tem me chamado atenção, pois tanto em consultas como em internações, as pessoas nem sempre se apresentam. Há um profissional de saúde e uma

usuária do sistema, mas quem são essas pessoas e para que elas se encontram parece passar despercebido.

Durante nossa conversa, chegou uma mulher para realização de uma cesárea e a deixaram naquela sala para esperar o centro cirúrgico ficar “pronto”. Do outro lado da sala, em tom alto, uma funcionária falou a essa mulher “*o seu teste de HIV deu negativo*”. E se tivesse dado positivo, qual seria a conduta? Ou se não falarem abertamente o resultado do exame, é porque aí tem algum resultado positivo?

Nesse momento passei a interrogar: O que é considerado invasivo? A invasão é corporal quando se é submetido a uma cirurgia, mas podemos falar também de uma invasão subjetiva, de uma falta de espaço para o íntimo, o singular?

Do mesmo modo que essa situação foi aberta a todos os presentes naquele local, as perguntas de admissão são comumente feitas em tom alto, e por vezes, distante da paciente, ou seja, todos na sala podem escutar. Perguntas sobre uso de drogas e álcool também são feitas de modo aberto. Novamente questionamentos: Há espaço para as respostas afirmativas e constrangedoras socialmente? No público, o privado não tem espaço?

Outra mulher que estava no leito, ao lado de Ester, gritava e reclamava de dores da contração e depois de um tempo foi levada para a sala de parto. Ester comentou: “*Depois de muito tempo eles vão levar ela, eles [grifos nossos] esperam até o fim para tentar normal*” [grifos nossos].

Ester não trabalha, nem estuda.

Fátima – 32 anos

Conheço Fátima na sala de pré-parto no final de uma manhã. Ela dizia estar “*muito feliz*” com a gestação, a qual foi planejada, apesar de seu companheiro estar preso mesmo antes dela ter engravidado, pois ter um filho foi uma decisão dos dois. Até o 8º mês de gestação ia visitá-lo, depois disso, passaram a se comunicar por carta, a pedido dele. Esta era sua terceira gestação, mas contou que “*foi diferente*”, porque teve “*um companheiro, mesmo distante, diferente das outras gestações*”.

Durante nossa conversa, o residente avisou Fátima acerca do exame do coração do bebê, pois constava que esse estava acelerado e por isso “*entrariam*” com algumas medicações. Caso não desacelerasse seria preciso fazer uma cesárea, pois o bebê poderia “*estar em sofrimento*”, questionando se Fátima tinha alguma dúvida, a respeito

do que acabava de falar, mas ela se mostrou assustada, não entendendo muito bem o que estava acontecendo.

Quando o residente saiu, ela me disse que ficou preocupada e não sabia mais se o bebê estava bem e se o médico voltasse iria perguntar para ele. Nesse ínterim, duas médicas passaram pelo leito de Fátima, olharam seu prontuário, disposto ao pé de sua cama e comentaram: “*essa é aquela*”. Continuaram conversando entre si, sem se dirigirem à Fátima. Essa, por sua vez, foi me falando de sua preocupação, de sua vontade de saber o que estava acontecendo: “*se a bebê está bem*”, concluindo que quando o médico retornasse, ela iria perguntar para saber.

Fátima foi submetida a mais um exame do coração do bebê, momento em que ela perguntava para a equipe de enfermagem se estava tudo bem. Despeço-me dela antes do retorno do médico e a encontro dois dias depois no alojamento conjunto, quando estava deitada junto com a filha. Disse-me que continuaram “*colocando remédios*” e fazendo o exame de “*duas em duas horas*” e não desacelerava, ocasionando nela e em sua mãe, a qual estava de acompanhante, “*muita ansiedade*”.

À noite então decidiram pela cesárea.

Gabriele – 19 anos

Converso com Gabriele na sala de pré-parto, acompanhada de seu marido (21 anos). Ela estava de 40 semanas, ficou uma semana internada por conta de uma pneumonia e não voltou mais para casa, pois na ocasião da alta hospitalar a transferiram para a sala de pré-parto. A equipe havia lhe dado um remédio para “*acelerar o parto*”, mas até aquele momento ela não estava sentindo nada e queria ter um parto normal, pois sua mãe teve cesárea quando ela nasceu e depois quase morreu de infecção, porém na sua família as mulheres tinham dificuldade para ter normal, devido à falta de dilatação. Recorrendo, então, às cesáreas.

De acordo com Gabriele, seu companheiro estava muito “*preocupado e ansioso*”. Pergunto a ele sobre isso, que me respondeu estar com “*medo*”: - “*Se pudesse, pagava um hospital para ela ter logo uma cesareana, porque eu tenho medo dela passar toda essa dor e na hora não conseguir ter normal, então não queria que ela sofresse tudo isso e, também, porque eu quero ver logo a cara dele [referindo-se ao filho]*”.

Gabriele continuou: - “*Aqui eles esperam até o último*”.

Apesar de toda a apreensão, eles demonstravam e também verbalizavam estarem muito felizes com a chegada do filho. Sobre a gravidez, disseram ter sido planejada: *“apesar de serem muito novos”, Gabriele “sempre quis ser mãe”*.

Os dois moravam no Norte e a família toda está por lá. Vieram para São Paulo para buscar uma vida melhor. Com três meses de casados e morando na nova cidade, ela engravidou. Ele trabalhava de ajudante de pedreiro e Gabriele ficava muito sozinha em casa, sentindo falta de sua família, mas agora com o filho *“vai ser diferente”, “porque ele vai fazer companhia”, “vão fazer a família crescer aqui”* [grifos nossos].

Durante nossa conversa o médico chegou e perguntou se Gabriele *“queria fazer o exame de toque”*. Ela ficou sem saber o que responder, olhou para o marido e perguntou para ele, que também não sabia se fazia ou não, se era ruim não fazer e resolveram pelo exame. Então, o médico disse que *“algumas mulheres se incomodam”* e como ela não estava sentindo nada, não tinha nenhuma contração, era possível que não tivesse tido dilatação, então o exame poderia ser feito nas próximas horas, mas se ela quisesse, a examinaria. Diante dessa justificativa, Gabriele e o marido optaram por *“deixar para depois”*.

No retorno do médico (com sua roupa cheia de sangue) ele fez o exame de toque e disse que estava *“normal, ótimo”* e tudo caminhava *“para um parto normal”*: *“É o senhor que vai fazer o parto”? Eu fico aqui até às cinco, se nascer (...) senão eu volto às sete. Mas eu acho que nasce, sim”*.

Em seguida, chegou alguém da equipe de enfermagem e perguntou: *“quantos dedinhos ele falou que está”? Ao ter a resposta que era um, responde: “um, ainda”?*

Após esse atendimento, continuo minha conversa com o casal e Gabriele afirmou: *“Tem que esperar, não depende da minha vontade”*. *Questionei então de quem seria a vontade, e ela responde: “Do médico [silêncio] e depois de Deus”* [grifos nossos].

Destaco essa fala, pois justamente por se esperar um parto normal, a vontade deveria estar relacionada ao tempo do bebê, mas não é dessa forma que se entende, parece que mesmo aí a soberania e o protagonismo é do médico. E é, pois ele é quem decide se irá acelerar, induzir ou se precisa fazer uma cesárea, remetendo-nos, ao reducionismo de considerar o protagonismo somente pela via de parto.

Voltando à Gabriele e seu companheiro, o casal demonstrava muito entrosamento e muito cuidado um com outro e, apesar de já terem tido escolhas e decisões importantes na vida, como mudarem sozinhos para outro Estado, o que pode

demonstrar um protagonismo perante a vida, naquela ocasião eles precisavam aguardar pela decisão de terceiros sobre a vida deles e do filho [grifos nossos].

Dois dias depois, encontro o casal com o filho e a mãe de Gabriele, vinda do Norte, para ver o neto e cuidar da filha. Estavam todos muito felizes com a chegada do bebê. No entanto, Gabriele disse ter “*sofrido demais*” e, ao término daquele dia, em que havíamos conversado, o médico resolveu pela cesárea.

Helen – 38 anos

Conheço Helen no mesmo dia e mesmo quarto que conheci Gabriele. Ela também estava acompanhada do marido e aguardando ser “*chamada para a cesariana*”, a qual já estava agendada. Conta-me que estava internada desde o dia anterior em jejum, pois a cesárea estava marcada para às 10 horas (jejum de 8 horas) e até aquele momento (15 horas), ainda não havia sido chamada e “*ninguém havia dito o motivo da demora*”.

Helen reclamou de “*fome e sede*” e seu companheiro também estava com “*muita fome*”, pois eles acharam que seria de manhã e ele não tinha dinheiro para almoçar.

Durante nossa conversa, o companheiro de Helen questionou à equipe sobre um medicamento de Helen [referente a um aneurisma], porque já estava na hora e perguntou também sobre a demora da cesárea, tendo como resposta: “*deve ter acontecido algum imprevisto no centro cirúrgico*”.

Todavia, quando passa a ser de conhecimento de todos da equipe aquela situação, mais profissionais vão falar com Helen: “*você que está com fome*”?, “*você já é a próxima*”, “*precisa só esperar os médicos voltarem do almoço, porque eles precisam ter comido para fazer o parto*”.

Enquanto espera, Helen comenta que essa deve ser mais uma “*aprovação*” pela qual tenha de passar, pois ano passado teve um aneurisma e foi “*desenganada*” pelos médicos. Mas se recuperou e hoje esta com a filha para nascer. Na ocasião, o médico por quem passava disse-lhe que “*ela estava cavando a própria cova engravidando naquele momento*” e fez diversas tentativas para que ela interrompesse a gravidez.

Referente a esse médico, ele lhe colocou a seguinte questão: “*esse cara maior [referindo-se à Deus] que você acredita te trouxe essa doença [aneurisma] porque você não foi buscar, mas eu é que vou te curar*”. No entanto, decidida a seguir com a gestação, mudou de médico. Não planejou a gravidez, mas considera a filha um “*milagre*”.

Em determinado momento, quando não há nenhum profissional na sala, vejo os companheiros de Gabriele e Helen debruçados sobre elas, demonstrando cuidado e preocupação. Uma cena bonita e impactante para guardar.

Um pouco antes de eu sair, observo a equipe nos preparativos para levar Helen ao Centro Cirúrgico e não a vejo mais, pois quando retornei ao hospital, ela já havia tido alta.

4.4.5 Os grupos com as mulheres do pré-natal de alto risco

Prosseguindo, será exposta uma narrativa de cinco, dos oito grupos realizados. Esses grupos consistem, em uma atividade realizada, por mim juntamente com as gestantes de alto risco. Todos os grupos se iniciaram, comigo se apresentando e explicitando o motivo da minha presença e do propósito do grupo. O critério para escolha eram as mulheres que esperariam por volta de no mínimo uma hora para consulta. Todas as mulheres convidadas aceitaram a proposta. Foi solicitada a permissão do uso de gravador e todas assinam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pergunta disparadora foi: “Como vocês veem a participação de vocês nas decisões que acontecem durante a gravidez, dentro de uma instituição?”.

A narrativa, a seguir, apresentará temas que foram identificados em cada grupo, a partir do que era trazido pelas participantes. A ordem apresentada não necessariamente é a mesma com que as falas ocorreram nos grupos, tendo em vista, que realizamos um agrupamento de temáticas mais recorrentes.

Grupo 1

Quadro 6 – Dados Grupo 1

Participante	Idade	Gestação	Situação
Paloma	26 anos	2 ^a	Hipertensa.
Amanda	25 anos	2 ^a	Hipertensa. Histórico de Aborto.
Fabiana	32 anos	2 ^a	Hipertensa.

Neste grupo estavam presentes três mulheres: 1) Paloma, 26 anos, dois meses de gestação, histórico de hipertensão da 1^a gestação; 2) Amanda, 25 anos, cinco meses de gestação, teve um aborto aos nove meses, 2^a gestação; e 3) Fabiana, 32 anos, seis meses de gestação, hipertensa.

Pergunta Disparadora

Paloma pediu para que fosse repetida a questão, pois não tinha entendido o que estava sendo perguntado. Passado esse primeiro momento, as respostas foram que elas não “*participam*”, que elas “*tem que ir lá, marcar e esperar chamar*”.

Diferença entre o posto e o hospital

Essa diferença foi bastante marcada nos relatos. Na gestação anterior, Amanda achava que não “*tinha nada*” e continuou passando no posto, local onde se realiza apenas o pré-natal de baixo risco. Diante dessa situação, mencionou o pagamento de ultrassom para “*saber como o seu bebê tá...*”, mas para isso é preciso dinheiro.

Tanto Paloma quanto Amanda, na atual gestação, recorreram ao sistema privado, para a realização de ultrassonografias devido à demora na realização dos exames. Foi ainda comentado por uma das entrevistadas que “*se você não é gestante, é anos*” para essa realização.

Atendimento emergencial e pré-internação

Outro ponto de tensão, para essas mulheres, refere-se ao atendimento emergencial e pré-internação, denominado por elas como “*salinha*”. Amanda falou de cenas, nas quais viu mulheres sangrando e mesmo assim teve demora no atendimento, nomeando as vivências nesse local como “*horror*” e “*medo*”. Paloma se queixou de ver “ *muito médico conversando*”. A esse fato, Amanda complementou: “*olha no celular, mau olha na sua cara*”. Paloma contou de uma situação que um rapaz “xingou todos os médicos e aí “rapidinho começou a atender”. No entanto, também foi afirmado por Paloma que “vai do médico” [grifos nossos].

Parto Anterior e Aborto

Fabiana referiu-se a seu parto anterior, como tendo sido “*tranquilo*”, *rapidinho*”, “*puseram soro*”, “*muito rápido*”, o que no dizer dela “vai da pessoa, dos médicos” [grifos nossos].

Referente ao seu parto anterior, realizado em outro hospital público, Paloma disse que “eles tentaram normal”. A filha era “*muito grande*” e ela não tinha dilatação. Mesmo com este quadro instalado, enquanto esteve internada: “colocaram soro, todo mundo tentando fazer normal”. O que segundo ela era para: “economizar”. Ficou o dia “*inteiro*” tomando soro e tomou uns “*500 banhos*”. Nesse momento Fabiana a questiona se era “*aquele soro*” e, ao ter a afirmativa como resposta, disse: “*Deus me livre*” [grifos nossos].

No entanto, Paloma teve “*pré-eclampsia*”, resultando em uma cesárea por conta de sua pressão, a qual estava “*estourando*” e aí foi um “*corre-corre*”. Ficou sofrendo o “*dia inteiro*”. Nos dizeres dela, já havia passado dois dias do bebê nascer, e ficaram tentando uma coisa que poderia levar ao óbito, o que ela entende que poderia ter sido evitado. Tendo em vista esse histórico, em relação ao problema atual [hipertensão durante a gravidez], acha até “*bom*” o problema ter ocorrido agora do que “*esperar até a hora do parto*”.

No parto em que Amanda teve o aborto, ela estava no hospital, passou por uma troca de plantão e lhe disseram que estava “*tudo bem*”. Mas a bebê já estava se enrolando o cordão no pescoço. Ela acredita que, talvez essa situação pudesse ter sido evitada, caso fosse realizado um ultrassom.

Ao narrar o parto do filho morto, Amanda comentou que a ela foi solicitado “*mais força*”, pois o “*nenê tá morto*”, então ela teve que fazer força por si e pelo nenê que “*ele não ia querer sair*”: “*(...) você não queria ver aquela sala quando o nenê nasceu. Todo mundo ficou olhando assim para mim e ainda a mulher, a médica tava ensinando a estagiária a dar ponto e a moça não conseguia, não sei, aprender. Eu tava chorando tanto a enfermeira olhava assim para ela (...) Não tava acontecendo nada para ela, e ela continuou dando ponto e ensinando a moça (...) E ainda acabou a anestesia, o último ponto que ela foi dar acabou a anestesia. Eu falei, tá doendo porque já acabou a anestesia, ela aplicou de novo, para terminar de ensinar a mulher*” [grifos nossos].

Fabiana respondeu que era como se não estivessem enxergando Amanda.

Ainda nos dizeres de Amanda, o médico “*foi um amor*”. Ele conversou com ela, perguntou qual seria o nome e foi tentando consolá-la, já a médica, não esquecerá “*nunca mais a cara dela*”.

Paloma perguntou se ela estava sozinha na sala, e Amanda respondeu que não a deixaram chamar sua irmã, pois como estava “*morto*”, era “*melhor não chamar*”: “*eu tava tão, sabe quando não, quando parece que você tá... na hora assim foi tão rápido e pra mim aquilo não era comigo, não tava acontecendo, assim, eu tô tendo um pesadelo, não era comigo*”. Porém, sua irmã conseguiu, pois encontrou com a equipe no corredor e lhes “*abriram o saquinho*” com o bebê morto. Já o seu marido quis “*ver*” e não o deixaram, podendo ver o filho somente no “*cemitério*” [grifos nossos].

Apesar disso, Amanda, disse que, no hospital, “*foram muito bom*”. A psicóloga passou com ela, mas não é muito de falar, então não quis. Ela ficou “*muito nervosa*” e

deram-lhe um “*um calmante*”. Aqui, chama-nos atenção o fato de, perante uma morte, ofertar-se um remédio.

Acerca da equipe, sabe que eles “*vão esquecer*”, pois não foi a primeira e nem será a última. Mas deixou em aberto a questão: “*eu tenho que voltar para casa? E meu marido? Comprei tudo. Fiz o melhor que eu pude. Voltar para casa sem minha filha. Ninguém viu isso?*” [choro].

Tal situação vivenciada por Amanda reverbera na gestação atual, quando da realização do exame para escutar o coração do seu filho. Ela falou de um “*desespero tão grande*”, imaginando que possa estar acontecendo algo, finalizando com a seguinte frase: “*Alguém vai fazer um ultrassom. Alguém vai fazer alguma coisa*”.

Foram relatadas também histórias de outras pessoas conhecidas. Amanda falou que a mulher do primo dela ficou dois dias “*sofrendo*”. Já a cunhada de Fabiana havia ficado três dias. Na ocasião, o pai do bebê, insatisfeito com a situação, deu uma “*pisada*” a porta e disse: “*ou vai fazer a minha mulher ter agora*”, momento no qual foi segurado pela enfermeira, e respondeu “*ó, nunca bati em mulher, não, mas se você me segurar, eu vou bater me você*”. Depois dessa situação, nos dizeres de Fabiana, em cinco minutos fizeram a cesárea: “rapidinho” [grifos nossos]. Vemos aí, que a partir de uma, R-E-C-L-A-M-A-Ç-Ã-O, pode-se se ter como recompensa a cesárea.

Normal versus Cesárea

Foram recorrentes falas referentes ao medo de “*não conseguir ter normal*” e ser necessário “*tentarem*”. Amanda preferia normal, mas também achava que não precisaria fazer um escândalo para poder ter uma cesárea. Ao que Paolma interrompeu e complementou: “*Ter o atendimento necessário. Se não tem condições já parte. Eu morria de medo de engravidar para não passar o que eu passei na minha gravidez da minha filha, mas acho Deus quis assim, querendo ou não eu tô morrendo de medo*” [grifos nossos].

Para Amanda, se tem tanto medo de ter parto normal, porque se tem medo do nenê morrer, que as pessoas preferem cesárea. Já Fabiana, comentou que algumas pessoas não ter passagem “*eles ficam forçando*”, o que pode levar ao “*óbito da criança*”. Paloma respondeu preferir cesárea, pois em sua gravidez anterior “*sofreu as dores do parto normal para depois ter uma cesárea*”, dizendo à colega que se ela tivesse passado por uma situação parecida, preferiria “*de cara a cesárea*” [grifos nossos].

Os questionamentos acerca da não realização de cesáreas apareceram relacionados ao financeiro; logo ao investimento e a diferenciação entre classes sociais. Para Paloma: “eles acham que é caro ter parto cesáreo. Arrumaram dinheiro tão fácil para a Copa³⁵. Não tem dinheiro para investir na gente? Não tem dinheiro para investir na educação dos filhos da gente? Estamos esquecidos no Brasil? Somos invisíveis? Eu acho que somos” [grifos nossos].

Amanda concordou e fez menção ao dinheiro gasto nos estádios, o qual poderia ter sido destinado aos hospitais. Questinou ainda se a mulher deles [referindo-se aos políticos] estivesse grávida, seria levada para aquela instituição. Ela mesma respondeu que “*não*”.

Sobre essa diferença, Amanda colocou como questão o porquê uma pessoa pode ter cesárea e a outra não, pois se ela, hipoteticamente, não consegue ter normal e a outra também, porque uma pode e outra não? Paloma disse ter escutado que o “*parto cesáreo*” era “*muito caro para o SUS*” [grifos nossos].

Acompanhante

Outra temática discutida foi sobre a presença do acompanhante. Fabiana disse que com ela foi “*tranquilo*”, mas com sua prima cortaram o cordão umbilical errado, justificando assim a importância de ter alguém de confiança delas presente nesse momento. Para Amanda, depois do que aconteceu em seu parto anterior, ela não fica “nunca” mais sozinha em sala de parto. Fabiana complementou: “*você aqui sozinha na sala de parto, jamais*”.

Responsabilidades

Por parte das mulheres, algumas atribuíam a responsabilidade do que elas se queixavam à “*diretoria do hospital*”. Para Paloma, há um “*descaso*”. Fabiana disse que vai da diretora, e Paloma acrescentou: “*Capacitada*” [grifos nossos].

Amanda relatou o caso de uma pessoa que tinha um tumor na cabeça, estava com pneumonia e grávida de seis meses e o médico “*queria tirar o nenê*”, no entanto a posição da mãe foi contrária a essa recomendação e ela “*melhorou*”.

Em seguida, falou do caso ocorrido com sua irmã, no qual o médico (particular) lhe deu o diagnóstico de “*útero seco*” e por consequência não poderia engravidar. Mas, ao fazer os exames, foi vista a “*cabeça*” do seu sobrinho e sua irmã já estava grávida de

³⁵ As entrevistas foram realizadas meses antes do Brasil sediar a Copa do Mundo.

quatro meses, embora a posição do médico fosse de que estava ocorrendo uma “*menopausa precoce*”, pois o útero tinha murchado.

Após essa narrativa, novamente elas discutiram que tais situações ocorrem “*em todos os lugares*”, independente de ser público ou privado. Para elas, os problemas não eram específicos àquela instituição, mas a todos os hospitais, incluindo aí a rede privada. Fabiana acrescentou que tais situações se devem à “*falta de monitoramento*” e a uma melhor seleção. Já Paloma falou em capacitação. Todavia, Amanda ponderou, alegando que se deve levar em conta, também, as “*muitas horas de trabalho*” [grifos nossos].

Fabiana contou um caso de uma familiar que teve o filho na instituição pesquisada, e o cordão umbilical foi cortado do lado errado, sendo que “*eles queriam entubar*”, mas a médico chegou, “*cortou direito*” e “*brigou com a enfermeira*”. Disso, ela questiona o que poderia ter ocorrido “*se a médica não entrasse*” e que precisa-se de “*pessoas mais capacitadas na hora do parto, só enfermeiro, não*”, finalizando com uma pergunta se, naquela instituição, quando ocorria cesárea, o médico acompanhava [grifos nossos].

A partir desse caso, as participantes passaram a falar sobre casos noticiados na televisão, referente à troca de medicamentos, feita por enfermeiros. Com isso, identificamos que a atitude de um profissional, facilmente passa a representar toda uma classe profissional, o que contribui ainda mais para essas diferenças entre *status*, poder e remuneração, entre os profissionais da saúde.

Ambiente Físico

Outro destaque dado por elas dirige-se ao ambiente físico, conforme dito por Fabiana: “*O ambiente é muito bom. É lindo. Limpeza. Não é igual ao outro hospital público da cidade. Você vê a diferença, até no ar, no jeito*”. Ao que reverberou risos, de concordância, em todas as participantes.

Em diversos momentos do grupo, Fabiana disse: “*não tenho do que reclamar*”. [grifos nossos].

Grupo 2

Quadro 7 – Dados do grupo 2

Participante	Idade	Gestação	Situação
Camila	22 anos	1 ^a	“Problema de Sangue”

Juliana	34 anos	2 ^a	Diabetes. Acompanhada do marido.
Mariana	25 anos	3 ^a	Suspeita de gestação anembrionada. A primeira filha faleceu semanas após o nascimento. Acompanhada do filho.

Neste grupo estavam presentes três mulheres: 1) Camila, gestante de 26 semanas, 22 anos, cujo motivo de estar lá era um “*problema no sangue*”, dado que ela era “*positivo*” e seu marido “*negativo*”, o que poderia acarretar em um “*negócio no nenê*”; 2) Juliana, 34 anos, gestante de 34 semanas, acompanhada de seu companheiro Fábio, estava em sua primeira consulta lá devido à uma diabetes gestacional, 2^a gestação; e 3) Mariana, 25 anos, oito semanas de gestação, acompanhada de seu filho, com histórico de gestação com problema congênito de cardiopatia e morte após o nascimento de sua primeira filha, 3^a gestação.

Pergunta Disparadora

Camila respondeu não ter entendido a questão, fazendo com que eu dissesse me referir aos procedimentos, como eles eram decididos, como elas participavam disso. Todavia, logo nesse início Camila foi chamada para fazer o exame “*cardiotoco*” e precisou se retirar do grupo³⁶. Juliana respondeu que, até o momento tinha ido somente à procedimento de pronto-socorro e tinha sido “*tudo tranquilo*”. Adiante, Juliana disse que “*não tinha do que reclamar*”. Destacou sua participação nas “*palestras*” [referindo-se ao curso de gestante] e disse ter gostado “*demais*”. Sentia pelo marido não poder ter ido, mas passou tudo para ele [grifos nossos].

Diferença entre o posto e o hospital

Ao fazer um comparativo, entre os exames disponíveis, no posto e no hospital, Mariana disse que ali tinha “*ultrassom diferente*”. Sobre a primeira gestação, na qual a filha faleceu, fez o pré-natal no posto e o ultrassom morfológico não foi realizado a tempo. Já na segunda, o pré-natal de alto-risco foi realizado nessa instituição, e fez o ecocardiograma para saber se ele tinha o mesmo problema, chegando a realizar um ultrassom “*a cada uma semana*”.

Referente ao pré-natal realizado no posto, tanto Mariana quanto Juliana disseram que só foi detectado o problema quando o médico de cada uma saiu de férias e outro veio para assumir esse papel.

³⁶ Conforme já adiantamos, havia um combinado com a equipe de enfermagem, de passar os nomes das pacientes que demorariam em torno de uma hora para atendimento.

De acordo com Mariana, a médica havia dito que estava *“tudo normal”*, quando na verdade havia diversos problemas, dentre eles, o oxigênio não estava passando pelo cordão umbilical, sendo a opinião do segundo médico, realizar o parto de imediato. No entanto, ela ainda ficou três dias e, foi realizado o *“eco do coração”*, quando se descobriu a *“má formação”* e era *“uma das piores”, a “ecoplasia no ventrículo esquerdo”*. A partir dessa experiência, acreditava que, em todos os postos se deveria ter pelo menos, depois do exame morfológico, outro ultrassom naquele hospital, a fim de detectar *“qualquer má formação”* ou *“qualquer tipo de doença que a criança possa ter porque depois a mãe fica esperando tanto tempo para acontecer o que aconteceu. Talvez eu pudesse ter outra chance, em alguma, porque hoje em dia tem medicamento para acelerar a evolução do pulmão da criança, antes dela nascer, então eu não sei, mais eu creio que alguma coisa deve ter (...)”*[grifos nossos].

Juliana concordou e disse que deveria ser uma *“regra”* exames para *“detectar”*. Referente à sua situação, ela já havia comentado sobre todos os sintomas de diabetes com o médico e somente *“agora”* que foi pedido o exame.

Gestação e Parto anteriores

Juliana fez um comparativo, entre as duas gestações: na primeira ela não sentiu *“nada”*, pois a bolsa se rompeu em casa, chegando à instituição para *“ganhar”*. Ela pedia a *“Deus”* para que com a atual gestação, acontecesse de forma similiar, mas diferente da anterior, nessa estava sentindo dores. Não via a hora de o filho nascer e, nas palavra dela, não era *“renegando”* o filho, era por conta do serviço que estava complicado. Fábio, pai de uma filha de outra relação, disse que nessa primeira não participou de nada e nem tem contato, apenas paga pensão.

O parto de Mariana havia sido nesse mesmo hospital. Na sala de parto, trouxe a cena, de puxar os próprios cabelos, e sentir dores e a perspectiva por parte da equipe era parto normal, por conta disso, não quis que o marido a acompanhasse, pois, estava *“descabelada, gritando, com dor, para lá e para cá”*. Disse ainda, que era tanta gente falando, e ela não conseguia prestar atenção em nada, mas se recorda de sentir *“muita dor”*. Ao término, foi realizada uma cesárea.

Juliana estava na dúvida se permitiria a presença de Fábio na hora do parto. Assim, Mariana, dirigindo-se ao casal, disse que era preciso esperar *“todas as dores até chegar no ponto certo”*, porque senão, ele [Fábio] pode achar que as enfermeiras estão com descaso, porque elas ficam conversando, mas *“tem que esperar todas as dores”*: *“a gente fala assim, ai, ó, tá sofrendo, mais tem que esperar chegar nas dores certas*

(...) não adianta levar lá para dentro, então tem que esperar dilatar para a passagem do bebê porque senão não adianta, vai tirar antes? Não vai passar”.

Na primeira gestação, sua filha nasceu, foi para a UTI Neonatal e depois de 16 dias de internação, foi realizada uma transferência ao Incor. Nos dizeres dela, *“meu mundo parou por dois meses”*. Sobre a trajetória ao Incor, saía de casa às 05h00, pegava trem, metrô, ônibus, trem e metrô, para a visita das 8 horas. À tarde, tinha outra visita, por isso ela já ficava direto por conta de dinheiro. Muitas mães vinham de outro Estado e havia crianças *“com todo o tipo de problema no coração”*: *“(...) uma UTI só de bebê, tinha criança que tava na 3ª, 4ª, 5ª cirurgia do coração (...) Tinha mãe que tava no 3º caso de ter o 3º filho com o mesmo problema (...) ela tava ali tentando realizar o sonho dela, sabe?. Para ela, as “piores vezes”, eram quando o médico chamava somente um casal. Elas [mães] entravam em “desespero”, pois já sabiam que “alguma coisa ia acontecer, a gente já passava, tampava o ouvido assim porque a mãe saía gritando, era assim um choque e assim meu mundo parou por dois meses e seis dias, nessa situação, enquanto todo mundo vivia a minha vida parou ali, e aí você, eu falava, meu Deus, eu não imaginava que existia isso, esse mundo assim que elas vivem, é muito terrível, é muita gente muito sofrimento”*. [grifos nossos]

Mariana falou das expectativas de uma primeira gestação, quando se pensa que *“tudo é lindo”*, mas, ao se deparar com essas dificuldades, *“você se pega naquele mundo e com pessoas com o mesmo problema você vê um outro mundo, parado, enquanto as outras pessoas continuam vivendo, o seu mundo parou”*.

Destacamos, certa ambivalência em Mariana, se reconhecer nesse papel, sendo que algumas vezes ela se utiliza das palavras “elas” e em outros momentos “a gente” para se referir às mães naquelas circunstâncias.

Sobre a experiência com o primeiro filho, Mariana enfatizou: *“a gente é inexperiente”, “faz tudo errado”*. Em relação ao segundo filho, nascido de cesárea, enquanto esteve na enfermaria, deu banho nele e no de outras mães. Isso nos leva a pensar na construção de “boa mãe”, pois, além de fazer pelo seu filho, fez pelos filhos de outras, mesmo com as adversidades da cesárea. No entanto, essa mesma mãe foi a que gerou uma filha com problemas que não a fizeram sobreviver.

Após Mariana falar sobre as questões de estrutura do sistema, ela disse *“(...) porque é uma dor terrível você ter um filho, nascer, você ter que enterrar e achar que na próxima gestação você não vai poder ser mãe, entendeu? Acontece, você pode ser mãe, mas a dor é muito ruim”*.

Gestação de Alto risco e trabalho

Retomando a questão do serviço, Mariana complementou, dizendo que elas não eram entendidas, e a maioria das gestações eram normais, mas havia muitos casos complicados de gravidez, mas acham “*frescura*”.

Juliana trabalha em uma corretora e passa “nervoso” lá. Às vezes, permanece o dia com dor e “calada”, podendo reclamar somente ao chegar em casa. Nesses dias, após pegar condução, toma banho e vai ao hospital, onde fica até madrugada. Reconheceu que às vezes “não é nada”, mas mesmo assim ela vai para “ver”. O principal sintoma é falta de ar.

Normal versus Cesárea

Juliana não queria cesárea, pois entendia que não era a “*lei natural*” e “*morria de medo*”. Seu primeiro filho foi normal.

Mariana relatou medo quando foi anestesiada para a cesárea e pensou que iria morrer, mas, na tentativa de tranquilizar Juliana, disse que os médicos fazem isso o dia todo e a médica faria o melhor para ela. Na visão dela, por conta da diabetes e pressão alta, Juliana passaria por uma cesárea.

As experiências anteriores de Mariana foram cesáreas e ela as definiu como “*tranquilo*” e acrescentou: não “*ia aguentar o parto normal*”, parabenizando as mulheres que “*aguentam*”.

Notamos, no interior do grupo, Mariana ir assumindo um papel de detentora do saber e também como conselheira dizendo como será, como deve ser e o que não fazer. Em determinado momento, Juliana disse a ela “*você tanta coisa para falar, para ensinar, tanta vivência, né?*”

Ambiente Físico e Estrutura

Fábio fez, ainda, uma comparação, entre outros hospitais que “*não têm nada*”, diferente desse que tem e ainda é “*é muito bem falado*” [grifos nossos].

A partir dessa fala, eu lhe indaguei: “o que tem aqui?”, tendo como resposta que ali tinha: “*a estrutura*” e o “*atendimento*”. Citou como exemplo um ultrassom de emergência o qual foi preciso e no dia seguinte já estava agendado.

Mariana nos contou que a sua atual gravidez tinha indícios de ser “*anembrionada*”, por isso estava “*assustada*”. Apesar de “*preocupada*”, também relatou “*calma*”, pois sabia que ali “*eles*” teriam “*toda a estrutura para dar todo o suporte tanto psicológico, né, e se eu precisar ficar internada, fazer alguma coisa, mas já tá preparada, ele* [médico do hospital que fez o ultrassom] *falou*”. Em determinado

momento da conversa, ela disse: *“A gente conversa, conversa, mas eu tô super preocupada. Eu quero entrar na sala logo”*.

Dando sequência, a fala de Fábio veio no sentido de se estar *“preparada para tudo”*, pois *“tudo pode acontecer”*. Ao que Juliana respondeu: *“mas a gente nunca espera”*. Mariana complementou: *“a gente nunca tá preparado para isso”* (...) *“a gente tendo apoio assim eu acho que é melhor para seguir”*.

Acompanhante

As participantes falaram da importância de ter o companheiro ao lado nesse momento, seja na participação em consultas, seja no cotidiano.

Juliana complementou dizendo que a situação vivenciada é *“totalmente diferente”* da primeira gestação, pois no primeiro filho, fruto de um relacionamento anterior, não teve esse acompanhamento [referindo-se ao seu atual companheiro], pois Fábio sempre vai às consultas com ela.

Já Mariana falou que adorava quando o marido a acompanhava e naquele dia *“difícil”* gostaria muito da presença dele. Fábio disse que era bom e gostava de estar ali presente. Ao que Mariana respondeu *“a gente se sente mais segura”*.

As falas de Fábio eram sempre no sentido de concordar, ele pouco trazia alguma questão, então foi direcionada uma fala a ele: *“E como o pai participa em um instituição?”*. prontamente ele disse à esposa que não tinha entendido a pergunta, e Juliana fez a intermediação, perguntando novamente e alegando que ele tinha *“problema de audição”*. A resposta dele girou em torno de dizer, que não tinha o que falar, pois sempre que precisaram, foi *“muito bom”*.

Juliana estava preocupada com a *“hora do parto”* e não havia se decidido se queria que Fábio participasse ou não, pois não saberia se a presença dele a deixaria mais nervosa ou se seria melhor. De acordo com Mariana, por Juliana ter diabetes *“normalmente”* não seria um parto normal, sendo que *“um parto cesárea para ele assistir é tranquilo”*. Acrescentou dizendo que seu marido *“assistiu”* o do filho e foi *“super tranquilo”*.

Mas, Mariana antes de saber que seria cesárea, não deixou o marido estar presente. No entanto, Juliana comentou terem dito nas *“palestras”* que no parto normal o marido *“não vai ver nada”*.

Ao ser questionado por mim, Fábio revelou que gostaria sim de ver, mas a decisão dependeria da esposa. Mariana o elogiou e contou ver muitos pais que não querem entrar.

Relação com a Equipe e a Instituição

Para Juliana, qualquer coisa que ela tenha, ela ia até o hospital, local no qual era “*bem atendida*”, expressando a vontade de “*ganhar a nenê*” naquela instituição.

Mariana ressaltou envolvimento da equipe, pois eles têm muita preocupação, deixando-a mais tranquila.

O atendimento da doutora que faz esse pré-natal foi mencionado, sendo ressaltada a questão de ela ser “*atenciosa*”. Juliana estendeu essa característica “*até*” os médicos do pronto-socorro, mencionando em específico um médico por quem ela tem esperança de ser atendida, sempre que vai ao plantão.

Grupo 3

Quadro 8 – Dados do grupo 3

Participante	Idade	Gestação	Situação
Linda	31 anos	4 ^a	“Problema de plaqueta”
Maria	21 anos	1 ^a	Diabetes

Neste grupo estavam presentes duas mulheres: 1) Linda, 31 anos, cujo motivo de estar lá era um “*problema de plaqueta*”, três filhos, de 13, 12 e 11 anos, nascidos em hospitais públicos de outra cidade; 2) Maria, 21 anos, diabetes., 1^a Gestação, 6^o mês.

Pergunta Disparadora

De acordo com Linda, a participação delas é “ *muito importante*”, pois “*se não tem o paciente não tem o profissional de saúde*”. Ao ser questionada, como seria essa participação, seguiu-se um silêncio. Depois, ela respondeu que era com a “*gravidez*”, pois caso não estivesse grávida, não estaria lá. Disse, ainda, que não tinha “*nada a reclamar da unidade de saúde*”.

Linda, acrescentou que tem “*domínio*” do seu corpo, mas vai “*pela restrição médica*”, porque o profissional é preparado para cuidar do seu corpo: “*eu tenho que tomar conta de mim, mais nesse momento é o profissional de saúde que toma conta de mim, mais eu sou mais eu*”.

Em diversos momentos, Maria se expressa, apenas concordando com o que a colega estava falando. Tanto Linda, quanto Maria disseram que nunca haviam pensando nestas questões.

Diferença entre o posto e o hospital

Linda preferia o posto de saúde, perto de sua casa, para realizar o pré-natal. As razões de preferir o posto, referem-se aos três filhos e, seguir o acompanhamento com o ginecologista que a acompanha desde a adolescência. No entanto, a médica deixou a cargo dela escolher o local e, como *“é uma coisa grave”*, optou pelo Hospital. Apesar da demora no atendimento, reconheceu a qualidade da doutora e estava lá *“em busca de um bom parto melhor”*. O marido dela *“adorou”* que ela estava fazendo pré-natal lá, pois ela estava *“sendo bem acompanhada”*.

Relação com a Equipe

Referente aos cuidados da equipe sobre o corpo delas, Linda reconheceu que *“sozinha”* não consegue, pois já havia tentando e *“quase”* morreu, *“até”* entender que *“sem a Medicina”* ela não iria conseguir. Apesar de a vida ser dela, *“a saúde”* ela acredita que *“é o profissional”*, pois ele quem está para cuidar, e mesmo ele, deixa a critério dela, se ela quer entrar com a *“parceria, o corpo”*, ele entra com a *“matéria, que é as mãos, né, a sabedoria, a inteligência daquilo que ele estudou porque eu não sou médica, como eu ia cuidar de mim, do meu corpo, sendo que eu sou uma secretária do lar, eu não me formei em Medicina e é assim, não é gostoso tá aqui mais para mim é gratificante o médico ter se disposto, né, a equipe médica”*.

Sentia-se *“agradecida”* por poder estar lá e ter encontrado aquele lugar para *“cuidar”* dela. Mesmo em hospitais diferentes, a doutora que cuida das plaquetas está com contato com a doutora do pré-natal, formando uma equipe e ela está *“no meio”*.

Em alguns momentos, Linda dizia que o principal nessa relação era ela, e em outros, o médico. Acerca de suas responsabilidades, ressaltou o fato de a médica não ter ido até sua casa, pegar em sua mão e falar para ela ir ao pré-natal, sendo essa uma decisão dela. Seguiu o tratamento como proposto, para depois não ficar procurando culpado, caso algo acontecesse.

Planejamento

Maria queria engravidar já fazia *“muito tempo”*, por volta de três anos, e não conseguia. Chegou a pensar que não poderia *“ter”* e em fazer tratamento, mas *“aí quando foi ver”* estava de dois meses.

Já a gestação de Linda, *“não era planejada”*, mas era *“esperada”*. Já havia feito uso de diversos métodos contraceptivos. O último tinha sido injeção, mas o organismo apresentou uma rejeição e foi quando teve o *“problema de plaqueta”* e aí o *“médico cortou o hormônio”*. Ela sabia que deveria se *“cuidar”* com preservativo, mas o marido

não se preservou “ *muito bem*”, e já “*esperava*” que esse método não “*ia dar certo*”, pois quando estava “*só*” ela era só “*ela*”, depois que “*entrou ele na jogada*”, “*já sabia que isso poderia acontecer*”. Ela também não tinha muito conhecimento da camisinha feminina. Acrescentou ainda que “*foi na hora da emoção*”, e depois o marido colocou como se ela já soubesse que isso iria acontecer, e pelo marido, ela seria “*mãe para muitos filhos*”, iria “*usar bastante o serviço de saúde*”.

Acerca das outras gestações, ressaltou: “*foi combinado assim, ó, a gente vai fazer filho, a gente decidiu que a gente ia fazer família, porque a gente veio do mundo, aí em vez da gente formar uma quadrilha, a gente formou uma família*”. Acrescentou ainda, que eles esperavam, mas não planejavam [grifos nossos].

Gestação de Alto risco

Maria descobriu a diabetes, por volta de três meses, antes de engravidar, mas não deu importância, sendo que, depois da gravidez, o “*risco*” ficou “*maior*”; momento em que começou a se “*cuidar*”. Fazia as dietas “*direitinho*” e tomava as insulinas.

Partos, cuidados e temores

Maria estava preocupada, de tantas coisas que havia escutado, como a demora para “*tirar a criança*” na hora do parto e ela conseqüentemente, nascer morta. Nomeou as sensações, que sentia em relação a isso, como “*medo*” e *aflição*”.

Uma fala, em concordância, entre as participantes, foi o fato de as pessoas falarem que “*eles vão te deixar lá sofrendo*”.

Linda reconheceu que as “*pessoas falam mal desse hospital*”. Nos partos anteriores, em outras maternidades, teve que ir por ela mesma, pois não havia ninguém para assisti-la. Comentou sobre um programa a que assistiu sobre parto nos Estados Unidos e a família inteira acompanhava. Achou “legal” esse projeto de o pai poder participar, pois às vezes a mulher não sabe nem o que “*está se passando*”, pois nem todas naquele momento estão “*conscientes*”. Também já escutou de muitas pessoas que “*deixaram lá*” e ficaram “*sofrendo*”, sem ninguém para “*dar atenção*”. Porém, por conta de não ter tido mãe, ela aprendeu que para o nenê vir ao mundo só depende dela mesma, “*você é que vai colocar ele para fora, você que vai ajudar ele a chegar no mundo, a não ser que for uma cesárea, mas mesmo assim só depende de você*”.

Contou, ainda, da história de uma amiga que foi realizar cesárea naquela maternidade e ela estava com a cabeça molhada, e não fizeram, o que no ver dela foi um cuidado, mas a amiga “*achou ruim*”. Ainda para Linda, as pessoas não “*falam coisas boas de lá*”, mas em geral são pessoas que não têm “*orientação*”. Ao ser questionada

sobre essa falta de orientação, ela disse que não adianta chamar as pessoas, pois “*quem vai ajudar o nenê a nascer é você mesmo*” e é preciso ter “*educação*”, pois ali ela necessita mais do profissional, do que ao inverso, pois ele pode ser médico em qualquer lugar. Reconhecendo essa falta de informação, ela mencionou que caberia “*a vocês que estão na orientação*”, direcionando-se a mim, pois essa parte, no ver dela, entraria no meu trabalho.

Acerca dos temores de Maria, Linda disse que se via, naquela mesma condição, 13 anos atrás. Na ocasião, seguia a orientação da madrinha, a qual dizia que só dependia dela e da forma como ela reagisse. Reconhecia aquele serviço como sendo delas, mas que não era para abusarem, como por exemplo, xingar e falar palavrão. Acredita, ainda, que por ter falado com educação, o profissional lhe ensinou a fazer força “*certinho*” e, por conta disso, não ficou se “matando” de dor. Muitas vezes, o profissional quer ensinar, mas a pessoa está com tanta dor e não tem paciência para escutar. Os partos anteriores foram normais e se sentiu “*confortada*”. Todavia, se um dia, “*agirem*” errado com ela, vai “*cobrar*” seus “*direitos*” e “*fazer valer*” a sua assinatura.

Maria concordou com o fato de não ter informação, e as pessoas que falam “*assustam*”. Faltavam três meses para seu parto e estava “apavorada”. Linda insistiu na ideia de “*falta de informação*”.

Grupo 4

Quadro 9 – Dados do grupo 4

Participante	Idade	Gestação	Situação
Eliana	35 anos	2 ^a	Hipertensa
Luciana	30 anos	11 ^a	Histórico de oito abortos
Sandra	44 anos	3 ^a	Sangramento, Histórico de um aborto.

Neste grupo havia três participantes: 1) Luciana, 30 anos, histórico de oito abortos, gestação de sete meses, e dois filhos; 2) Sandra, 44 anos, 3^a gestação, 2º filho, 1 aborto. 3) Eliana, 2^a gestação, acompanhada do filho de quatro anos. Além dessas, a psicóloga, funcionária do hospital, ao saber da realização desses grupos, me pediu a permissão para estar presente em um deles e assim a permiti.

Pergunta Disparadora

Luciana respondeu a questão fazendo elogios ao hospital. Ela mesma havia pedido encaminhamento para ser atendida lá. Do período em que ficou internada, conhece “praticamente as enfermeiras do hospital”. Sandra concordou e, disse que também se sentia cuidada.

Gestação de alto risco

Luciana iniciou sua fala dizendo “*sou gestante de alto risco*” e seu problema era “*psicológico*”, pois caso fique nervosa, ande muito ou passe estresse, entra em trabalho de parto e por isso “*tem que tá passando na médica*”. A atual gestação não foi planejada e o médico disse a ela que era “*louca*” por conta do problema de saúde, mas mesmo com essa fala do médico ela não se preocupou pois “*se Deus permitiu, eu tenho certeza que eu vou até o final*”. Já sofreu oito abortos: “*depois de completamente formado eu perco os bebê tudinho*” [grifos nossos].

O motivo de Eliana estar no pré-natal de alto risco era “*ser hipertensa*”, enquanto que o de Sandra era devido a um sangramento.

Relação com a Equipe e Instituição

Pelas experiências passadas de Luciana, esse é o “*melhor*” [referindo-se ao hospital] e foi ela quem pediu encaminhamento para ser acompanhada lá. Relatou uma internação na qual foi “*bem atendida*”, afirmando já conhecer “*praticamente*” todas as enfermeiras do hospital. Ao final dessa fala, ela conclui: “*não tem o que falar*”. Gostou das “*orientações*” e do “*carinho*”. [grifos nossos]. No presente hospital a atenderam muito bem e “*deram tudo quanto é tipo de atenção que eu precisei*”, e foi aí que ela descobriu ser “*emocional*” o seu “*caso*”; enquanto que no outro hospital, colocaram “*estímulo lá*”, acrescentando não confiar “*nesse outro*”, pois soube de crianças que morreram lá. Comentou, ainda, ter escutado reclamações de hospitais de convênio.

Seguindo a tendência de se fazer elogios ao hospital, Sandra relatou o aborto que teve, pois iniciou com um sangramento e estava “*desesperada*”, então dirigiu até o hospital na esperança de “*salvar o nenê*”. Ao chegar, ficou duas horas esperando e o médico disse que não poderia atendê-la, então ela pediu um encaminhamento já que não tinha convênio. Atualmente, tem convênio, mas não carência para o parto, então preferiu ser atendida nesse hospital, pois sente-se cuidada: “*não é só a médica que cuida de você, tem todo um, né, desde a recepção, vocês aqui agora*” [grifos nossos], afirmando que se sentia segura.

Eliana, sendo “*profissional da área*”, disse conhecer outros e por ser “*municipal*” era um “*hospital maravilhoso*”. Em relação ao seu parto anterior, realizado naquela insituição, não tinha o “que reclamar”. Já escutou várias reclamações, mas ela defende [grifos nossos]. Já foi em convênio e não foi bem atendida como era nesse hospital, ao passo que elas foram narrando situações adversas passadas por elas ou por conhecidos em hospitais de convênio.

De acordo com Luciana “*agora até a diretora do hospital está passando nos quartos*” e ela era “*um amor*”. Enquanto esteve internada, tal diretora havia passado todos os dias para perguntar acerca do atendimento e se alguma enfermeira estava “*atendendo mal*”, pois caso a resposta fosse positiva era para dar-lhe o nome para que assim ela demitisse a “*a pessoa certa*” e não “*injustamente*”.

Sandra relatou um episódio de quando esteve internada e uma mulher “*não tinha trazido nenhuma mala*”, e pediu para falar com a assistente social (...) “*aí veio uns cinco minutos já mandaram tudo*” [referente à utensílios de higiene pessoal]. Disso ela associou, essa assistência prestada pelo hospital, ao grupo em questão, “*(...) por exemplo, vocês não sei por exemplo, eu nem sabia que vocês, vocês davam assistência para a gente, mas se realmente a gente tem esse direito, a gente tá precisando de psicólogo, pedir essa orientação, é, precisa da assistente, aí não fica lá só reclamando, eu acho que é participativo isso, das mães, da gente ser mais ativas, né*”.

Relação com a Família

Sandra não havia contado ainda para sua mãe acerca da gravidez, pois sabia que ela não aceitaria, pelo fato de ser de alto risco: “*ela vai me condenar mesmo*”. Mas, como não morava com a mãe, considerava-se dependente de si, não dependendo da mãe “*para nada*”. Relatou constrangimento por conta da idade, dizendo estar envergonhada, apesar de ter se programado para a gestação: “*eu queria ganhar dinheiro primeiro, eu queria fazer um monte de coisa primeiro e só depois, agora que eu engravidei eu sinto uma vergonha que eu não pensava que eu iria ter*”.

Ainda, de acordo com Sandra, em relação às questões familiares está “*omissa*”. Tem o apoio do esposo, mas opinião não contou para o filho, pois quando teve o outro aborto ele ficou chateado e teve muita vergonha, então resolveu esperar seis meses para contar: “*eles vão me chatear, eles vão me chatear tanto, tanto, que eu tenho até medo de ter essa gravidez, de perder de novo, passar mal de novo*” [grifos nossos].

Após esse desabafo, Eliana opinou que aquilo não tinha “*nada a ver*”, pois pensando assim, Sandra poderia prejudicar tanto sua saúde como a da criança,

recomendando-lhe: “*você tem que pensar em você e na criança*”. Ao agir desse modo, Eliana se tornou representante de uma ideia na qual o “psicologismo” entra em cena e o pensar aparece como maléfico, havendo regras do que se deve pensar, sentir e agir. Ainda, cumprindo o papel de apaziguadora e também se distanciando das problemáticas ali explícitas, disse que filho é “*benção de Deus*”, e “*ele não permite se não for da vontade dele (...) você tem que ter o apoio da família*”. Prosseguiu dizendo ser essa uma “*fase maravilhosa*” e se emociona, pois “*quantas mulheres que tentam e não conseguem*”. Além disso, falou à Sandra: “*não queria tá no seu lugar você fica falando assim uma bomba*” [grifos nossos].

Sandra respondeu que para ela não era isso, pois “*quis ter o filho*” e se planejou: “*eu queria muito, por querer tanto eu quero eu quero me proteger e proteger a ele*” [grifos nossos].

A mãe de Luciana, também não aceitava “*de jeito nenhum*” aquela gestação, achando um “*absurdo hoje em dia tendo como evitar*”, ela já ter engravidado 11 vezes, que além de eu perder oito, ela ainda queira mais. Adiante, ressaltou que sua mãe teria que aceitar, pois era o neto dela e essa era uma decisão que ela, Luciana, tinha tomado. A psicóloga havia falado para ela: “*não é a sua mãe que tem que decidir a sua vida, é você mesma que tem que saber o que você quer, ainda mais quando é, no caso de gravidez, até de risco, né, a gente pode perder a qualquer momento, pior ainda vai ser se você perder por causa dos outros, aí você não vai se perdoar nunca mais*” [grifos nossos].

Enfatizou não se importar, se o pai do filho dela ficaria com ela, ou se a mãe iria gostar ou não, pois tinha seus três filhos ao seu lado e foi ela “*que quis*”. Arrependia-se “*de todos*” que já havia perdido e “*não precisava chegar até os 11, né? Mas se eu tivesse no 3º meu, antes de perder o 3º, se tivesse nascido, aí eu já tinha parado também, agora não, agora essa aqui vai vim, com fé em Deus eu vou fazer a minha laqueadura só para não ter mais sofrimento*”.

Diante disso, na opinião dela, a mãe poderia falar o que quisesse, e mesmo o médico, pois devido ao histórico de abortos, ele comentou que ela tinha “*coragem*” e essa seria mais uma “*desilusão*”, mas ela respondeu negativamente, pois é “*tudo no tempo Dele, e tenho dois filhos, 8 que eu perdi e agora vem essa benção*” [grifos nossos].

Sandra acrescentou estar passando por um momento difícil, “*não como a colega*” [referindo-se aos abortos relatados por Luciana] e achava “*legal esse momento que vocês dão para a gente porque é para a gente desabafar*”.

As falas de Luciana e Sandra, acerca das mães, que não aprovam a gestação das filhas, ao contrário do que elas dizem, podem indicar a importância que essa aprovação tem para elas. Vemos aí as interferências das relações familiares na aquisição do papel de gestante e mãe, o qual parece não ser para ‘qualquer uma’.

Outra questão é que essa rejeição sentida das mães, pelas escolhas que elas tomaram, de certa forma, são reproduzidas na instituição, pois as indagações por parte da equipe se assemelham. Paira no ar questionamentos como: por que essas mulheres, que a princípio não têm “currículo” para tanto, se candidatam a tal cargo?

Cisão entre o pré-natal e o parto

Sandra não sabia por que hospital público era diferente, pois se cria um “vínculo com a sua médica”, instaurando-se uma relação de confiança e, ao chegar no atendimento emergencial, por exemplo né, não há como entrar em contato com essa médica ou ela lhes atender, seja fazer a “curetagem [morte]” ou “o parto [vida]”. Ela sabia que isso seria “quase impossível”, dado a existência de vários fatores, mas seria “legal”,

Eliana e Luciana concordaram, pois a mesma médica traria mais segurança. No entanto, para Sandra isso “*é pedir demais, né?*”.

De acordo com Luciana, no parto do seu filho, feito em outra cidade, ela ligou para o médico que fez seu pré-natal e deu tempo de ele sair da UBS e acompanhá-la no parto normal e essa situação “*foi bem mais fácil*” para ela, diferente do parto de sua outra filha em que não se teve essa continuidade do acompanhamento. Ainda em defesa ao modo de assistência, ela disse: “*(...) já conhece o nosso corpo, né, já sabe como a gente tá e tudo, então na hora de ganhar eu acho que seria mais segurança para a mãe para ficar mais calma, né, continuar com o mesmo profissional que ela já passa, que nem agora, são vários aprendizes que tem, né, nossa são, passa um monte, até no quarto quando você tá, né, seria legal a própria médica*”.

Sandra reconheceu “*um pouco de preconceito*”, mas citou como exemplo, o episódio no qual teve um sangramento e havia cinco pessoas “*bem novinhas*” e ela ficou na dúvida se elas eram formadas, e uma sugestão era se apresentassem, pois ela gostaria de saber. Várias tentaram escutar sua barriga e uma conseguiu, desse modo, ela acredita que essa é quem seja a médica. Ao ser questionada, por mim, se ela não

perguntou quem era a médica, ela respondeu que ficou com “*medo de deixá-las axevadas*”, pois percebeu nelas uma vontade de “*realmente de tentar*”. Na ocasião também estava chorando e “ *muito nervosa*” e qualquer ajuda é “*bom receber*”, mesmo assim achava legal se tivesse identificação de quem era a médica [grifos nossos].

Segundo Eliana, todas deveriam se identificar, bem como os procedimentos a serem realizados. Condizente ao fato de se serem alunas, ressaltou que há um professor e questionou se elas não tivessem essa oportunidade, como iriam aprender?

Mulheres escandalosas

Para Luciana, há mulheres “*escandalosas demais que atrapalham*”. Essas mulheres, deveriam ser colocadas separadas das demais, desse modo, seriam separadas as mulheres que já estão sinalizando há um tempo que não aguentam “*mais de dor*”, “*para não começar com aquele escândalo todo, para não assustar as outras, né, que tão começando o trabalho de parto*”. Desse modo, seria dada mais atenção a essas mulheres, pois, certa vez que estava lá, uma mulher gritou e ela, Luciana, não aguentou, começou a chorar “*eu me tremia, eu fiquei branca*”.

Luciana estava com quatro dedos de dilatação, e tomando medicação, mas não fazia efeito. No entender dela, era por conta da preocupação com a outra mulher que estava gritando. De acordo com a informação passada pela enfermeira a ela, algumas mulheres entram em trabalho de parto bem rápido, então ela acredita que se desse mais atenção a isso: “ *quando vê que tá começando, é, tá muito rápido de um dedo para o outro, que tá dilatando rápido, né, deixar separado porque querendo ou não as outras que estão ali vai começar um trabalho de parto prematuro no caso que elas falam, né, devido ao nervosismo*”.

Mas, apesar de tudo, nem deveriam falar nada, porque já escutou: “*ah você não trabalha aqui, você não sabe como é que funciona, a gente tem que ter calma, tudo delas é na calma, eu sei que tem que ter calma, mas calma demais também, né, não dá*”. Sandra acrescentou que nessas situações: “*fica todo mundo nervosa*”.

Tais narrativas ilustram, de certo modo, o medo de um “contágio grupal” como se o escândalo de uma expressasse a fragilidade de todas, inseridas naquele momento e naquela circunstância. Acrescentamos o fato, de que na sala de pré-parto coletiva, para se garantir o acesso a todos, a privacidade fica desprotegida.

Relação com a psicóloga

Próximo ao término do grupo Sandra disse que nunca havia falado tanto.

Luciana respondeu que com ela havia sido do mesmo jeito, relatando sua experiência com a psicóloga quando esteve internada. Ela lhe explicou que “*tudo*” agora era o bebê, para esquecer o mundo. Era ela quem escolhia e não os outros, “*ela falou, não deixa ninguém impedir a sua vida porque a gente que sabe que o é melhor para o bebê*” [grifos nossos].

Sandra questionou se o grupo ocorreria todas às quartas-feiras. Expliquei novamente a pesquisa e a psicóloga do hospital explicou o trabalho da Psicologia naquela instituição, mostrando-se disposta a acompanhar Sandra. Ressaltou a importância de Luciana prosseguir com o acompanhamento já iniciado em sua internação, e ela concordou, enfatizando que iria “*precisar*”, pois havia descoberto que seu problema era “*emocional*” e, devido a isso, seu bebê queria nascer antes do tempo, acreditando que isso possa ter acontecido com os outros.

Prosseguindo, Luciana comentou que não sabia se era mito ou verdade, mas diziam que a preocupação e o estresse faziam ressecar o leite e morria de medo de “*ficar sem amamentar*”. Sua filha amamentou até os seis meses e já estava “*apreensiva por causa que depois que a gente ganha também gera um outro procedimento que é diferente de quem ainda tá gestante né*”. Por conta disso, havia falado com a psicóloga que gostaria de continuar passando com ela, pois ela iria lhe “*ajudar muito*”, e também iria buscar alguns remédios, recitados por ela, os quais, estavam a “*ajudando bastante para dormir*” mas fazia uma semana que não estava conseguindo dormir, não sabia se era porque já estava em trabalho de parto, mas estava com muitas dores, sem posição, desconforto, falta de ar, crise alérgica e asma.

Essa fala fez a psicóloga entrar numa discussão de quem havia receitado, se a psicóloga tinha feito isso; Luciana respondeu que a psicóloga “*passou com a médica e a médica foi e receitou (...) receitou porque eu tava precisando e como eu já tava tomando aqui no hospital, porque eu ficava mais calma*”.

Ressaltamos que o relato de Luciana, acerca de seu problema ser “psicológico”, aponta indícios de conclusões –unicasais- e de argumentos fundados em psicologismos e individualismo. Ressaltamos aqui um “emocional” apartado do corpo e do social.

Grupo 5

Quadro 10 – Dados do grupo 5

Participante	Idade	Gestação	Situação
Flávia	32 anos	2 ^a	Consequências de um “acidente de carro”
Carmen	37 anos	6 ^a	Diabetes e pressão alta
Daniela	24 anos	2 ^a	Diabetes, pedra no rim e infecção

Neste grupo estavam presentes: 1) Flávia, 32 anos, grávida de cinco meses. Estava no pré-natal de alto risco, pois sofreu um acidente há 16 anos e fraturou seis vértebras: *“não posso ter normal, então é um parto de risco”*. Tem um filho de 11 meses, nascido nesse hospital; 2) Carmem, 37 anos, cinco filhos (19, 18, 15, seis e três anos). Era gestante de alto risco porque tinha diabetes e problema de pressão e; 3) Daniela, 24 anos, tinha um filho de oito anos, diabetes, pedra no rim esquerdo, achava que no direito também e estava com infecção, ao que ela complementou: *“acho que é só isso mesmo”*.

Pergunta disparadora

A resposta de Flávia, foi de que estava *“bem satisfeita”* com os procedimentos. Participava de palestras, e nessas era ensinado a cuidar do bebê, a amamentação e tudo o que elas precisam saber, pois, mesmo já tendo filho, se esquecem, e *“eles dão bastante suporte para a mulher aqui”* [grifos nossos].

Já Carmen disse *“nunca participei de nada”*, mas fazia o pré-natal. Quando esteve nove dias internada foi muito *“bem tratada”*, e não tinha o que *“reclamar”*, pois havia muito bem *“cuidada”* [grifos nossos].

Daniela falou não ter o que dizer, mas, no início teve muita discussão por ser uma pessoa *“um pouco estourada”* e as médicas de antigamente deixavam *“muito a desejar”*. Por conta disso *“até”* falou com a *“diretora”* [grifos nossos].

Gestação Atual

A gestação de Flávia *“não foi planejada, aconteceu”*. Tem um bebê de 11 meses e *“jamais”* pensou que engravidaria, pois usava *“anticoncepcional, camisinha, tudo”*. Foi um *“choque”*, mas estão aceitando *“numa boa (...) feliz agora”*.

Assim, como Flávia, Carmem também não planejou, mas, nos seus dizeres, também não se cuidou. Ficou *“feliz”* e recebeu *“com muita alegria”*. O pai da criança está *“hiper mega feliz”*, pois o sonho dele era ter um filho. Todavia, enfatizou: *“não foi planejado não”*. Quando perguntei como era isso de não ter planejado, mas também não se cuidar, Carmen respondeu: *“ah, doutora, te dá de fazer besteiras, aí acontece...namoro já faz um ano...num momento do calor da emoção ninguém pensa em*

usar camisinha”. Acerca da reação dos filhos, no começo *“eles ficaram meio, assim depois aceitaram”*, já sua mãe *“até hoje não aceita muito não”*.

Nesse momento, fiquei com a questão se era possível dizer que não estava feliz e que não havia aceitado, bem como, se era possível dizer que planejou, mesmo sabendo dos riscos e já tendo filhos, pois tais reações e comportamentos, “saem” do padrão.

Dando sequência à história da gravidez, a de Daniela foi planejada. Faz dois anos que ela está com o companheiro. Tem tido dificuldade no trabalho, pois deu uma *“complicação”* e teve que entrar pelo INSS. Ficou mais *“estressada ainda”* e aí *“deu” a diabetes*. A médica disse-lhe que ela estava muito *“ansiosa”*. Contudo, acredita que o seu problema tenha sido com o médico, e ainda teve que denunciar a médica do outro pré-natal para o Ministério da Saúde, pois ela discute mesmo, se achar *“que o que a médica tá falando para mim não tem sentido ou tanto o que eu falar para ela e ela não der, não demonstrar nenhum tipo de interesse, eu discuto mesmo, se eu achar que ele não tá dando muita atenção também, eu vou para onde eu acho que pode alguém chamar atenção dela, né, então eu já denunciei ela”*. Por essas falas, a impressão é que o trabalho, o INSS, a diabetes são acontecimentos externos.

Relação com a Família e Racismo

Carmen mora, junto com toda família (avós, tias, mãe) no mesmo terreno. No início, a saber da gravidez, foi um *“baque”* chegando *“até”* a pensar em aborto e, às vezes chora, mas por outra situação e não pelo bebê, pois está enfrentando um problema de racismo em sua família. Ela tem um *“filho escurinho”*, nas falas dela, *“ele é pretinho mesmo porque o pai dele faleceu, tudo, trabalhando, então não tem pai, só tem a mim”*. Suas tias são brancas e ele é o *“pretinho da família”*. Por conta disso, tem sofrido muito preconceito, sendo chamado de *“macaco”*. Ela tem passado mal e a vontade é de *“matar meia dúzia”*.

Já xingou, brigou com todos e acaba passando mal porque *“vai guardando”* e tem hora que *“explode, aí sobe tudo, sobre diabete, sobre pressão, aí eu ponho a mão na consciência e falo, poxa, eu tô grávida, eu tô sozinha, eu tenho que me cuidar, vai, é difícil, aí o que faço, eu choro, eu fico triste, eu olho para o meu filho assim, ó, não é para eu ter dó dele, mas as vezes eu ponho na minha cabeça, porque eu tô com dó dele, aí eu explico para ele, porque ele já entende, né, doutora, olha, é o seguinte, esse pessoal é preconceituoso, eles não sabem bem o que eles estão falando, diferença de cor, tudo, eu converso muito com ele, só que ele tá tendo complexo da cor dele já, então isso acaba comigo, isso me mata”*.

Carmen disse várias vezes que estava sendo difícil, e tem horas que pensa em largar tudo, em não cuidar mais de nada e esquecer que está grávida. Pensa em não tomar mais remédio, não tomar insulina, mas é *“questão de segundo”*: *“o nenê não pediu para vir ao mundo, a obrigação minha é cuidar dele, sabe, é difícil”*.

Pergunto se alguém a está apoiando e ela respondeu ter o apoio do namorado e da mãe, a qual *“briga com suas tias: “(...) ele é uma criança, mesmo que não fosse uma criança, né, doutora (...) eu tô me isolando assim dentro da minha casa para não sair para fora”*.

Contou ainda que isso ocorreu desde quando o filho era pequeno, mas de um mês para cá as coisas pioraram. O banheiro, localizado fora da casa, e para todas as casas do quintal, é o local onde *“tem a confusão” (...)* *“eu poder agredir ela não posso por causa da idade dela, né, mais a vontade é pegar assim ó e bater, tô sendo sincera doutora, não vou ser hipócrita”*.

Normal versus Cesárea

Referente à via de parto, de acordo com Flávia *“sempre tem a tensão”* e *“um parto sempre é diferente do outro”*. Ela achava que as três seriam via cesárea. O medo que tinha em relação à cesárea era a *“recuperação”*, mesmo assim, *“nada tão monstruoso”*. O parto anterior foi cesárea e um dos pontos desfavoráveis, além das 13 horas deitadas, é o cuidado com o nenê, dada a inexistência de berçário: *“você tá com dor ainda e eles já põe o nenê ali e vamos dar de mamá, o nenê tá com fome vamo embora e você fica o dia inteiro com o nenê, o nenê já não sai mais do seu lado aqui no hospital, ele fica com você todos os dias, do seu ladinho ali, não tira para nenhum lugar, só tira para fazer os exames deles e volta para você, aí você também com anestesia, você tá meia groque ainda, né, cansada, porque cansa, cansa e aí você tem que ir, e aí ele chora, você pega, você cuida”*.

A cesárea de Daniela estava marcada. Sua *“primeira experiência não foi muito boa”*. Ela estava em Minas Gerais e ficou três dias internada, sem *“nada de movimentação, aí vieram colocar aquele bendito soro no meu braço”*. Avisou a enfermeira que iria *“aguentar o máximo que puder”*, pois já tinha sido avisada *“daquele soro”*. Aguentou por meia hora e começou a chamar a enfermeira, ela mesma [Daniela] arrancou do braço e a enfermeira *“falou um monte”*. No terceiro dia de internação, falou ao médico que não estava *“aguentando mais”*, foi quando ele decidiu pela cesárea: *“até falei para a outra médica já e falei para essa doutora que se fosse para mim sofrer do jeito que eu sofri porque três dias com contração, você não come,*

“você não faz xixi, você vai no banheiro você fica com medo, aí me Deus do céu, vai sair, né, porque você não sabe, só os médicos que sabe enfiando o dedo quanto você tá de dilatação, né, aí as menina ficava, aí tô com vontade de fazer cocô, aí ficava, aí meu Deus do céu, não vai no banheiro, e eu também não ia, ia ficava naquela briga, né, com medo de fazer as coisa, aí eu falei, se for para ser normal que seja, se tiver como ser tudo bem, normal, só que eu tenho preferência que marque a cesárea logo porque se for para eu ficar internada, ficar uma semana tentando e não, não conseguir, eu vou abrir a boca (...)” [grifos nossos].

Acerca da atual gestação, Daniela enfatizou que tudo bem se fosse para ser normal, mas se não “fosse” e as pessoas ficarem “tentando”, trazendo como exemplo a sua irmã de 20 anos que havia tido filho há um mês e “sofreu muito”, ficando por um período internada e com dor. O filho tinha 4 quilos e 100, 53 centímetros e ficaram “tentando o normal”, mas ele não passava e ela era “muito pequeninha. Após a madrastra dela ter feito uma reclamação, fizeram a cesárea. Enfatizou não gostar disso pois, na opinião dela, se coloca “muito em risco o bebê”: “(...) porque se eles ficam tentando, você não sabe se está com oxigênio, você não sabe se ela, já, no meu caso eu tô de nove meses, se ela já fez cocô, já, já começa a sentir outras coisas, então a gente fica meio que naquela preocupação com o bebê, como com a gente, sentindo dor, mas eu, a médica já tinha falado que ia ser cesárea desde o começo, espero que seja mesmo, porque eu não quero normal, não, não quero, essa sensação de ver saindo de mim, eu não quero não” [risos] [grifos nossos].

Carmen não tinha “nada certo”, mas tudo indicava que nasceria de sete meses por conta da diabetes, segundo a médica. Estava em dúvida, se nesta gestação, seria normal ou cesárea, não sabia o que a doutora iria fazer, como seria a cicatrização, e estava com “um pouco de receio, um pouco de medo”

Sobre os partos anteriores, um foi cesárea e dois, normais (um em casa e o outro no hospital). A cesárea, segundo Carmen, foi “boa”. Ocorreu em outra cidade e a filha nasceu de sete meses, por isso precisou ir todos os dias para lá: “ela nasceu na quarta, quando foi no sábado eu tava indo para lá de ônibus, cheia de ponto eu fui para lá, rapidinho secou também, não tive problema não”. A bolsa rompeu em casa e induziram o parto normal, mas não deu certo. Fizeram uma “cesariana sem dor”. Fazia dois dias que ela estava com a bolsa rompida. Foi uma “benção”.

O outro parto foi em casa, ela sentiu uma “leve dor” e “veio igual quiabo”. Não deu tempo de chegar ao hospital e ela não sentiu dor. A cesárea, foi para o hospital, com

pressão alta e sentindo contração: *“dor, dor, dor, aí ele veio, mas sofri muito, então foi bem diferente, as dores assim, foi bem diferente”*.

Já da minha primeira filha, foi normal. Ela não sentiu quase nada, já o segundo doeu bastante. Desses partos, ela escolhe o parto normal, sendo o *“ruim da cesariana”* quando sai da anestesia: *“você não se mexe, você não, nossa, é muito ruim, você não sente as perna, é muito ruim, muito. Aí na hora de você se levantar, de você tossir, é tudo mais ruim, né”*.

Referente a descrição de Flávia, sobre os cuidados com o filho pós cesárea, Carmen não passou por isso, pois a filha ficou na UTI: *“nesse ponto para mim foi muito bom”* [grifos nossos].

Perguntei se elas conversaram essas questões nas consultas. Carmen relatou que conversava com a doutora, e agora iria perguntar sobre essa dúvida, se seria normal ou cesárea e se era possível induzir, caso fosse normal, pois não sabia se a dor aumentava a diabetes e a pressão, não sabia como funcionava, então iria perguntar.

Após esse relato, Daniela disse que normal, do jeito narrado pela Carmen era “tranquilo”, sem sentir nada era, mas achava *“super errado”* ficar três, quatro dias, ou mesmo uma semana sentido dor e *“ficarem forçando”*. Carmen respondeu que os médicos de lá [referindo ao hospital pesquisado] era assim. Flávia complementou, pois quando já sabe que tem mais de quatro quilos, é impossível nascer; antes nascia, mas *“sofria muito a pessoa”*, hoje em dia, *“não precisa sofrer tanto”*. No entanto, para Carmen: *“(…) é muito raro, pelo que eu acompanhei assim, é muiiiiito difícil o médico fazer a cesariana”*. E Daniela citou novamente o seu caso, no qual ela ficou três dias *“para o médico decidir fazer a cesárea”* [grifos nossos].

Relação com a equipe e com a instituição

Acerca de como elas poderiam se comportar, de acordo com Carmen, o “correto” seria elas tentarem *“manter a calma, mas quem fica com dor, porque assim, quanto mais escândalo a gente faz, mais esquecida a gente é, a verdade é essa”*. [grifos nossos]. Disse ainda que procura ser *“muito paciente”*. Para Flávia, às vezes, associa-se o que elas estão sentindo, com *“frescura”*.

O “pedir calma” também pode ser entendido, como um medo do contágio, tanto por parte da equipe, como das mulheres.

Todavia, apesar dessas dificuldades, Carmen reconheceu que havia mudanças nesse *“negócio de enfermagem”*, pois os nove dias de internação, havia uma responsável-chefe dos enfermeiros, que passava todos os dias para saber como elas

estavam sendo tratadas e dizia, caso alguém fizesse alguma coisa, ela precisaria do nome. Essa responsável, olhava os quartos, para averiguar se tinha pó e saber dos cuidados que os enfermeiros estavam tendo com elas. Dito isso, desse tempo de internação não tinha do que “reclamar”, pois foi bem cuidada e as enfermeiras até pediam licença para entrar no quarto. Acredita que a mudança se deva às inúmeras reclamações do passado. Em resposta à fala de Carmen, Daniela disse: “*Acho que deve ser uma das minhas reclamações*” [grifos nossos].

A partir dessa conversa, Flávia relatou como foi seu acidente há 16 anos, e retratou um histórico de situações violentas a que foi submetida durante o período de internação. Na ocasião, ela foi informada pelos médicos que ficaria estéril, mas depois de seis anos teve o primeiro filho: “*(...) eu fazia todos os exames para ver se eu podia ou não, e todos os exames dava negativo, tanto é que eu tirei da cabeça, sabe quando você fica pensando muito, eu quero, quero, quero, aí eu tirei da cabeça e aconteceu, e aí veio ele o ano passado e esse ano tô esperando mais um, para quem falava que eu nunca mais ia poder ter, não é, com tudo isso, ai é uma benção, então eu tô feliz*”.

Quando Daniela ficou internada, o médico que a atendeu, nos dizeres dela, era: “*muito estranho*” e não conversava. Era preciso ficar lhe perguntando, sendo na visão dela, não era “*certo*” pois achava que o médico devia “explicar e dar orientação”. Mas no pré-natal de alto risco estava diferente e era bem mais “*especializado*” [grifos nossos].

A partir dessa fala, questionei Daniela a respeito do que ela esperava e não teve, tendo como resposta: “*(...) eu tava com a infecção eu ficava indo e vindo, né, e teve um ponto que eu já tava com contração, três meses com contração, sangramento, com perda de líquido e ela [referindo-se à médica] tava querendo me mandar para casa, foi no dia que eu estourei e falei para todo mundo, para a enfermeira-chefe, ó se eu for embora, chegar em casa e acontecer de eu ter um aborto, porque não é só responsabilidade minha (...) se eu vou para casa eu tô me comprometendo porque eu também tô aceitando aquilo (...) se eu chegar em casa e acontecer de eu abortar, eu tenho nome dela, eu tenho o CRM dela, eu vou processar ela [como forma de resolução]*”. Como desfecho, Daniela conseguiu ser internada, pois segundo a mesma estava “*muito mal*” e não conseguia nem andar de tanta dor, contração e sangramento, tendo expressado “*eu não vou embora, vou ter que brigar*” [grifos nossos].

Nos dizeres dela, metade de sua gravidez, foi discutindo com médico e naquela instituição já havia discutido com quatro, sendo uma pessoa já conhecida no pronto

socorro de sua vila. Acerca da instituição pesquisada, disse que tinha “*pavor*”, chegou a ficar em casa com dor para não ter de ir até lá, pois sabia que quando vinha iria discutir. Mas, não era apenas ela, pois via muitos casos na sala de espera do pronto-socorro de pessoa reclamando, brigando e não sabe se é porque na época os médicos eram “*muito novo*” e não “*mostrava muito interesse, tipo, ah é normal, vai para casa, toma isso, tem coisas que eu acho que não é normal para uma gestação, então eu discuto mesmo, se eu achar que tá errado*” .

Já havia sofrido muito, guardando as coisas e aprendeu que guardar era “*pior para a gente*”, então preferia magoar o outro do que se magoar. E sabia que o médico ficou com raiva dela, mas não ligava. Retomou o assunto da Previdência e disse lá “até” a diretora a conhecia e acabou lhe dando o telefone. A impressão é ela Daniela, ao longo do grupo, foi incorporando o papel de denunciante e juíza das condutas médicas.

5.4 Discussões

Neste tópico, está organizado o que pude compreender da experiência que tive no Hospital, com o que foi observado e ouvido, tendo como ponto central, nosso objetivo de partida, que era o de conhecer sobre o modo como essa instituição, possibilita às mulheres escolherem os procedimentos. Para isso, criei núcleos temáticos, identificados pelo que emergiu nessa experiência, considerando as questões que mobilizaram a feitura dessa pesquisa, buscando pontos similares, mas respeitando a pluralidade de vivências, impossíveis de serem generalizadas.

Núcleo A – Lugares ocupados e permitidos

A.1 Mulheres

Grande parte das mulheres, com as quais conversei, era moradora dos bairros periféricos da cidade, tinha estudado formalmente pouco e não desempenhava nenhuma atividade remunerada.

Uma questão em comum, entre as mulheres do pré-natal de alto risco e do pré-parto, é que nesses dois grupos, em diversos momentos, as mulheres se narravam e eram narradas, a partir de categorias generalizadoras: a de mulheres grávidas e vulneráveis, ora por estarem no SUS, ora por serem de alto risco, ora por estarem sozinhas, ora por serem pobres, ora por todo esse conjunto.

Elas são conhecidas e também assim se (re) conhecem como mulheres com pouco dinheiro, pois se estão lá é porque não tem convênio particular, assim, estar nessa instituição já instaura um lugar de alguém que ficou “sem opção”, pois se pudessem escolher, a maioria estaria em uma instituição privada. A falta de dinheiro é um dado objetivo, o qual tem implicação na subjetividade, pois é um dos elementos identitários. Nessa relação está em jogo o lugar social ocupado por alguém pagante em detrimento do que não pode pagar.

Contraditoriamente se torna também um privilégio estar nesse hospital, pois “não são todas que conseguem e acabam tendo seus filhos em outro muito pior”. Além do uso feito por mulheres de convênio, devido ao acesso ilimitado de consultas, nos dizeres delas. Possivelmente a aparência e estrutura física desse hospital muito próximo às instituições privadas as confortem, favorecendo por parte delas, uma avaliação positiva.

Outro ponto diz respeito ao papel social mãe, estabelecido dentro de normas sociais. No caso de mães idosas, que seguiram a lógica do mundo do trabalho, o peso parece ser “maior”, todavia, às mães jovens também é embutida uma culpa, pois deveriam estar produzindo – trabalhando ou estudando – em vez de terem filhos. Tal questão desemboca, no papel da mulher, na sociedade contemporânea:

(...) nas sociedades industriais modernas, muitas mulheres são cada vez mais o foco da influência contraditória de sua cultura de gênero. Por um lado, seu papel doméstico é enfatizado, esperando-se que elas permaneçam em casa com suas famílias, mas, por outro, esperando-se ao mesmo tempo que sigam carreiras e contribuam com a economia de modo mais amplo. Esses conflitos de papel aumentaram bastante os estresses da vida de muitas mulheres modernas. (Helman, 2007/2009, p.154)

Vemos aí, uma disputa entre papéis, destinados à mulher. A escolha de um, ao invés de outro, ou mesmo a tentativa de conciliá-los, não se faz isenta de cobranças sociais. Além disso, muitas gestações, conforme as narrativas apresentadas ocorrem imersas a inúmeras situações e conflitos pessoais, familiares e sociais. Diante disso, a preocupação com a assistência se torna menos relevante, ganhando espaço no momento em que elas estão na instituição: pré-natal, sala de pré-parto ou no processo para parir.

A.2 Filhos

Pudemos identificar, a princípio, duas condições colocadas para o lugar de um filho, a partir dos relatos coletados. A primeira marcada pelo sexo biológico, dada a

valorização do masculino em nossa sociedade; a segunda, pelo, suposto, “preenchimento” de um espaço sentido/entendido como vazio. Das duas condições, a implicação parece desembocar num mesmo ganho: o sentimento de importância de si.

Alguns relatos dão destaque ao lugar de poder atribuído ao homem, ilustrado na reação de quando o filho é “*homem as coisas são diferentes*” (*sic*). Helman (2007/2009, p.153) pontua: “(...) ao nascer, à categoria social ‘masculina’ ou ‘feminina’ pode, sob algumas circunstâncias, ter um efeito negativo sobre a saúde de um indivíduo”.

Algumas daquelas mulheres, além de serem (re) produtoras de outra vida a partir da gestação, podem ser também (re) produtoras de histórias de suas mães, de suas avós, culminando na (re) produção de uma condição psicossocial, na qual o lugar atribuído às mulheres permanece como inferior ao do homem.

Deste modo, a gravidez pode se apresentar como uma saída para driblar essa condição de inferioridade, ainda mais se for de um “*filho homem*”, nos remetendo aos ganhos secundários desse evento.

Ao engravidar a mulher ganha um novo *status* “a gestante” e durante longos nove meses de sua vida a atenção volta-se para si, pelo menos nas instituições. Depois, vai diretamente e imediatamente ao bebê e passados alguns meses, algumas retornam “*grávidas novamente*” [falas usualmente ditas pelos profissionais].

Por meio da maternidade, é possível o sentimento de “posse” e importância para alguém, tem-se um “*companheiro*”³⁷. Assim, o filho assume um lugar importante na vida da mulher, mesmo antes de nascer, num sentido de projeção para uma vida futura com condições melhores. Nessa condição, o filho não chega para um novo espaço, mas para suprir/encobrir um já aberto por outros sofrimentos.

Estando nessa vida já marcado “antes de nascer”, o filho parece refletir uma possibilidade, a esperança de uma mudança, para além da maternidade, como um sentido/objetivo para a vida, vida esta marginalizada, pobre e feminina – índices valorados de forma negativa, dado que somos herança de uma sociedade colonial patriarca e escravocrata.

Queremos indicar com isso a possibilidade de análise, nos casos apontados aqui, quanto à relação das mulheres com a expectativa pelo filho. Em que medida tal gravidez tem mais relação com um “preenchimento” do que necessariamente com o filho?

³⁷ Algumas pesquisas tem se debruçado nessa questão, não sendo essa, uma explicação generalizadora. Para um maior aprofundamento, indicamos a leitura: Alonso, S.L., Gurfinkel, A.C. & Breyton, D.M. (orgs.) (2014) *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. Depto. De Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. São Paulo: Escuta.

Questão essa não possível de responder em nosso trabalho, mas com margem para futuras pesquisas.

A.3 Planejamentos

Apesar da discussão acima ter se centrado em um ponto, consideramos que haja uma pluralidade de variáveis cuja resultante se dá em uma gravidez. Nessa direção, ações focadas somente na “conscientização” e no “planejamento eficaz” se mostram limitadas diante da complexidade apresentada em um processo gestacional, não sendo possível uma generalização do que buscam as mulheres com uma gravidez (in) desejada (in) conscientemente.

Citamos, como exemplo, o relato de Linda, moradora da periferia da cidade, gestante pela 5ª vez, quando ela menciona não ter “tido nada na vida” e nem seu companheiro. Ao “*invés de formar uma quadrilha*”, o casal decidiu “*formar uma família*”. É provável, dada a condição econômica dela, que haja de fora um olhar marginalizador, o qual pode repercutir diretamente na relação entre profissional e usuária do sistema.

A lógica do “planejamento” provavelmente recriminaria a constituição dessa família e é a mesma que sustenta uma fala recorrente e reducionista, endereçada às mulheres pobres: “como vai sustentar”? É preciso entender outra dimensão para a situação. O sustento é atravessado por aspectos para além das questões materiais. Diante disso, é importante que sejam incorporadas as construções idealizadas pela mulher ou pelo casal, que se leve em consideração, além de questões de ordem racional, questões de caráter inconsciente.

Permanecer na lógica do planejamento como tal, é seguir a racionalidade que despreza as pessoas enquanto sujeitos, visando ao controle e a contenção, não apenas do corpo do outro, mas também da vida e dos desejos, o que pode fortalecer a cisão entre profissionais e mulheres.

Contudo, de modo geral, comumente no discurso sobre as mulheres não há um posicionamento quanto à diferença entre classes sociais, como se tivéssemos apenas um “modelo” de mulher “contemporânea” e uma “forma de parir saudável”, ao mesmo tempo, que comportamentos são discriminados dada a classe social. Sendo assim, entendemos como primordial, problematizar esse modelo universal, considerando relações de gênero e classe social.

NÚCLEO B- As mulheres de alto risco

B1. A valorização pela doença

Identificamos algumas particularidades desse grupo composto pelas mulheres de alto risco. Diversas falas nos possibilitam configurar a maternidade como um privilégio, dado que, muitas mulheres tentam, mas não conseguem engravidar. Desta primeira categoria privilegiada, vão se compondo outras mais privilegiadas ainda, constituindo-se em “ganhos secundários” das condições em que se encontram.

Seguindo essa lógica, apesar dos percalços, algumas falas dão conta dizer que se torna um privilégio (“acesso a exames”) estar em uma condição de (des) privilégio (“problema de saúde”), pois além de terem acesso ilimitado a exames, ainda terão seus filhos no mesmo hospital onde foi realizado o acompanhamento de pré-natal. Frente à isso, algumas mulheres acharam “até” bom a doença ter se manifestado na gestação do que ser surpreendida na hora do parto.

A questão do excesso de exames, vista por essas mulheres, como um excesso de cuidado é valorizado como algo “bom” e aí podemos articular com o fato de elas serem de alto risco, o que as coloca em uma clínica do excesso (muitos) e da exceção (somente elas) a exames e consultas ilimitados para um corpo limitado.

Assim, eles não são apenas grávidas, mas são grávidas de alto risco, com possibilidade de vários exames, mesmo que sejam para atestar doenças. Todavia, elas têm acesso, ilustrando uma grande contradição: a possibilidade de perder o filho ou que o filho tenha alguma doença, ao mesmo tempo, ser cuidada, de um modo mais singular. Assim, elas se diferenciam da maioria, a partir do problema gestacional.

Paradoxalmente, estar naquele pré-natal, expressa uma situação de fragilidade/impotência, pois em geral são mulheres com histórias de aborto e partos pregressos considerados de alto risco.

B.2 A cisão entre o posto de saúde, o pré-natal de alto risco e o parto

Em alguns casos específicos, a comparação feita entre o atendimento no posto de saúde e no hospital é como se o primeiro ocupasse o lugar do ‘vilão’ (“*eles deveriam ter mais cuidado*”, “*foi muito descaso*”, “*não tem uma estrutura*”); enquanto o segundo o do ‘salvador’ – acesso a exames e diagnósticos precisos, sendo o acompanhamento

neste local visto como uma ‘vitória’, uma conquista; momento no qual elas passam a ter direitos diferentes das mulheres acompanhadas no posto.

Uma saída perante a dificuldade de acesso a exames no posto é recorrer ao sistema privado. Algumas mulheres fizeram ultrassonografias no sistema privado devido a essa demora na realização dos exames.

Outra situação bastante presente, nos relatos das mulheres, diz respeito à “quebra” entre o processo de pré-natal e a “salinha do medo” [atendimento emergencial e pré-admissional para internação]. Essa questão referente à organização do serviço impacta diretamente na relação estabelecida entre as mulheres e os profissionais.

Grande parte das entrevistadas expressou a importância de um acompanhamento contínuo e da presença de alguém de confiança no momento do parto, bem como dúvidas quanto às vias de parto. Assim, elas expressavam a vontade de ser atendida pela médica do pré-natal no momento do parto, apontando para essa relação de confiança entre a paciente e a médica. Tal fato ilustra uma confiança nessa “doutora” para a qual elas transmitem parte de suas histórias e fornecem o corpo para exames e toques, no entanto, no momento mais íntimo, o nascimento do filho, suas histórias e corpos estarão entregues a um desconhecido. No entanto, elas mesmas concluem que isso era “pedir demais”, ilustrando a relação do usuário com o sistema, baseada em favores.

Nesse sentido e considerando a organização da assistência atual, interrogamos: como garantir uma assistência respeitosa e de confiança quando só se conhece a equipe na hora do parto?

Ao dizerem sobre o pré-natal, elas diziam estar satisfeitas e cuidadas, muitas comentam que a consulta com essa “doutora” demorava porque ela conversava, enquanto que na salinha ocorria uma dissociação ao que vinha sido feito antes.

A “salinha do medo” era ponto de tensão para muitas dessas mulheres. Elas nos contam de cenas, conforme apresentamos, de mulheres sangrando e mesmo assim houve demora no atendimento, nomeando as vivências nesse local como “*horror*” e “*medo*”. Queixavam-se também de verem “*muito médico conversando*”. Condizente a essa queixa, dos médicos ficarem conversando, nos interrogamos sobre o que faz com que eles tenham o mesmo tipo de dinâmica, quando se está lidando com situações difíceis, em geral, ligadas à morte, supostamente diferente da demanda em uma maternidade. Seria a diferença entre classes sociais um impeditivo para essa aproximação? Ou mesmo as aproximações entre nascimento e morte? Tais questionamentos permanecem em aberto para serem aprofundados em pesquisas futuras.

Todavia, um dos meios para se pleitear os “direitos” é pela ameaça. Assim, elas conseguem se defender pelo G-R-I-T-O (cenar de ameaça), ou dependem de sorte (“vai do médico”). Vale ressaltar que, em muitas ocasiões, essas ameaças são feitas pelos companheiros [força masculina].

Desse modo, a “salinha do medo” institui um lugar, no qual não houve contato prévio e o estranho passa a ser íntimo. Alguém desconhecido passa a estar presente em um momento de entrega e intimidade e, é preciso confiar nele, para entregar-lhe o corpo e assim, também o filho, para que este venha ao mundo, sendo essa mulher também desconhecida por esse alguém.

Em meio a incertezas, o acompanhante, além de acompanhar e compartilhar de um momento de celebração, torna-se um guardião, capaz de evitar ou minimizar que episódios violentos, incorretos ou mesmo desrespeitosos aconteçam.

B.3 A participação: a passividade como resistência?

“A gente não participa”
 “Já participei de palestra”
 “nunca participei de nada”
 “não tenho do que reclamar”

Quando iniciamos nossa pesquisa a ideia inicial de “participação” era no sentido de algo que se constrói junto, tendo como pano de fundo o “plano de parto”, no qual algumas escolhas precisam ser feitas e a mulher juntamente com seu médico veem a viabilidade dessas, considerando, a nosso ver, o ser biopsicossocial.

No entanto, as narrativas apresentadas, dão conta de dizer que, para muitas das mulheres dessa pesquisa, a questão central não girava em torno desse “participar”, havendo outras reivindicações. Desse modo, para falar de participação é preciso primeiramente contextualizá-la.

Um ponto para essa discussão refere-se à pergunta norteadora nos grupos: “Como vocês veem a participação de vocês nas decisões que acontecem durante a gravidez, dentro de uma instituição pública?”.

Conforme descrevemos, muitas mulheres pediam para que esta fosse repetida ou ou lhes desse explicação, pois não tinham *entendido* a questão. Refletindo sobre esse fato, passamos a nos questionar: a partir de qual lugar se fez essa pergunta e qual efeito isso pode ter tido? O que não estava sendo entendido?

Para responder a isso, foi preciso inicialmente uma distinção do meu entendimento enquanto pesquisadora de participação e do que eu esperava ter como resposta *versus* o que elas, mulheres participantes da pesquisa, diziam-me acerca de participação.

Sem essa parada, poderíamos entrar no lugar dos profissionais com o qual muitas vezes não concordamos, ou seja, de quem sabe pelo outro.

Para além de um aparente lugar no qual não se reflete sobre a ação, ao falar “a gente não participa” Ana se traduz em uma porta-voz do grupo de mulheres. O fato de cumprir ordens médicas, ou seja, estarem lá por um pedido médico ilustra também uma ‘relação burocrática’ entre quem dita as regras e quem as deve cumprir; assim algumas vezes, elas participam com o corpo e a equipe com o saber e o cuidado.

Em muitos grupos, ao falarem de sua participação as mulheres utilizaram-se da expressão “*passar aqui*”, nos remetendo à ideia do hospital como um lugar de passagem. Já no grupo 7, por exemplo, contrapondo-se à Flávia que disse ter participado de palestras, a resposta “*nunca participei de nada*” emitida por Carmen, indica-nos uma ideia de participação vinculada à ideia de adesão, de frequentar atividades promo-vidas pelo hospital. A resposta de Juliana (G4) de que até o momento só tinha ido aos procedimentos de pronto-socorro, traz uma ideia de participação relacionada à locomoção, ou seja, elas participam indo até o hospital.

Considerando o exposto acima e a realidade apresentada pelas participantes da pesquisa, mesmo quando elas dizem não ter entendido a questão ou não participarem, elas participam de modo a estarem presentes quando convocadas, não sendo essa uma tarefa fácil, pois muitas precisam pegar diversas conduções, gastando muito do pouco dinheiro que se tem e do tempo, no qual poderiam estar fazendo tarefas do cotidiano.

Dessa maneira, o fato de serem assíduas nas consultas e de seguirem as recomendações médicas, as quais geralmente envolvem certos ‘sacrifícios’, pode corresponder ao envolvimento delas enquanto participativas e, quando entendem que todo esse esforço não é compreendido, um modo de participar é no âmbito da reclamação.

Entender e participar de outro modo pressupõe experiências prévias, a qual possivelmente, até aquele momento, não tiveram, dado que, o direito a uma consulta, muitas vezes, ainda é um privilégio.

Por outro lado, quem as vê como paciente pode imaginar uma pessoa passiva, mas essa também pode ser uma decisão protetiva: proteger-se em um lugar

desprotegido, ao passo que é possível se mostrar apenas ao sair da instituição. Nessa linha, um meio pelo qual, se dribla algumas situações é se adaptar passivamente para não causar na equipe a impressão que estão dando trabalho, conforme comentado por Carmem, que o jeito era “*manter calma*”, “*sem escândalo*”.

Essa fala ilustra, de certo modo, um jeito de se apropriar do próprio corpo, em defesa a uma violência iminente; assim, o aparente não enfrentamento pode ser uma estratégia defensiva de uma violência ainda maior, considerando o já apresentado em capítulos anteriores acerca do “poder” institucional e do discurso médico. Por essa via, o aparente não participar pode ser uma forma de proteção.

Diniz (pp. 120-21, 2001) recorre ao conceito de Petchesky e Judd (1998)³⁸ para dizer que “é possível que em algumas situações a paciente resista às normas institucionais, porém de forma simulada, ao mesmo tempo se submetendo/acomodando e subvertendo/resistindo à regra, numa situação que poderia ser chamada de ‘resistência acomodada’.

Núcleo C- Equipe e mulheres

C.1 Entre os prescritores e os acusadores

Por parte da equipe de saúde, a impressão é que, espera-se dessas mulheres, participação nas palestras, nos cursos, na adesão às orientações, dando-nos um indicativo dessa mulher em uma posição de expectadora do saber do outro, sobre o que ocorre em si. Como ilustração, mencionamos as diversas orientações sobre os ‘modos corretos de ser mãe’: orientações essas recebidas, ao chegar à instituição, durante a permanência, até a saída.

Dito isso, vemos a equipe se deslocar entre dois papéis. Um deles se refere ao papel de *prescritores* das condutas adequadas e saudáveis, enquanto o outro é o de *acusadores*, em resposta à não aceitação das mulheres desse primeiro papel, ou seja, comumente se acusam as mulheres de não colaborarem com os trabalhos em prol da saúde delas.

Um exemplo disso é a indignação nos profissionais, quando a gestante, já tem quatro filhos e “*me aparece*” grávida novamente, ainda mais, quando cada filho é de um pai. [grifos nossos]. Comportamentos como esses escapam às expectativas dos

³⁸ Petchesky, R. e Judd, K. (eds.) *Negotiating Reproductive Rights – Women’s Perspectives Across Countries and Cultures*. Zed Books. London and New York, 1998.

profissionais e imprimem a marca de outro modo de viver, confrontando-se com o ideário da família nuclear burguesa. A situação financeira das mulheres, também se torna um alvo, pois diversas vezes, os profissionais se queixavam da irracionalidade de algumas mulheres, que, sem condições para comer, “*me arrumam mais um filho*” (sic); mexendo com questões próprias dos profissionais.

Nessa relação, os profissionais se tornam representantes do poder, mantendo a mulher e o corpo dela, dada a sua vulnerabilidade social e de gênero, como objetos de investigação e execução. Ocupam também o lugar de críticos às escolhas delas, como se essas fossem fruto apenas de (ir) racionalidade.

Localizamos certa dificuldade de escutar e ser escutado, de lidar com as discordâncias, com os não consensos, permitindo/possibilitando, de certo modo, interpretações prontas. É como se de um lado estivesse a equipe de saúde, não aceitando perguntas e, de outro lado, as mulheres, as quais chegam com uma ideia estereotipada de gestação e parto, muito próximo às representações veiculadas na mídia. Nessa disputa de lados, cada um precisa garantir o seu ‘terreno’.

C.2 Entre as queixantes e as gratificadas

Partindo do princípio, no qual a decisão é do outro, nesse caso, da equipe médica, em diversos momentos, vimos as mulheres ocuparem dois lugares em relação a isso: de *gratificadas* ou *queixantes*.

Todavia, diferente das mulheres do pré-parto, as quais se queixavam demasiadamente, nos grupos de pré-natal de alto risco foi recorrente a expressão: “*não tenho do que reclamar*”. Tal expressão nos remete à seguinte ideia: mesmo quando elas não estão no lugar de reclamantes é a partir dessa negação que elas se posicionam, assim, ora aparecem falas no lugar de *queixante*, ora falas as quais afirmam não haver do que reclamar, indicando um posicionamento -favorável ou não- desse mesmo lugar.

Assim, um modo de participação quando as situações não seguem o curso o qual elas gostariam é a partir da reclamação. Esta posição pode estar relacionada, dentre outros fatores, à entrada da diretora nas enfermeiras dizendo, caso alguém as desrespeitasse, elas precisavam “dar o nome”, mantendo assim, uma relação direta com as mulheres para que elas possam “prestar conta” da equipe.

Em certos casos, a queixa vinha apoiada em uma acusação, denunciando o que não fizeram e deveriam ter feito e, mesmo o que fizeram e não deveriam ter feito. No

entanto, quando questionadas sobre o que elas poderiam fazer para reverter tal situação, esse papel se mantinha. Essa posição, de queixante, pode também nos indicar um lugar de vítima, pois comumente quem presta queixa é a vítima. Ter o que falar vem associado a reclamar, ou seja, a falar de algo que não as contentou durante a assistência.

De modo geral, as reclamações e reivindicações das mulheres, naquele espaço, versam sobre dois eixos: 1) parto normal *versus* cesárea e a 2) a ruptura entre quem faz o pré-natal e quem realiza parto.

Algumas respostas mudavam o foco para a questão do “voto”, sendo feitas afirmações generalizadas como: “*todos roubam*”. Questionamos se o “*todos*”, falado em vários grupos, de certa forma, reproduzem o modo como elas são vistas: todas a partir de sua condição gravídica. Contudo, ao falarem do cenário político, os relatos dão conta de poucas perspectivas e situação polares como “*ou rouba*” ou “*mata*”.

Desse modo, as mulheres também apresentavam um discurso contraditório e ideológico, reproduzindo estereótipias, como quando falavam da “Copa”, do “Governo”, da “cesárea”. Se a equipe mantinha uma visão estereotipada sobre essas mulheres, de certo modo, elas (re) forçavam essa ideia sobre elas mesmas e os demais.

A política à qual algumas se referiram era algo externo a elas: “*eles roubam*”, não sendo aquele espaço – o hospital-maternidade- um local no qual elas podem [ou (re) conhecem que podem] –participar politicamente: entender e viver aquele local como delas.

Sendo assim, associamos o lugar das usuárias do sistema no hospital público ao lugar da reclamação. Em contrapartida, a defesa da instituição, identificada em algumas falas das mulheres, nos remete a uma relação de confiança necessária para elas estarem lá, afinal de contas, elas entrarão com o corpo e o médico com a técnica e o saber. Instaura-se então uma relação de confiança-desconfiança condizente ao saber médico, pois quando elas se deparam com situações-limites, esse saber é visto como o salvador ou é questionado.

A partir do exposto, as problemáticas da relação entre profissionais e mulheres, referem-se às questões individuais e pontuais, sendo os momentos de tensão uma possibilidade de se mostrar as necessidades. Dessa maneira, não há, de nenhuma das partes, um trabalho diretamente focado em uma construção coletiva, no que se refere à decidir sobre as ações, instituindo uma relação, na qual há uma adjunção e consequentemente assunção de papéis, em que as mulheres ocupam o lugar de gratificada ou reclamante e corpo médico, o de quem sabe e decide.

C.3 O cuidado e a medicalização

Alguns relatos, das mulheres, dão indícios de um apelo por ser cuidada, sendo a questão do corpo médico, fazer e decidir por elas, conforme apontamos no tópico anterior, em determinado momento da assistência é entendido como cuidado, não sendo visto como uma invasão ou desconsideração pelo saber delas. Assim, a intervenção médica passa a ser vista, como um maior acolhimento e cuidado. Contribui para isso, o fato de ser uma instituição médica e a valoração social do médico: quanto mais orientação/tutela mais cuidadas elas se sentem.

Desse modo, o que a nosso ver parecia em excesso, e desconsiderava o sujeito com um saber sobre si, comumente era considerado pelas mulheres como um cuidado e uma atenção a mais por parte da equipe, fazendo-nos acreditar que a questão de ser cuidada, de querer e se sentir cuidada, parece ainda, prevalecer sobre ideia de participar ativamente nas decisões.

Contudo, em todos os lugares, com exceção da sala de pré-parto, um incômodo persistia. Havia um cuidado, talvez excessivo, dos profissionais com as pacientes [e/ou com as regras] que desembocava em eles falarem demais [a meu ver] e escutarem muito pouco [a meu ver]. Desse modo, as orientações do que e como fazer e do que e do como não fazer se sobrepunham ao escutar e responder, desconsiderando as demandas das mulheres.

Com isso, hipotetizamos que a “boa paciente” pode ter dificuldades ao chegar à casa, pois não terá prescritores, podendo se sentir insegura. Essa posição de expectadora, é, de certa forma, dar à equipe a responsabilidade pelos cuidados consigo e com o bebê, isentando-se parcial ou totalmente de seu papel, enquanto sujeito capaz de cuidar de si e de outro.

Esse excesso de cuidado, em outra perspectiva, pode ser nomeado como medicalização, tratando comportamentos do cotidiano, como pertencentes ao discurso médico. Sendo assim, ao mesmo tempo, que pode acarretar culpa, por não se atingir o ideal esperado, pode fazer com que os sujeitos, não se responsabilizem por seus comportamentos, já que há sempre outro para ser responsabilizado, justificado pelo e no discurso médico. Dito isso, o discurso médico, ao não ver o sujeito na ação, contribui para que este também não se veja.

A partir desse exposto, vemos duas situações, que remetem a um mesmo comportamento, pois a aparente submissão pode ser não só uma defesa à violência, mas também uma forma de posicionar para ser cuidada.

C.4 Atravessamentos institucionais no cuidado

Outro ponto em comum entre as entrevistadas, diz respeito aos elogios condizentes ao espaço físico do hospital. Comandado por uma OSS e com instalações novas, a diferença visual entre esse local e o hospital municipal, gerido pela prefeitura foi tema recorrente.

Em um momento histórico, no qual a aparência vem ganhando relevância, estar em um local “agradável” parece dar-lhes certa segurança. O fato de não parecer público – para todos- e sim privado- para alguns- pode fornecer um conforto, como se elas também pudessem repartir daquilo que as outras que pagam têm.

Apesar de queixas direcionadas ao relacionamento com os profissionais, a avaliação do atendimento, por grande parte das mulheres, deu-se, também, por conta do acesso aos exames – e não são quaisquer exames – e à estrutura física. Nesse sentido, ganha destaque as questões tecnológicas e hoteleiras.

Aprofundando nosso olhar, nesse jogo de aparências, das imagens as quais circulam, tanto nos cartazes quanto em eventos realizados na instituição, há uma preponderância quase absoluta de mulheres brancas, com seus filhos também brancos e geralmente de olhos azuis, e/ou artistas, havendo um predomínio de mulheres brancas, que estampam campanhas, filmes e mesmo quando são apresentadas palestras. Comumente são mulheres brancas, sorridentes e com um companheiro ao lado, os dois com aliança.

Imagens essas, que não correspondem às das mulheres usuárias do serviço. Em certa ocasião, foi utilizada uma imagem de um bebê branco de olho azul bem alimentado e, conseqüentemente, saudável; e de uma mãe drogada, negra. A partir disso, nos questionamos: qual o modelo de mulher-mãe se está identificando como o ‘ideal’?

Além da cor, as mulheres que vi na maternidade tinham muitas estrias decorrentes da gestação, o semblante parecia cansado e frequentemente reclamavam de inchaço nas pernas e pés. Elas relatavam dores, incômodos e preocupações. Olhar essas mulheres é de certo modo (des) idealizar a gravidez e (des) *glamourizar* a maternidade,

ou seja, elas vivenciam uma gestação muito diferente da que é veiculada na mídia. Será que elas planejaram essa ou aquela?

Tal questão nos possibilita discutir, o fato de as práticas cotidianas não traduzirem o que está posto como lei, seja no que se define como humanização seja como racismo, pois, apesar de este último ser criminalizado, ele aparece nas entrelinhas, mostrando-nos que tais práticas são atravessadas por essa dimensão da violência do processo discriminatório.

É fato que existem responsabilidades e questões psíquicas das mulheres, mas a instituição também se torna coresponsável, a partir do momento em que se presta a fornecer a assistência e o cuidado, sendo ela própria fonte de medo e insegurança nas mulheres.

Essas passagens nos permitem identificar os atravessamentos institucionais, permanentemente, nas relações entre as pessoas, os grupos e a organização, pois a *padronização* da: instituição-mulher, instituição-hospital, instituição-profissionais, instituição-organização se encontra com sujeitos que, a princípio são *diferenciados*, mas nesse encontro acabam por se misturarem e perderem o que os compõem enquanto singulares.

Seguindo essa ideia, comportamentos como: a submissão, os sofrimentos, os gritos, os choros, os silêncios e as situações traumáticas, e a mulher impossibilitada de decidir, seriam de certo modo, resultados da construção de uma modalidade institucional e social de relação, ancoradas nas construções históricas, (re) produzidas nas instituições, tendo como referência direta o modo como o cuidado à mulher foi se construindo e o lugar que a mulher ocupa na sociedade contemporânea.

Núcleo D – Parto e nascimento: decisões e (im) compreensões

D.1. Normal³⁹ x Cesárea

Um ponto mais delimitado da discussão sobre a legitimação do saber médico perante as mulheres pode ser visto nos procedimentos relacionados ao nascimento. Por parte das mulheres, identificamos que as construções sociais e culturais, entrecruzadas

³⁹ Entendemos como necessária a distinção entre parto natural e normal, sendo o primeiro aquele que ocorre “sem o conjunto de intervenções do parto típico no Brasil”, enquanto que o segundo seria mais “próximo ao parto típico, com sua cascata de intervenções” (Diniz, 2001, p.168). Tal distinção se faz importante na medida em que por vezes procedimentos tão distintos são nomeados como sinônimos, conforme constatamos, na presente pesquisa.

com a história individual de cada mulher, possibilitaram representações de parto, diferentes do que hoje se entende como o “mais saudável”.

O modo como cada família, dentro de seu meio social entende o parto, por exemplo, tem repercussões na escolha de uma mulher quanto ao seu parto. Todavia, em tais construções, raramente aparecem questões relacionadas aos movimentos favoráveis ao “parto humanizado”, os quais lutam por um processo o mais natural possível com o mínimo de intervenções e, baseando-se em evidências científicas, apontam a cesárea com um procedimento no qual o risco é cinco vezes maior do que o parto normal, devendo ocorrer apenas por uma indicação médica (OMS, 1996).

Contrapondo-se, ainda, a esses debates, sobre a participação da mulher como protagonista, para que ela tenha controle de seu corpo e de suas escolhas, a participação das mulheres dessa pesquisa, esteve relacionada, as idas às consultas e ao cumprimento das orientações, não sendo uma questão para a grande maioria, a participação como protagonista e a reivindicação desse direito.

A queixa também se torna um meio de participação, conforme já discutimos. Contudo, essa queixa não é atrelada ao parto normal, ao jeito que elas entendem como o “melhor”. A definição de um bom parto apareceu associada diversas vezes a um parto rápido, no qual não se sente dor. Essa questão do tempo, para elas, é um dos pontos para avaliar se um parto é bom ou não: quando é “*rapidinho*” é bom, se é demorado é porque houve “*sofrimento*”. A cesárea, nesse contexto, vista como um procedimento almejado, mas de pouco acesso, coloca as gestantes de alto risco, novamente uma posição especial.

A classe social faz parte da trama de todas elas, mesmo que cada uma tenha uma história diferente. Neste sentido, um ponto em comum, a grande maioria, foi o lugar de destaque, ocupado pelas questões de ordem econômica. Assim, a cesárea apareceu associada a: investimento financeiro – acesso se dá majoritariamente via pagamento; *status*: mulheres com maior poder aquisitivo optam por esse procedimento, então, entende-se que este é o ‘melhor’; questão de igualdade: mulheres com convênio fazem; desigualdade: no SUS se faz normal por economia e, tratamento especial: não é para qualquer mulher.

A não realização de cesáreas, na visão delas, estaria atrelada a questões econômicas em detrimento do que é mais saudável para a mãe e para o bebê. Ao ocuparem esse lugar na trama, elas se colocam no lugar de quem não tem condições para suas “preferências”. E se do outro lado, há mulheres, no ver dessas, as quais

decidem e optam pela cesárea, então este procedimento aparece como o melhor e a cesárea passa a ser uma conquista.

Podemos acrescentar que, para algumas mulheres, aquelas que têm condições financeiras de custear com uma cesárea ou pagar um convênio, em alguma medida, ainda é possível fazer escolhas que resultem no parto que melhor lhe convenha, mesmo que essa escolha seja manipulada, conforme apresentamos em algumas pesquisas. Mas, na instituição pública, quem decide e determina o que é necessário não são elas, elas tampouco participam dessa decisão: entram com o corpo, mas sem direito a voz e voto. Corpo esse, do qual se entende que elas não têm conhecimento e nem controle, ficando a cargo do médico e da biologia o saber e a decisão.

Outro ponto em defesa da cesárea foi o medo do parto normal, principalmente, por complicações que podem acarretar no bebê devido à demora e, também, às dores. Consideramos que o medo, além de estar atrelado à história de cada uma, tem relação com o que circula socialmente, ou seja, 1) a ideia da “cesárea sem dor”, 2) a segurança oferecida pela tecnologia e, 3) respaldada pelo saber médico. Tais questões, de algum modo, “modificam” o natural e nos possibilitam conhecer algumas facetas que impedem ou dificultam a apropriação das mulheres de seu corpo no processo da gestação-parto.

O medo também apareceu muitas vezes, de forma indiscriminada, sendo que para algumas mulheres o parto normal estaria mais próximo à morte; enquanto a cesárea, por se utilizar de tecnologias, foi vista como mais segura. No entanto, para além dos procedimentos, vemos expressos medos em relação à vida e à morte, sendo que o “*sair de mim*” [via vaginal] pode ser amedrontador.

Ademais, perante uma série de sofrimentos enfrentados, muitos decorrentes da própria assistência, e não necessariamente do processo de parto [mas não entendidos e/ou conhecidos dessa forma por elas], a cesárea entra em cena, como uma forma de rápido alívio, de modo a evitar o prolongamento desse sofrimento.

Acerca do protagonismo, tanto na escolha da via de parto, como no desenrolar dos procedimentos, inúmeras falas apontam para o médico, como a já citada: “*vai da pessoa, dos médicos*”. Ora, se “*vai dos médicos*”, o controle e o protagonismo não estão com elas e sim com um terceiro, mesmo quando o procedimento é tido como normal. Nesse cenário, para ser protagonista no parto, é preciso meios institucionais para tanto, mas o que fazer quando esta é uma instituição médica, estando o saber no “outro”, o qual decide pelo protagonismo de outras? Há protagonismo quando a responsabilidade e a decisão externas?

Portanto, por meio das histórias com as quais nos deparamos, vimos que a participação nos processos condizente a uma gestação tem relação com o entrecruzamento entre participação pública e privada na vida cotidiana e também a permissão institucional para tanto. No caso das mulheres dessa pesquisa, a preocupação com o parto se torna evidente quando se está na instituição e nesse momento elas já estão dentro da lógica institucional, e a possibilidade de reivindicação sentindo contração é diminuída.

Talvez, por esse modo, de não escolher sobre os procedimentos, não identificamos diferenças na participação entre as mulheres que tiveram o parto normal, e a cesárea. Mas muitas passam pelas dores de um parto dito “normal”, para depois terem direito à cesárea, levando-as a concluírem que lá eles “*tentam até o último*”.

Posto isso, participar relaciona-se, além de informações, ter possibilidades de escolhas. Nesse caso, a elas não são apresentadas uma gama de possibilidades para escolherem, pois essa é uma tarefa do saber médico, o qual decidirá a partir do que o corpo delas manifesta. Ressaltamos essa visão de corpo, apartada de um sujeito psíquico, pois as indicações para uma cesárea, a título de exemplo, são da ordem do biológico e não por questões psicológicas que possam dificultar um parto normal. Considerando isso, passamos a conceber que o pré-natal seria o lugar onde ainda poderia se “fazer-pensar” diferente ⁴⁰.

D.2 O enigma da Humanização e a Violência Obstétrica

Em conversas informais, alguns profissionais demonstram posições pessoais contrárias a essa que se defende enquanto grupo na instituição. Mas, mesmo não sendo favoráveis ao modo como se trabalha na instituição, a qual tem como carro-chefe o “parto normal humanizado”, nos dizeres das mulheres ‘*a qualquer custo*’, na relação cotidiana de trabalho, eles precisam defender essa posição.

⁴⁰ Ainda pioneiro no Brasil, o pré-natal psicológico “pode configurar-se como um espaço importante de apoio às mulheres, para a “escuta” e a troca de experiências, com a medicação do psicólogo da saúde nas relações de comunicação entre casal, família e equipe” (Arrais, Cabral e Martins, 2012, p.53). Além disso, “(...) se trata, no limite, de estabelecer um novo espaço de compreensão e de uma lógica que ultrapassa os estereótipos de gênero presentes no senso comum, permitindo avanços além da imagem de fragilidade ou de “histeria feminina” (e sua expectativa de resolução solitária), para uma perspectiva de compromisso e apoio mútuo relativo à parentalidade” (p. 74). In.: Arrais, A.R., Cabral, D.S.R. e Martins, M.H.F. (2012) Grupo de pré-natal psicológico – avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. *Encontro: Revista de Psicologia*, v.15, n.22, 53-76.

A frase “*a qualquer custo*” pode ser um indício explicativo para o fato de as mulheres pedirem por uma cesárea, uma vez que, pelas descrições, os partos realizados na instituição, assemelham-se mais à ideia de partos vaginais, alguns violentos, do que partos humanizados, havendo uma série de intervenções para que este seja acelerado, como o uso de comprimidos, o que está em desacordo com o modelo de parto natural, considerado humanizado.

Um exemplo é o “*sorinho da morte*” [uso de ocitocina⁴¹] como um método indutor e acelerador ao parto. Apesar de elas não o nomearem tecnicamente, a expressão “*sorinho da morte*” faz com que as todas que já passaram por tal intervenção a (re) conheça e legitimem a dor da colega por já ter passado por isso.

Tanto nesse procedimento como na episiotomia, em nenhum momento elas são consultadas, todavia, apesar do incomodo por tais procedimentos. Algumas mulheres não se queixam de eles terem sido realizados, e sim, de seus efeitos colaterais, demonstrando uma aceitação como procedimentos de rotina e talvez, um desconhecimento de não ser necessário. No entanto, localizamos uma contradição: elas reclamam da dor do “*sorinho*”, mas querem que o parto seja rápido.

Esse parto “pseudo humanizado” se aproxima mais à “violência obstétrica”. Assim, o que a princípio seria distante, e mesmo oposto, entrelaça-se na medida em que situações de desrespeito, sem possibilidades de fala e escuta, e intervenções desnecessárias, com produto final, o nascimento via parto vaginal, é qualificado como “humanizado”. Em virtude dessas indagações, problematizamos a ideia veiculada, no cotidiano dessa instituição, da via de parto por si só definir o parto como humanizado, havendo inúmeras situações institucionais que envolvem um processo de parto e o modificam de sua ideia original.

Dito isso, a apropriação da instituição, de uma política, que também institucionalizou de certo modo, um movimento social, não traduz em prática, a ação proposta. Como consequência, a ideia vinculada à humanização do parto, presente no discurso institucional, distancia-se de seu cotidiano.

Ainda, a partir da institucionalização de um movimento por uma política, ao mesmo tempo em que se ganha em direitos, legitima-se e se deslegitima modos de viver experiências, burocatizando a “humanização” e classificando-generalizando as

⁴¹ É uma “versão sintética utilizada para induzir ou acelerar o parto”, versão do “hormônio produzido pelo corpo humano e que provoca contrações uterinas” (Diniz & Duarte, 2004, p.164). In: Diniz, S.G & Duarte, A.C. (2004) *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: UNESP.

mulheres. As que podem escolher e não optam pelo procedimento, considerado mais saudável, é entendido, muitas vezes, que lhes faltou informação, então entende-se que as desinformadas precisam ser adequadas à forma.

Se as mulheres não são vistas como sujeitos, sujeitos estes que advêm de culturas diferentes e que têm emoções e desejos que não são universais nem meramente mensuráveis, as medidas humanizadoras poderiam resultar em meros procedimentos técnicos, produzindo efeitos tão deletérios quanto o tratamento tecnocrático que se pretende combater. (Tornquist, 2003, p.426)

Neste sentido, de acordo com Bleger (1984) a instituição “tende a adquirir a mesma estrutura e o mesmo sentido que o problema que se propõe a resolver” (p.62). E, movimentos, os quais, problematizam o *status quo*, podem eles mesmos, se cristalizarem, institucionalizando padrões de comportamento.

Considerando todo o percurso apresentado e as diversas situações, envolvidas no processo de uma gravidez e, conseqüentemente, no parto, a humanização entendida como o momento-processo do parto, torna-se restrita, pois, nesse momento, haverá interferências da relação da mulher com a gravidez, com o (a) companheiro (a), com a instituição, além de outras questões, as quais são independentes da via de parto, mas que podem afetá-la.

Essa ideia possibilitaria à mulher que precisar, por indicações médicas, ou querer, uma cesárea, ações humanizadas e, também uma participação ativa, dentro do possível, em seu parto. Quando falamos em querer, entendemos que, para algumas mulheres, pode ser uma violência, ter um parto natural, e mesmo consciente dos riscos, ela prefira esse procedimento, considerado estar em jogo, neste momento, aspectos conscientes e inconscientes de: vida, morte e sexualidade, atravessados por questões institucionais e situações de incerteza, de medo e desconhecidas. Por essa via, o parto humanizado, oposto da violência obstétrica, pode se tornar uma violência psicológica, caso a mulher o faça por pressões sociais.

A complexidade de tais aspectos difere da ideia de informar conscientemente uma mulher. Temos como hipótese que, mesmo a mulher consciente e informada sobre o procedimento “mais saudável”, pode escolher na contramão disso e, nem por isso ela precisa ser “curada” pela Psicologia, por exemplo. Senão corre-se o risco de essa escolha ser vista como patologias (sexuais) da mulher. Contudo, tais elementos precisam ser investigados com maior rigor em trabalhos posteriores.

Essas considerações fazem frente à possibilidade de cada mulher ter o parto que conseguir-quiser, e isso tem a ver, além de aspectos biológicos, sociais e culturais, com

a história de vida de cada uma. Com isso, torna-se primordial não restringir a humanização à forma de nascimento (normal ou cesárea), mas incluir, sobretudo, um acompanhamento, capaz de olhar as necessidades singularidades de cada mulher.

Um desafio, neste sentido é como trabalhar com esse olhar, em maternidades com plantonistas, estando a mulher sujeita a uma troca de equipe, durante o processo de parto. Tal questionamento leva em consideração a dificuldade observada, nessa instituição, em se criar relações de confiança, quando faz parte da rotina hospitalar essas trocas de plantões e, ainda mais, em hospitais universitários, no qual diversos profissionais passam e muitos nem se apresentam, para as pessoas que examinam.

Dito isso, convém contextualizar a assistência à mulher gestante hoje, na qual a maioria tampouco escolhe e, sim, caminha conforme a sua condição social. De um modo geral, as usuárias do SUS serão submetidas ao parto definido pela instituição. As mulheres portadoras de convênio existem uma grande possibilidade de serem submetidas a uma cesárea eletiva, a fim de garantir, entre outras questões, a presença do médico de confiança. E as mulheres que podem financiar uma equipe “humanizada”, o parto poderá ocorrer em casa ou mesmo no hospital, com mais chances de alguns direitos serem garantidos. Há também as casas de parto, mas com menor expressividade, ainda.

Apesar dessa concentração, acreditamos que haja uma série de componentes que possam afirmar ou questionar tais modelos. A ideia foi compor um cenário, o qual expressasse a existência de uma disputa ideológica e mercadológica, nos dias de hoje, acerca dos tipos de parto. De modo geral, o “parto humanizado”, com acompanhamento singular ao longo da gestação, é viabilizado hoje para as mulheres com maior poder aquisitivo de compra. Mas, mesmo para essas que pagam, não há garantia estendida.

D.3 A morte (in) esperada

Independente do tipo de parto, a impressão, tanto nas políticas como no cotidiano do serviço, é a que morte fica apartada. Contrariando isso, muitos relatos nos mostram a morte ou o medo dela, muito próximo.

Durante os grupos, muitas mulheres do grupo de alto risco, falaram de experiências passadas, mas ainda presentes, em torno da questão vida e morte. O fato de algumas, das quais, conversamos não estarem em sua primeira gestação, elas aproveitaram o momento para contar acerca dessas experiências, visto que, muitas

expectativas atuais, estavam atreladas às lembranças de situações pregressas, as quais comumente envolviam mortes.

Em quase todos os grupos foram rememoradas histórias vivenciadas por elas mesmas ou por conhecidas, acerca dessa temática, fazendo-nos considerar a condição humana nos levando do nascimento à morte. Todavia, a morte seria o grande contraponto ao nascimento apenas superficialmente, pois ao gestar e gerir uma vida nos deparamos com mortes simbólicas.

Além de mortes simbólicas, em alguns casos narrados, a morte se mostrou viva no plano concreto. Como temáticas presentes, elas narravam sobre: morte ao nascer, morte ao parir, morte *a priori*, morte *a posteriori* e paralelamente a isso, uma tentativa de controlar e barrar essa morte por meio do saber, de exames e de médicos, sendo a estrutura física da maternidade, uma grande aliada, para que elas se sentissem seguras. Essa questão da estrutura física, tão recorrente nas falas, pode ser uma busca de uma estrutura externa, capaz de conter alguma possível falha interna, que faz com que mães gerem filhos que não vivam.

Uma das formas de se lidar com essa morte-viva é por meio da negação, como vimos na fala de Amanda quando, ao narrar o nascimento da filha que nasceu morta, a médica continuou ensinando a estagiária a “dar ponto”, como se não estivesse acontecendo nada, ao mesmo tempo em que ela [Amanda] chorava.

Nessa cena, a costura continuou, como se estivessem ali tecidos e técnicos e não um parto seguido de morte, tendo como atores uma mulher, uma equipe e um natimorto. Esse ponto seria, então, o limite, no qual os papéis se desestabilizam, pois uma equipe preparada para lidar com vida e uma mulher pronta para se tornar mãe se deparam com a morte. Podemos ainda pensar em um ocultamento, sendo a dimensão da morte, de difícil contato.

O discurso de Amanda, concernente à gestação atual, por vezes apontava para uma incapacidade dela da qual ela esperava do outro a certificação, quando, por exemplo, ela dizia que alguém deveria fazer algum procedimento, como um ultrassom, para saber se o desenvolvimento da gestação estava normal, esperando da equipe essa resposta. Assim, à possível iminência de um aborto, é preciso encontrar outros responsáveis, que não elas mesmas. Perante tantas queixas e situações incertas, foi comum no discurso, essa tentativa de responsabilizar alguém [seja profissional, familiar ou instituição].

Temos como hipótese, que a postura imperativa por parte da equipe em dizer às mulheres consideradas de alto risco para “*não engravidarem*” pode ter uma de suas raízes aí, pois caso essa mulher insista, eles podem se deparar com uma situação da qual não estão preparados, deixando-os parados, impotentes.

Ainda condizente à equipe, quando eles dizem em “*comunicar com sensibilidade*” e se colocam como referência de como gostariam de receber notícias não esperadas, parece que há uma tentativa de homogeneização/universalização, a qual não se chega, pois mesmo com cuidado nunca saberemos a reação do outro e nem a nossa, diante de situações-limite, de vida e morte.

Aceitar essa imprevisibilidade seria, de certo modo, aceitar que atender com sensibilidade não dá conta de “*segurar*” um sujeito diante de uma perda irreversível.

Do lado da mulher, ao se deparar com sua possível (im) potência, ela tenta a qualquer custo subverter essa sentença: engravida e projeta à equipe a essa (im) potência, caso algo venha a falhar, cabendo a essa a missão de salvar ou matar.

Por essa via, diante das adversidades, os médicos e os exames parecem preencher uma lacuna de modo a lhes dar segurança. Todavia, o médico também pode ocupar o lugar daquele que não conseguiu fazer o diagnóstico antes. Assim, a participação na relação entre essas mulheres e a equipe envolve muitas questões, além da permissão à possibilidade de diálogo. Na defesa de si próprio e contra sua parte mortífera o outro precisa existir para ser projetada nele uma parcela ou toda a –culpa– do que não deu certo, de quem não pode gerar uma vida.

Um fato notório é que, depois dessas experiências dolorosas, as mulheres buscam uma prevenção, visando à realização de inúmeros exames, como se tudo fosse passível de ser detectado, de modo a prevenir, para a mãe que espera vida, não se encontre com a morte.

Em oposição, pelos relatos, é possível afirmar que nem todos esses exames e a equipe mais capacitada e prestativa será capaz de bloquear a morte. Mas, mesmo quando os exames genéticos sentenciam essas mulheres, algumas, subvertem esse saber e têm um filho, que por alguma probabilidade, nasceu saudável. Elas vivem o risco, para quem sabe, o bebê viva e, elas também.

Observamos também, estar em jogo modos de vida diferentes do hegemônico e o “alto risco” que se paga com isso. É possível ainda que, das várias formas de participar, uma delas é “engravidar”; quando todas as circunstâncias estão dadas para que isso não ocorra, elas são informadas e orientadas, e aparecem na instituição, grávidas.

Além disso, muitas das perdas que causam sofrimento e dores nesse processo são incontrolláveis, no entanto, em meio a tantas polêmicas de procedimentos, de assistência e de estrutura, fica difícil para alguém de fora ou até mesmo para quem está na situação diferenciar o que é iatrogenia do sistema do que é inerente à condição humana.

Núcleo D - O lugar da Psicologia

Logo no meu primeiro contato com o diretor, foi possível identificar que nessa instituição, seguindo o modelo vigente, o lugar da Psicologia era na “assistência”, prevalecendo a relação entre problemas de comportamento e a intervenção do psicólogo para ajustar a paciente ao que a instituição espera.

Apesar de se haver uma equipe multiprofissional, as falas dão conta de uma falta de diálogo interdisciplinar. Conforme já exposto, a presente pesquisa não intencionava atender as usuárias por meio de psicoterapia, deste modo, não entendíamos que o meu lugar fosse ao setor de Psicologia –indicado pelo diretor- o qual corresponde aos atendimentos psicoterápicos. Mas, diante do desconhecido, atribui-se sentido a partir do que é familiar ou disseminado socialmente.

Nossa discussão extrapola o âmbito da Psicologia. Buscamos elementos da Psicologia para as questões pertinentes às escolhas no período da gestação, podendo ser de interesse de todos os profissionais e não apenas de uma classe profissional.

O papel do psicólogo, longe de legitimar ou deslegitimar um procedimento, pode ser o de problematizar “o melhor”, de modo a não adjetivar antes do sujeito, possibilitando uma “escuta” da singularidade do sujeito, para além das questões racionais, bem como uma “escuta” das relações entre profissionais e mulheres com os atravessamentos institucionais, havendo também a possibilidade de se trabalhar com os profissionais, a escuta deles, perante as queixas/demandas vivenciadas, no dia-a-dia do serviço.

Assim, ao psicólogo, entendemos que cabe um trabalho, no qual haja espaço de fala e escuta acerca dos medos, dos desejos e das expectativas, podendo este profissional ser um interlocutor nos processos de decisões conjuntas entre equipe de saúde e usuária do sistema, possibilitando uma abertura para os sujeitos se olharem, além das estereotipias, e mesmo o profissional da Psicologia, se distanciar da sua estereotipia de “atender” a demanda que “dá trabalho” para a equipe seguir sua rotina,

pois conforme presenciamos, os aspectos de ordem “subjetiva”, os “psis”, são chamados, quando os comportamentos das mulheres atrapalham o andamento da rotina.

Se a mulher está calma e tranquila, dentro dos padrões esperados pela instituição não é solicitada a psicóloga, para esta, cabe atender aos pedidos de violência, envolvimento com drogas, entre outros, ficando a Psicologia pode como depositária dessa possibilidade de regular esses comportamentos, no entanto, conforme já apontamos, é de outro lugar que vislumbramos o trabalho do psicólogo.

CAPÍTULO SEIS- PALAVRAS FINAIS, MAS ABERTAS À CAMINHADA...

No Brasil, o movimento em prol de uma saúde integral à mulher ganhou força nos anos de 1980 e, muitas das propostas e situações reivindicadas, foram contempladas, pelo menos em formulação e aprovação de leis. Apesar do conceito de integralidade, em uma perspectiva histórica, observa-se que os programas voltados à saúde da mulher, iniciaram-se pelo recorte mulher-reprodutora, e, mesmo com a ampliação para diversas fases da vida, o foco ainda é nessa fase. Na presente tese, seguiu-se essa tendência, ao se estudar a mulher gestante, contudo nosso viés, foi além do corpo, por isso tivemos como central analisar os processos de escolhas, tendo em vista a integralidade numa perspectiva biopsicossocial.

Referente a essa fase da vida, o “Programa de Humanização no pré-natal e nascimento” é um marco institucional na defesa por uma assistência de qualidade, respeitando-se os direitos de cidadania. Paralelo a isso, se fortalecem, nos dias de hoje, inúmeros movimentos sociais favoráveis a um “parto humanizado”. Mesmo com diferenças, é possível identificar algumas defesas em comum, como o respeito aos processos fisiológicos do parto, com o mínimo de intervenções possíveis, visando o protagonismo da mulher.

No entanto, tanto nas pesquisas apresentadas, como na observação e falas de profissionais e mulheres, identificamos uma “polissemia” do que se entende por “humanização”. No cotidiano da instituição pesquisada, por exemplo, em diversos momentos, a fala institucional imprimia uma ideia de “humanização” como sinônimo de parto normal. No entanto, no discurso das mulheres, essa associação não ocorria, sendo que para algumas, o parto normal era associado ao “mais barato”, por isso associado também ao SUS.

Este ponto nos conduz à constatação da existência de uma distinção do entendimento do termo “humanização” conforme os grupos sociais e sua condição econômica. Para mulheres com maior poder aquisitivo de compra, e que de alguma forma, puderam escolher, e se preparar ao longo da gestação, o “parto humanizado” é caracterizado pelo parto natural, sem intervenções desnecessárias, com acompanhamento de doulas, enfermeiras obstetras, obstetras etc. Já, para as mulheres usuárias do SUS, qualquer tipo de parto será determinado pela instituição e mesmo assim, não sendo cesárea, poderá ser chamado de humanizado.

Tais processos nos levam a problematizar a forma como se apresenta a ideia de que o procedimento possa definir se o parto é humanizado ou não, haja vista não ser a forma a condição única para o que se chama de humanização. Constatamos, durante o período em campo, que frequentemente o processo chamado “humanizado” acaba sendo utilizado como sinônimo de parto normal, sem se considerar o acompanhamento dado a cada situação, configurando-se o que temos indicado como uma burocratização e redução do conceito.

A imagem de parto “ideal”, apresentada nos relatos de diversas mulheres dessa pesquisa, seria aquela na qual elas chegassem ao hospital e o processo fosse “rápido”. Tal fato nos remete à representação social que circula a respeito desse momento na vida da mulher, quase sempre relacionado à dor. Novamente, as diferenças entre os grupos sociais se fazem presente em suas preferências. Talvez seja possível delimitar três cenários: enquanto 1) mulheres, com poucas condições financeiras, almejam um tipo de parto muito veiculado na mídia – cesárea –, ao qual 2) as mulheres com plano de saúde (condição financeira melhor do que as anteriores) têm acesso, 3) as mulheres ditas “intelectualizadas” tem recorrido a um parto que fuja desse estereótipo, mas de alto custo financeiro e muito se distancia dos partos realizados no SUS têm, mas pode se aproximar no nome: “humanizado”.

No entanto, para algumas mulheres, aquelas que têm condições financeiras de custear um parto, natural ou cesárea, em alguma medida, ainda é possível fazer escolhas cujo resultado seja um parto que melhor lhes convenha, mesmo diante do apontamento de alguns estudos indicativos ou sugestivos de que tais escolhas sejam manipuladas.

Já, as mulheres entrevistadas, conforme apresentamos, não participavam diretamente da escolha referente à via de nascimento do filho, nem mesmo dos procedimentos realizados. Feitos, tais procedimentos, dessa forma, o corpo da mulher é tomado como única consideração, e a leitura do que nele se manifesta indica como, exclusivamente, a assistência decidirá o procedimento. Assim, a mulher é deslocada à condição de objeto. Nesse momento, o conceito de humanização, entendido no sentido de relação entre seres humanos, teria validade, se assim fosse praticado, para que as mulheres entrassem na relação como capazes de fazer escolhas. Caso contrário, e reconhecendo a potência do discurso médico, o “doutor” se vê no direito de receitar um parto “humanizado” ou uma “cesárea” a um objeto e não a uma pessoa. Ao invés do lema, “meu corpo, minhas regras”, tem-se “meu corpo, regras da instituição”.

Vimos ainda, um ponto em comum, nas defesas de parto normal ou de cesárea, pois ambas partem do pressuposto de que as mulheres/mães precisam de orientações, esclarecimentos e recomendações. Nesse campo, a mulher passa em diversos momentos a ser vista somente pelo corpo, no entanto, é um corpo pouco visto na perspectiva de desejos, movimentos e sexualidade, tornando-se assim um corpo preso pelo saber do outro. Assim, o corpo da mulher é visto a partir de órgãos, sendo que nas conversas entre profissionais e mulheres pouco se aborda sobre sexualidade, e quando o fazem, em geral, volta-se às questões de prevenção.

Parece, com efeito, se manter uma herança da assistência às mulheres pobres, que precisam ser educadas. Mesmo que o discurso tenha mudado, as práticas ainda se valem, em parte, desse ideário higienista.

Ademais, na relação entre gêneros, constatamos que inúmeras vezes as mulheres vivem situações de opressão, de abandono, as quais acabam se reproduzindo na instituição com os profissionais, representantes do discurso médico. Constatada essa hierarquia em função de gênero e desqualificação do feminino, isso tem também função de impedimento na escolha.

Diante dessas situações exemplificadas, questionamos se uma cesárea, a depender das condições, pode respeitar o sujeito nas dimensões biopsicossocial e se o parto dito “normal”, contraponto da medicalização e favorável a uma assistência humanizada, quando passa a ser “institucionalizado” e posto como diretriz a ser seguida, tornando-se uma norma, pode demonstrar mais um episódio no qual a mulher é vista estritamente pelo corpo biológico e com pouco poder de escolha.

Dada essa conjuntura, entendemos que, para se trabalhar com “humanização”, é fundamental considerar a imprevisibilidade, a possibilidade de algo se desviar do esperado, fugindo dos protocolos; caso contrário, além da violência obstétrica, poderíamos pensar na violência “pseudo” humanizada, em que se tenta de uma forma enrijecida cumprir na prática o que está no papel, se distanciando dos contextos e marginalizando quem não “esta de acordo com o já esperado”, havendo deste modo, uma rigidez da “humanização”.

Além do mais, os relatos e as pesquisas reforçam a impossibilidade de universalizar o que é ser mãe e como ser participativa nesse momento da gestação, haja vista, a título de ilustração, que uma mesma mulher é diferente a cada gestação. Não havendo esse modelo universal de mulher, cada uma estabelecerá uma relação singular com seu corpo em determinado momento da vida, por meio de seus aspectos subjetivos,

materiais, sociais, entre outros e, conseqüentemente, isso terá resquícios em sua maternagem, somando-se a isso as possíveis variabilidades dos desdobramentos fisiológicos. Isso faz com que não se tenha, no caso do parto, um método capaz de ser o melhor para todas, considerando o sujeito e não somente os comportamentos.

Todavia, em grande parte, as políticas e, conseqüentemente, seus programas parecem contemplar, ainda, um modelo único de mãe, carregado de idealizações, e esperado por sua vez, pelas equipes de saúde. Este ponto, das mulheres que não seguem os padrões estabelecidos institucionalmente, nos faz então refletir acerca da particularização do universal, ou seja, de como desenvolver meios possíveis para que políticas universais se encontrem com sujeitos diferenciados entre si.

Portanto, nos isentamos de defender uma ou outra via de parto, até porque ao longo de nossas discussões, entendemos que a qualidade de um parto depende de inúmeras variáveis. Deste modo, nossa defesa é por um parto respeitoso, e para isso, a primeira a se posicionar sobre o que pensa deva ser a mulher, para posteriormente em conversas com quem estiver lhes “atendendo” decidirem o que melhor convenha a cada caso, mas sem perder de vista que, em se tratando de nascimento, o controle total não existe e o imprevisto é próprio do humano.

REFERÊNCIAS⁴²

- Agência do Senado (2013, de 25 de setembro). Recuperado em 26 de abril de 2013, de <http://legis.senado.gov.br/sicon/index.jsp> 26.-4.2014
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (2015) Estímulo ao parto normal – organização da atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Rio de Janeiro.
- Ayres, J.R.C. M. (2007) Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS. Rev.Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 43-62.
- Barbosa, R.H.S. (2001) *Mulheres, Reprodução e AIDS: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Becker, H. (1999) Sobre Metodologia. In: Becker, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais* (pp. 17-46). São Paulo: Hucitec.
- Bleger, J. (1984) Psicologia Institucional. In: Bleger, J. (1984) *Psico-higiene e psicologia institucional*. (E.O. Diehl, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleger, (1989/1991) O grupo na instituição e o grupo como instituição. In.: Kaes, R., Bleger, J., Enriquez, E., Fornari, F., Fustier, P., Roussillon, R. & Vidal, J.P (1989/1991). *A Instituição e as instituições*. (J.P. Neto, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brasil. Presidência da República- Secretaria especial de políticas para as mulheres (2004). *Plano nacional de políticas para as mulheres*. E. Brasília: Secretaria especial de políticas para as mulheres.
- Camargo Junior, K. R. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 15, supl., pp. 177-201, 2005.
- Campos, R.T.O & Campos, G.W.S.C (2009) Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G.W.S.Campo (org.) *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 669-688). Hucitec, Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Canesqui, A. (1987) *Assistência médica e à saúde e reprodução humana*. Núcleo de Estudos de População, NEPO, 13. Campinas: Unicamp.

⁴² De acordo com o estilo APA-American Psychological Association

- Castro, M.R. (2014) *Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Clavreul, J. (1978,1983) *A ordem médica. Poder e Impotência do Discurso Médico*. (Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, J.G. Noujaim, M.A.C. Jorge, P.M.S. Jr, trad.), São Paulo:Brasiliense.
- Constituição da República Federativa do Brasil* (1934, 17 de julho) Recuperado em 84 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm
- Cordeiro, S.N e Sabatino, H. (1970) *A humanização do parto*. In.: Tedesco, Zugaib e Quayle. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu
- Decreto nº 69.514* (1971, de 09 de novembro). Dispõe a execução de medidas de proteção materno-infantil e dá outras providências. Brasília. DF: Presidência da República.
- Dejours, C (1986) Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14).
- Deslandes, S.F (2004) Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (1)7-14.
- Dias, M.A.B & Deslandes, S.F (2006) Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (12), 2647-2655.
- Diniz, S.C.G. (2001) *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Diniz, S.G & Duarte, A.C. (2004) *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. São Paulo: UNESP.
- D'orsi, E. (2003) *Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade de atenção ao parto no município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

- Figueiredo, B.; Costa, R. Pacheco, A. (2002) Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise Psicológica*, 2 (XX) 203-217.
- Figueiredo, N.S.T., Barbosa, M.C.A., Silva, T.A., Passarini, T. M., Lana, B.N, Barreto, J. (2010) Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista, Juiz de Fora, 36 (4) 296-306.
- Filho, E.N. (1997) Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In.: Tedesco, Zugaib e Quayle. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu.
- Griboski, R.A. & Guillhem, D. (2006) Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização do parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm.* , 15 (1), 107 – 114.
- Guerreiro, I.A.Z. (2006). *Aspectos Éticos das Pesquisas Qualitativas em Saúde*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Helman, C.G. (2007/2009) Cuidado e cura: os setores de atenção à saúde. In: Helman, C.G. (2009) *Cultura, Saúde e Doença*. (A.R. Rose, trad.), 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Helman, C.G. (2007/2009) Interações médico-paciente. In: Helman, C.G. (2009) *Cultura, Saúde e Doença*. (A.R. Rose, trad.), 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Helman, C.G. (2007/2009) Gênero e Reprodução. In: Helman, C.G. (2009) *Cultura, Saúde e Doença*. (A.R. Rose, trad.), 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Helman, C.G. (2007/2009) Ritual e manejo do infortúnio. In: Helman, C.G. (2009) *Cultura, Saúde e Doença*. (A.R. Rose, trad.), 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Helman, C.G. (2007/2009) Cuidado e cura: os setores de atenção à saúde. In: Helman, C.G. (2009) *Cultura, Saúde e Doença*. (A.R. Rose, trad.), 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Helman, C.G. (2007/2009) Antropologia médica e saúde global. In: Helman, C.G. (2009) *Cultura, Saúde e Doença*. (A.R. Rose, trad.), 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Hotimsky, S.N., Rattner, D, Venancio, S.I., Bógus, C.C. & Miranda, M.M. (2002) O parto como eu vejo...ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5), 1303-1311.

Lei n. 2014, de 17 de fevereiro de 1940 (1940, 17 de fevereiro). Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o país. *Diário Oficial da União*.

Lei n. 7353, de 29 de agosto de 1985 (1985, 29 de agosto). Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 10 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/L7353.htm

Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990 (1990, de 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Lei n. 8212 de 24 de julho de 1991 (1991, de 24 de julho). Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 10 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm.

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (1991, 24 de julho). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 10 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

Lei n. 8861 de 26 de março de 1994 (1994, 26 de março). Dá nova redação aos arts. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24 julho de 1991, e os arts 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 julho de 1991, todos pertinentes à licença-maternidade. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 12 de abril de 2014, de <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/12088488/lei-n-8861-de-25-de-marco-de-1994>

Lei n. 9263 de 12 de janeiro de 1996 (1996, 12 de janeiro) Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 10 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005 (2005, 7 de abril) Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 10 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

Lei n. 11.634 de 27 de dezembro de 2007 (2007, 27 de dezembro). Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 10 de abril de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

Marcondes, W.B. (2004) A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade* 13 (1) 5-13.

Martins (2008) A. P. V. “Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 15 (1), p.135-154, jan.-mar.

Ministério da Saúde (1975) *Anais da V conferência nacional de saúde*. Brasília, DF: Autor.

_____ (1985) *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília: DF: Autor.

_____ (2002) *Programa – Humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília: DF: Autor.

_____ (2004) *Política nacional de humanização – HumanizaSUS*. Brasília: DF: Autor.

_____ (2011) *Iniciativa hospital amigo da criança*. Brasília. DF: Autor.

_____ (2011) *Alguns documentos introdutórios sobre a rede cegonha – distribuição na oficina rede cegonha no seminário do CONASEMS*. Brasília: DF: Autor.

Morais, F.R.R.(2010) A humanização no parto e nascimento: os saberes e as práticas nos contextos de uma maternidade pública brasileira. Tese de Doutorado, Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.

Nagahama, E.E.I & Santiago, S.M. (2005) A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3), 651-657.

Organização Mundial de Saúde (1996) *Maternidade segura- assistência ao parto normal*:

um guia prático. Genebra: Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura.

Pereira, R.R., Franco, S.C., & Baldin, N. (2011). Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde e Sociedade*, 20(3), 579-589.

Portaria/ GM n. 985 (1999,05 de agosto). Considera a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade; que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal; a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis. *Diário Oficial da União*.

Portaria GM/MS nº 985 (1999, de 05 de agosto) Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. Brasília, DF: Ministro da Saúde.

Portaria GM/MS n.º 569 (2000, 01 de junho). Institui sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministro de Estado da Saúde.

Portaria GM/MS nº 572 (2000, de 01 junho) Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Brasília, DF: Ministro da Saúde.

Portaria/GM n. 560 (2000, 1 de junho) Institui o Programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN). *Diário Oficial da União*.

Portaria/GM n. 1559 (2006, de 24 de junho) Institui a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*.

Quayle, J. (1997) Óbito fetal e anomalias fetais: repercussões emocionais maternas. In.: Tedesco, Zugaib e Quayle. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu.

Riechelmann, J.C. (1997) A mulher atual: perspectivas frente à gestação. In.: Tedesco, Zugaib e Quayle. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu.

Rodrigues, A.V. & Siqueira, A.A.F. (2008) Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 8 (2) 179-186.

- Scraiber, L.B (2008) Prefácio. In: Viera, E.M. *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Sato, L. & Souza, M.P.R. (2001) Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia, *Psicologia USP*, 12(2) 29-47.
- Scott, A.S. (2013) O caleidoscópio dos arranjos familiares. In.: Pinski, C.B. & Pedro, J.P. (orgs). *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Setúbal, M.S. (2009) Relato da história da inserção e evolução do atendimento psicológico a bebês e suas famílias em uma Unidade de Neonatologia. *Rev. Paul. Pediatr*, 27 (3), 340-4.
- Sodré, T., Bonadio, I.C., Jesus, M.C.P., Merighi, M.A.B. (2010) Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina- Paraná. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 19 (3), 452-60.
- Soifer, R.R. (1980,1986) *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (I.V. Carvalho, trad.), 4ª edição, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Spink, P.K. (2003) Pesquisa de campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista, *Psicologia & Sociedade*, 15(2) 18-42.
- Spink, P.K. (2008) O pesquisador conversador no cotidiano, *Psicologia & Sociedade*, 20 (Edição Especial) 70-77.
- Temporão, J. (Locutor). (2011) Palestra proferida no II Seminário Internacional A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros transtornos – Novas Capturas, antigos diagnósticos na “Era dos Transtornos” na cidade de São Paulo em 2011.
- Tornquist, C.S. (2003) Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde P*, 19 (Sup.2) 419-427.
- Tornquist (2004) *Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de Doutorado Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis.
- Victoria, G.C. (2011) Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e discurso. *Saúde.Soc. São Paulo*, 10 (1), 104-112.

- Vieira, E.M. (2008) *A medicalização do corpo feminino*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Zambrano, E., Barizon, J.B, Luchesi, L.B., Santos, C.B. & Gomes, F.A. (2003) Cesárea: percepções da puérpera frente à escolha do tipo de parto. *R Enferm UERJ*, 11, 117.
- Zugain, M. (1997) O tocoginecologista na intimidade feminina. In.: Tedesco, Zugaib e Quayle. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu.
- Westphal, M.F (2009) Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. . In: Campos, G.W.S.Campo (org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec, Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Winnicott, D.W. (1988/2012) *O bebê e suas mães*. (J.L.Camargo, trad., M.H.S.Patto, ver. Técnica), 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Yunes, J., Finkelman,J. (1986) Apresentação. Organização Mundial de Saúde (1996) *Maternidade segura- assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bleger, J. (1982) *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.

Bleger, J. (2006) *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)* (1ª Ed. 31ª reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión. (Trabalho original publicado em 1985).

Scarcelli, I.R. (2011) *Entre o hospício e a cidade – dilemas no campo da saúde mental*. São Paulo: Zagadoni.

Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 340-357.

Scarcelli, I.R. (2014) Psicologia social e políticas públicas: formação em saúde como questão emblemática. In *Trabalhos completos*, Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.

Pichon-Rivière (1986) *O processo grupal*. São Paulo: Martins

APÊNDICES

Apêndice A- Transcrição dos Grupos

Grupo 1

Paloma- Meu nome é Paloma, tenho 26 anos, moro aqui mesmo [diz o nome da cidade], é, passo aqui porque sou hipertensa e a minha primeira filha mais nova eu tive hipertensão, então agora no segundo filho, a eu acho que eu estou com dois meses, vai fazer três meses semana que vem.

Fabiana- Eu sou Fabiana, é moro aqui [diz o nome da cidade] também, tenho 32 anos, estou passando aqui também porque eu tô com a pressão alta eu tô no quinto mês, no sexto mês de gravidez.

Amanda- E eu sou a Amanda, tenho 25 anos, eu passo aqui porque também tenho pressão alta e perdi um nenê com nove meses já e tô no meu quinto mês de gestação, aí por isso, o médico quis que eu passasse porque a tenho a pressão alta que a minha nenê é, morreu, né, por isso que ela veio a falecer.

Pesquisadora- Você não teve esse acompanhamento?

Amanda- Não, eu passei, eu tive acompanhamento no posto, normal, aí com sete meses a minha pressão começou a ficar alta, eu fiquei muito inchada, muito inchada mesmo e aí ninguém, eu comecei a tomar medicamento, só que quando faltava uma semana ela morreu na minha barriga, aí eu tive que fazer parto normal, mesmo, eles induziram parto normal e ela nasceu.

Pesquisadora- E isso foi quando?

Amanda- Tem um ano e pouco, um ano e quatro meses, e agora tô grávida de um menino, era uma menina e agora tô grávida de um menino, mas...

Paloma- Nossa, mas eles não quiseram tiver o seu nenê?

Amanda- [Silêncio]. Não eu vim aqui.

Paloma- Estranho, né.

Amanda- Eu acho que uma sepaloma antes eu vim porque eu tava perdendo liquido e demorou para ele escutar o coraçãozinho do meu bebê, mas mesmo assim depois foi troca de plantão e eles falaram que tava tudo bem, eu voltei para casa, era meu primeiro filho então eu não, né, mãe de primeira viagem não sabia, voltei para casa isso na sexta, quando foi na terça que eu fui passar no médico, no posto, ele não ouviu o coraçãozinho da minha bebê, vim para cá, demorou aqui para ser atendido, aí eles

fizeram uma ultrassom, fizeram esse aparelhinho, fizeram um ultrassom e aí descobriram que ela já tava morta, então não. É, difícil.

[Silêncio].

Pesquisadora- E como que vocês veem a participação de vocês nas decisões que acontecem durante a gestação, dentro de uma instituição?

Paloma- Como assim?

Pesquisadora- Das decisões que são tomadas, né, em relação à consulta, em relação aos procedimentos, como que vocês participam disso?

Paloma- A gente não participa, né.

Amanda- É.

Paloma- A gente tem que ir lá, marcar e esperar chamar. Uma consulta para fazer pré-natal é, ultrassom hoje, se você marca pelo posto, você marca agora para fazer ultrassom daqui uns dois, três meses.

Amanda- Aqui, aqui fica mais fácil, né fazer, porque a médica mesmo que passa e aí já fiz já duas, duas ultrassom para ver como que tá, tudo tá, graças a Deus tá tudo certo e aqui fica mais fácil você passando aqui, só que e as mães que não tem, que acha que não tem nada, que nem eu achava que eu não tinha nada e passa no posto e se você não tiver um dinheiro para pagar uma ultrassom para saber como o seu bebê tá.

Paloma- Da minha primeira filha eu paguei todas.

Amanda- A minha também, eu paguei.

Paloma- No meu caso foi diferente, no meu caso eu nem sabia que tava com problema de pressão, daí fui na consulta de rotina do pré-natal e daí ela falou que a minha pressão tava subindo, ela já me encaminhou para fazer o tratamento aqui, porque ela falou que quando sobe a pressão considera como gravidez de risco. Da minha primeira filha na hora do parto a pressão subiu, é muito perigoso isso e o parto da minha filha foi lá no hospital [hospital municipal da cidade] e eles tentaram normal só que ela era muito grande, eu não tinha dilatação, mesmo assim, fui internada nove horas da manhã e eles tentaram, é, colocaram, soro, essas coisas, todo mundo tentando fazer o normal para economizar mesmo, porque gera uma economia, né, não fazer cesárea para o Estado, e tipo, nisso, eu tive pré-eclampsia, dia por causa disso, desse fato aí, com a gravidez da minha filha, aí ela me encaminhou para fazer o tratamento aqui.

Pesquisadora- E aí com essa filha, como que foi depois? Teve o parto como?

Paloma- É, cesárea, mais porque o pessoal já tava estourando mesmo, daí na hora do, depois quando mediram a pressão que tava muito alta, foi um corre-corre e

graças a Deus que tem até esse recurso agora, porque senão seria mais uma gravidez que eu ia ter que ir até o final tentando o normal, e de repente não tiver dilatação também, para mim eu acho que é até bom porque aí esse problema de pressão durante a gestação do que esperar até a hora do parto.

Amanda- Também acho.

Fabiana- Tem lugar que às vezes as pessoas não tem nem passagem para ter normal e eles ficam forçando, forçando, aí às vezes leva o óbito da criança, também.

Pesquisadora- E o que vocês pensam sobre essa situação?

Paloma- Nossa, a gente tem tantos problemas.

Amanda- Principalmente aqui. É quando você passa aqui, porque, por exemplo, passar aqui para eles poder avaliar, né, e às vezes eles falam que tá tudo bem, que bem a moça que tá aqui comigo, ela é sobrinha do meu marido, eles falaram que o nenê dela tava tudo bem, ela voltou para casa, eles foram almoçar, deixaram ela lá, falou assim, ainda falou assim para ela, é, não vai o nenê nascer agora porque nós vamos almoçar, isso não é coisa que se fala, o que você vai fazer se o seu filho sair? Ele não chorava quando nasceu, entendeu? A pessoa tem que ter, até você, eles falam que está tudo bem para você voltar para casa e não tá na hora, não quer internar você porque às vezes tá cheio também, entendeu, então, eu acho isso.

Paloma- Mais isso vai da diretoria do hospital, né. É, como que se diz, induzir aos médicos esse tratamento com os usuários, né, porque não é possível, é um descaso muito assim, é impossível que todos os médicos seja assim desumano, eu acredito que seja da diretoria do hospital mesmo, para atender em ultimo caso quando estiver morrendo.

Pesquisadora- Quando você fala desumano...

Paloma- Desumano assim que eu falo no sentido assim é que nem no meu caso, fiquei lá sofrendo o dia inteiro, o meu filho já tinha passado dois dia da hora dele nascer, aí ficar tentando forçar uma coisa que poderia levar ao óbito ou da mãe ou o meu ou da minha filha, no caso, então eu acho isso um tratamento desumano, porque quando corre o risco de vida mesmo, o risco de morte do ser humano deixa de ser uma coisa assim, se for uma fatalidade tudo bem, agora uma coisa que pode se evitar, eu isso que é muito desumano.

Fabiana- Verdade.

Amanda- Porque até a minha bebê já tava se enrolando no cordão do pescoço dela, se eles tivesse feito uma ultrassom o dia que eu vim talvez isso não tivesse

acontecido, né, só que aí para eles assim, vai ficar, eles vão esquecer, e eu vou voltar para casa e ver tudo da minha filha lá, né, eu deixei tudo arrumado, minha bolsa estava tudo arrumada então, eles vão esquecer porque eu não fui a primeira e nem vou ser a última, mas e eu que tenho que voltar para casa? E o meu marido que é o primeiro filho dele, também? Entendeu? Então é muito difícil. Muito difícil, mesmo.

Fabiana- Porque o médico está acostumado falecer.

Amanda- É, então.

Paloma- Engraçado que igual seu caso, é uma moça que tava conversando comigo na sala de medicação, é a mesma coisa, nove meses.

Amanda- Você volta para casa esperando, porque era a minha primeira filha, eu comprei tudo o que eu, sabe? Fiz o melhor que eu pude, e eu voltar para casa sem a minha filha, ninguém viu isso, entendeu? Choro.

Fabiana- Aqui também a minha prima teve o nenê dela com um ano agora cortaram o cordão umbilical do lado errado, o menininho começou a ficar roxo, eles queriam entubar aí a médica chegou e cortou direito e brigou com a enfermeira, já pensou se a médica não entrasse na hora? Eu acho que tem que ter pessoas mais capacitadas na hora dos nossos partos, esse povo só enfermeiro, enfermeiro, já pensou se ela não tivesse chego na hora?

Amanda- E também tem muito caso na televisão, é enfermeiro que troca medicação, essas coisas.

Fabiana- E não é só caso de hospital assim, meu priminho morreu de seis meses, seis anos, foi para o hospital na [diz o nome de um bairro nobre] tomar o medicamento para bronquite, quando chegou lá deram uma outra injeção, já saiu lá de coma, então é todos os hospitais assim.

Pesquisadora- Quando você fala hospitais assim...

Fabiana- É todos.

Paloma- Não é só da rede pública.

Fabiana- Não, é todos.

Paloma- É falta de monitoramento eu acredito, de pessoa que é, médico-chefe, porque sempre tem, né, tem os estagiários e os médico-chefe, eu acho que tem que ser mais selecionado, tanto é que o Brasil está indo buscar médico não sei onde, ninguém conhece, ninguém sabe da onde veio, é, que tem que tem, é, como que se fala, a mesma coisa de uma creche, tem que ter aquela avaliação para ver se aquele funcionário tem

capacidade de exercer bem a profissão, em todo lugar é assim, né, aí eu acredito que tenha que ter uma, um monitoramento.

Amanda- Sem contar que às vezes é muitas horas de trabalho, a pessoa fica muito tempo, cansa, cansando, estressa, porque todo lugar estressa, né, então a pessoa tem que ver e não dá para um médico ficar 12 horas trabalhando, com sabe, com milhares de pessoas, porque ele estressa, estressa a gente quando a gente trabalha oito horas por dia e às vezes tem lugar que, né, quem trabalha com PS estressa mesmo, imagine, né, você vê todo dia, você não aguenta, tem que também ter a quantidade para a pessoa também, porque senão.

Paloma- É igual falam assim que eles acham que é caro ter o parto, é o cesáreo porque prefere o normal, engraçado que arrumaram dinheiro tão fácil para a copa, para os estádios, para várias coisas, da onde que surgiu o dinheiro e não tem dinheiro para investir na gente? Não tem dinheiro para investir na educação dos filhos da gente? Da onde que surge tanta coisa? E para nós? Estamos esquecidos no Brasil? Somos invisíveis? Eu acho que somos.

Pesquisadora – Vocês se sentem esquecidas e invisíveis?

Amanda- Com certeza.

Paloma- Na área da educação e da saúde nós somos invisíveis. Quem não se sente?

Amanda- Eles acharam dinheiro, que é dinheiro da gente todo mundo sabe disso.

Paloma- E milhões.

Amanda- Todo mundo sabe que é dinheiro da gente e antes dessa copa, porque não em vez de ter feito estádio novo não fez hospital? Melhorou entendeu os hospitais que já tem.

Paloma- Creche.

Amanda- Porque esse dinheiro eles falam que é fora, que eles roubam, né, que eles não vai dar tudo pros estádios, não vai ficar com nenhum no bolso deles, fora, né, eu quero ver um filho deles ficar doente e trazer aqui nesse hospital. A mulher está grávida e vai trazer aqui no hospital? Claro que não, né. Vai para o Sirio Libanes, né, vai para fora dos pais, vai fazer enxoval para lá. É um absurdo isso.

Fabiana- Eu acredito que tudo também vai da diretoria do hospital, se não tiver uma boa direção e pessoas como eu posso dizer

Paloma- Capacitada.

Fabiana- Não é nem capacitada e sim bem intencionadas.

Amanda- Humana, né, que olha para os outros. Porque assim pode ser, poderia ser eu, então você se colocar no lugar da outra pessoa, podia ser eu, podia ser um filho meu, né, então a pessoa tem que ser mais humana, se colocar no lugar da outra, não é só pensar em você, em você, em você. Quando a gente pensa só na gente esquece o outro, eu posso ter uma cesárea e ela não pode por quê? Né? Então a pessoa tem que ver isso, se eu não consigo ter normal e ela também não porque eu posso e ela não? Éééé, complicado.

[Silêncio].

Pesquisadora- E diante desse quadro, o que vocês poderiam fazer para mudar?

Paloma- Nós?

Risos (geral)

Paloma- É porque eles falam, vocês tem que votar melhor. Votar em quem? Todos roubam.

Amanda- Na hora do voto como é que a gente vai adivinhar? E quem é que vai estar lá vendo o dinheiro e não vai roubar? Não tem como, porque se você não rouba você morre, porque eles matam, eles não querem nem saber.

Fabiana- Igual o [diz o nome de um prefeito encontrado morto].

Amanda- Igual ele. Não tem como. Se você não rouba, eles matam. Ou você rouba, é melhor você roubar, ficar com o dinheiro, que nem o Tiririca falou, eu não quero mais porque tá vendo que você quer fazer e o povo só que tem que votar, fazer votação não sei na onde, eles aceitar a Lei, então isso não existe, aí fala, as pessoas não pode fazer nada e a gente vota, vão roubar do mesmo jeito, qualquer um rouba que chega lá, porque se não roubar, morre, é melhor roubar porque pelo menos vai ficar com o dinheiro no bolso, se morrer não tem ninguém da sua família, ter que chorar, você chora hoje e amanhã cala, né. Só que as pessoas às vezes que nem fala assim, uma mulher, às vezes a mulher chora, mas e a mãe? né, uma mãe jamais vai esquecer do seu filho, né, tem mãe e mães, né, mais eu acho assim que mãe mesmo você não vai esquecer do seu filho, então eu acho que não tem como nós fazer nada porque todos roubam.

Fabiana- Tem aquelas notas de atendimento, mas eu acredito que aquilo não muda em nada.

Pesquisadora- Nota?

Fabiana- É. Sugestão, essas coisas, eu acredito que esses negócio não muda em nada, apesar que agora, primeira vez que eu tô passando aqui, tô achando assim, o

ambiente muito bom, é lindo, você vê a limpeza, não é igual o hospital [municipal], você vê a diferença, até no ar, no jeito, né.

Risos

Amanda- Pelo menos nessa parte tá assim, agora de atendimento, que nem, no momento eu tô passando só com a doutora, por enquanto tá ótimo, mas e daqui para frente?

Paloma- O meu medo não é com ela, o meu medo é depois quando eu for ter e lá?

Fabiana- Aí, o meu foi muito tranquilo o meu filho. Eu acho que vai da pessoa, dos médicos. Eu tive a minha filha aqui, não tenho do que reclamar.

Amanda- Então, depois que eu internei eu também não tenho nada a falar porque assim eles foram muito bom, é, é psicólogo passou comigo, sabe, só que eu não sou muito de falar, então eu falei que não queria, eles, que nem eu fiquei muito nervosa, eles me deram um calmante, entendeu? Eles foram muito bom, eles viram que eu não conhecia, eu não tinha dor, então eles aumentaram, rapidinho eu tive, entendeu? Mais eu tô falando assim do antes, quando você tá lá dentro, o atendimento eu não tenho o que falar mesmo, não tenho mesmo, foram todo mundo muito bom comigo, ético, todo mundo, agora o problema é ali, é aquela salinha para se internar. Eu já vi, a mulher que tava no dia, antes de eu passar, tava sangrando e eles não, sabe, ela já tava, tinha um monte de gente a roupa dela tava tudo suja e eles demoraram para, sabia que ela já tava perdendo, mandou ela esperar por que?

Paloma- Ali aquela salinha.

Amanda- Ali é o terror. O meu medo é ali.

Paloma- Mais é.

Pesquisadora- Vocês falam a sala de..

Amanda- Que passa antes no médico para ver se ele vai internar, se não tem, o meu medo é ali.

Paloma- É muito médico conversando.

Amanda- Médico conversando, olha no celular, mau olha na sua cara, que nem quando eu vim.

Paloma- Eu vim já vai fazer 15 dias no domingo que eu cheguei aqui, foi no dia do velório do meu sogro, aí eu cheguei aqui eu tava com a minha pressão 18x9, aí tava eu acho que quatro médico conversando lá dentro e um monte de gente, eu cheguei aqui duas horas, eu fui atendida ia dar cinco e um monte de médico conversando lá dentro, aí

foi um rapaz, bateu na porta e xingou todos os médicos, nossa, rapidinho começou a atender, rapidinho.

Amanda- É, dá medo, um dia que eu tava aqui, quase que quebra a porta.

Paloma- Aí quando você chega lá dentro às vezes não é nem bem atendida.

Fabiana – É aquele lugar atrás do balcão, ali?

Amanda- É, como que fala, é a emergência. Ali, que tem um mês atrás que minha pressão também, aí o bombeiro que me trouxe na ambulância, para você ver que eu passei mal no ônibus, ele, ela olhou assim e falou, o que é que você tem? Assim, eu passei mal, né, com a pressão, mediu, ah tá, tá tomando, perguntou a vitamina, tentou ouvir o coração, aí já me dá um desespero, que eu acho que eu fiquei tão traumatizada, que quando você põe aquele negócio e não escuta, a doutora (do pré-natal) ela já sabe, ela fala tá tudo bem, aqui, ela já fala, vamos ouvir, eu falei que, porque me dá já um desespero tão grande, eu fico achando que tá acontecendo alguma coisa, aí ela, que ela não ouviu, aí é porque é pequenininho, eu falei não moça, faz alguma coisa, eu só saio daqui quando você ouvir porque senão eu não saio, aí ela foi, tentou, tentou aí ela ouviu, aí eu falei agora eu vou embora, foi o que ela fez, ela falou, não tá tudo certo, não sei o que, eu falei, eu não, eu só saio daqui quando eu ouvi porque senão alguém vai fazer um ultrassom, alguém vai fazer alguma coisa porque, eu acho que é porque eu passei e isso ficou na minha mente que se eu não escutar o coraçãozinho não tá bem, às vezes é porque.

Fabiana- Tá certo, se você já passou por isso uma vez.

Amanda- É, ela falou, aí é porque tá pequenininho, eu disse tá pequenininho, mas eu já ouvi, a doutora (do pré-natal) passou, já ouviu e ele tava menor que isso, então você escuta porque eu não, e ó que eu tava sozinha, hein, eu falei não.

Fabiana- As cesárea, o parto aqui é o médico que acompanha?

Amanda- O meu foi o médico. E da moça também, uma amiga minha que ela tem um tumor na cabeça, ela passava com a doutora (do pré-natal) e do doutor (disse o nome de um dos médicos) fazia o ultrassom dela, passava com ela e ela teve pneumonia e também, com seis meses ele queria tirar o nenê dela, só que aí a pressão dela tava ficava 22, bem alta e então ele queria tirar para ver se ela, e ela falou, ninguém vai tirar o meu bebê e aí ela continuou e eu vim visitar ela, eu achei que ela ia morrer porque pelos tubos que tava nela, aí tudo a tosse que ela tossia, parecia que tava tudo saindo por dentro dela e graças a Deus ela melhorou, a nenê dela se você ver, vai fazer dois aninhos, é muito inteligente, eu falei assim, se ela tivesse tirado, né, estava com meio

quilo, seis meses, eu acho que ela não ia sobreviver, eu falei, o meu, eu tô com cinco meses, tá com quase 400 gramas, imagine o dela com seis meses e meio quilo, eu falei não, é tão pequeninha, mas é muito inteligente e, e foi outro médico que só internou ela porque quando ela foi fazer esse cardiotoco os batimentos tava muito acelerado da nenê dela, aí por isso que internaram, ainda induziram o parto normal, viram que não conseguiu, aí eles fizeram cesárea.

Fabiana- Isso que apavora.

Amanda- É, isso que né, entendeu? Fizeram cesárea, senão...

Pesquisadora- E o seu medo é...

Fabiana- Induzir, porque eu nem tinha pressão alta, da minha filha foi muito tranquilo, eu acho que eu cheguei aqui, o meu parto foi rapidinho, é puseram o soro em mim, seis e vinte e sete eu tive a minha filha, cheguei aqui de madrugada, foi muito rápido. Agora esse segundo eu já tô com mais medo, eu tenho medo de não conseguir ter normal e tentarem fazer normal, esse é o meu medo.

Paloma- É mesmo. Você ficar sofrendo o dia inteiro, que nem o meu caso, eu fui internada nove horas da manhã, eu não tinha dilatação e eu vim ganhar a minha filha, aí colocaram no soro, essas coisas tudo, tomei acho que uns quinhentos banhos porque diz que a água quente ajuda, né? E eu vim ter a minha filha onze e vinte e uma da noite, e isso porque a pressão subiu, porque senão.

Fabiana: Tomando aquele soro?

Paloma- Tomando soro.

Fabiana- Deus me livre.

Amanda- Com o meu primo ficou, a mulher dele ficou dois dias aqui, né.

Fabiana- A do meu cunhado, também. Sofrendo.

Amanda- Ficou sofrendo aqui. A minha filha, meu primo deu uma pisada naquela porta, falou assim, ou vai fazer a minha mulher ter agora, a enfermeira foi segurar ele, ele falou, ó, nunca bati em mulher não, mas se você me segurar eu vou bater em você, foi cinco minutos.

Fabiana- Rapidinho.

Amanda- Rapidinho fizeram cesárea.

Fabiana- A cunhada também ficou aqui três dias para ter a filha dela.

Paloma- É assim, eu ouvi dizer que o parto cesárea sai muito caro para o SUS, agora eu não sei se isso é em questão de pagamento para o médico, eu não sei como é feito isso.

Amanda- Assim eu prefiro normal, porque assim você vai, você consegue levantar. Então eu acho que é assim, não precisa você fazer um escândalo para poder, né.

Paloma- Ter o atendimento necessário.

Amanda- É, necessário.

Paloma- Se não tem condições já parte, que nem o meu caso, eu morria de medo de engravidar para não passar o que eu passei na minha gravidez da minha filha, mas acho que Deus quis assim, querendo ou não eu tô morrendo de medo.

Amanda- Por que apesar de que você vai ter que ficar lá, né, sem se mexer por um acho que é seis horas, né? E parto normal não, só que assim, você tem tanto medo de ter parto normal porque você tem medo do seu nenê morrer, que as pessoas prefere ter cesárea, porque quem tem condições mesmo prefere ter cesárea.

Paloma- Eu prefiro.

Fabiana- Ah, eu não.

Amanda- Agora eu queria ter normal se eu tivesse a certeza que eles iam falar não.

Paloma- Mas é porque você não sofreu as dores do normal para depois ter uma cesárea, se você tivesse passado pelo o que eu passei, você já preferia de cara a cesárea.

Amanda- Então eu falei, eu senti a dor, mas não demorou muito não.

Paloma- E o sorinho da morte.

Pesquisadora- Sorinho da morte?

Paloma- Aquele é.

Amanda- Dói. O dor da bexiga.

Paloma- Aquele soro, quando vem.

Amanda- Você estourou a bolsa e ele ainda disse assim, você vai ter que fazer mais força porque o seu nenê tá morto, então eu tinha que fazer força por mim e pelo nenê que não, ele não ia querer sair, né?

Paloma- Imagina você forçar o parto de uma criança que você sabe que não tá viva.

Amanda- Que não tá viva. Menina, você não queira ver aquela sala quando o nenê nasceu. Todo mundo ficou olhando assim para mim e ainda a mulher, a médica tava ensinando a estagiária dar ponto, eu chorava tanto e a enfermeira olhava assim para ela, como se ela não, sabe.

Fabiana- Como se não tivesse te enxergando.

Amanda- Não tava acontecendo nada para ela, e ela continuou dando ponto e ensinando para a moça e a moça não conseguia não sei, aprender e ela falava não, não é assim, é assim.

Paloma- Sua pressão chegou a quanto?

Amanda- [Silêncio]. Eu nem sei. Não sei. Se eu te falar que eu sei, eu não sei.

Fabiana- Voce não tem medidor em casa?

Amanda- Não tinha, porque eu acho que, agora eu tenho, né, porque agora eu não, agora eu tenho sim.

Paloma- Não sei se isso é verdade, mas a médica que eu passo no posto falou que aquele medidor não é preciso.

Amanda- É. Ele é 80%.

Paloma- Só o que acontece, eu tô tomando medicamento três vezes ao dia, que nem já segunda-feira, eu tomo seis horas da manhã, duas da tarde e dez hora da noite a medicação. Na segunda eu cheguei em casa do serviço seis e meia, então eu tava sentindo uma dor meia estranha, meia, fui medir 15x10, tomei o remédio de pressão, daí tomei um pouquinho e melhorou, eu já tinha tomado duas horas, mas mesmo assim eu tomei outro, quando foi ontem a mesma coisa, inclusive eu vou falar até com a doutora, porque assim, a gente, que nem no meu caso hoje, a minha pressão tava 11x7, só que eu vou pegar e vou conversar com ela porque pode ser que ela não mexa na dose do remédio porque hoje tava 11x7, mas vai saber se a noite ela não vai aumentar.

Amanda- A minha também tava baixa ontem.

Paloma- Mas que nem a médica falou 11x7, 11x8, não pode passar do nove, no meu caso a minha tava 15x10, ela falou que 10 já é perigosíssima, a mínima, né, daí vamos supor, hoje ela fala não tem necessidade de aumentar a sua medicação e a noite eu passar mal? Deus o livre acontece alguma coisa.

Amanda- Então, o meu começou assim porque no domingo é, eu senti uma dor assim, sabe, na nuca e eu falava, meus Deus, eu devo tá tendo alguma coisa, tô com dor de cabeça, por isso que eu tô irritada e essa dor de cabeça não passava e essa dor na nuca, então, mas eu não, nunca que eu imaginei que era a pressão, por isso que eu não medi, entendeu? Eu não medi quando eu tava grávida da primeira vez. Agora graças a Deus eu senti uma vez, mas foi quando o bombeiro trouxe, né, mas depois eu não senti mais.

Paloma- A minha pressão nunca mais ficou baixa.

Fabiana- Então fora isso eu não posso falar nada porque é a primeira consulta que eu tô vindo mais depois de ganhar, né.

Amanda- Eu já é a quarta, mas também não tenho o que falar. O meu negócio é ali.

Risos.

Fabiana- Eu já passei ali também e não tive problemas.

Paloma- É que vai do médico.

Amanda- Do médico. É porque eles trocam de plantão, que nem quando foi o meu nenê, quando eu, eu passei com um médico, quando eu voltei já era uma médica, ela olhou assim, tá tudo bem, eu vim embora, já era troca de plantão, era seis e pouco. Aí era outra médica.

Elas perguntam sobre o número da ficha e comentam que ela [a médica] fica conversando e é bem atenciosa.

[Silêncio]

Pesquisadora- Tem mais alguma coisa que vocês gostariam de falar?

Fabiana- Acho que não.

Paloma- É aquele negócio que nem, a gestação consegue fazer ultrassom, eu descobri que tava grávida em janeiro, vim fazer meu ultrassom, vim descobrir eu já tava de cinco meses. É um negócio bem demorado. Três meses, quatro meses para conseguir fazer uma ultrassom.

Amanda- Aqui ela pede com frequência.

Paloma- Isso gestante, hein? Porque se você não está gestante, é anos.

Risos.

Fabiana- É verdade.

Pesquisadora- Então vocês estão em privilégio

Todas- É.

Fabiana- Quando eu fiz o meu, eu tava fazendo o meu exame no posto, aí o médico me pediu a ultrassom vaginal e quando chegou a minha ultrassom vaginal eu não podia mais fazer porque eu estava grávida da minha filha e já estava de meses.

Amanda- Minha irmã também foi assim.

Fabiana- Mais de ano.

Amanda- Minha irmã não sabe, o médico falou que ela tava com útero seco e não podia engravidar, né, minha irmã tá, aí ele passou uns exames para ela, passou um ultravaginal, e é particular, ele fez, e quando ele fez já viu a cabeça do meu sobrinho, aí

ele tirou rápido, já, já ela já tava de quatro meses e já sabia que era um menino, ela falou, não me deu nem esperança porque o primeiro filho dela é um menino, né? Ela não me deu nenhuma esperança que seja uma menina, e aí eu falei, nossa, e aí o médico falou que ela tava com meno[Silêncio] precoce, por isso que não tava descendo para ela, que o útero dela muxou, que não sei o que.

Paloma- Meus Deus.

Amanda- E era um bebê, ixi, de quatro meses já. Minha irmã fez as coisas voando, né? E você nem está esperando, ela tinha acabado de comprar um apartamento dela, tava apertadíssima, então ela falou assim, Meu Deus, teve que fazer tudo rapidinho, eu falei aí meu Deus.

Paloma- Já pensou se ela tá tomando remédio muito forte?

Amanda- Aquela ressonância e não tinha, a ultrassom para um dia e a ressonância para o outro e ele ia fazer ressonância e depois a ultrassom, graças a Deus que não tinha porque senão ela tinha, o médico falou no mínimo cegado o seu bebê, eu falei, ixi. Falei, como Deus é bom, né, pelo menos, né, ela fez antes, deu para saber e ela não precisou mais fazer a ressonância, porque senão ela tinha, eu falei, oxi.

Fabiana- É complicado.

Amanda- É muito. Você vê que não é só lá, às vezes é.

Fabiana – É em todos os lugares.

Amanda- É, porque o dela ela fez lá particular.

Fabiana- Se é particular, se é público.

Amanda- É fez lá no hospital [disse que o nome de um hospital particular de referência da região]. É particular e não tem nada a ver isso aí, né, independe. Tem, às vezes você tem. O médico que fez o meu parto foi um amor, um amor de pessoa, ele conversou comigo, aí ele perguntou o nome que ia ser, aí ele foi tentando me consolar, falou que eu tinha que ver que o tempo, que era Isabela, ela falou, você tem que ver que o tempo da Isabela era esse. E assim é. Ele foi um amor mesmo de pessoa. Agora a médica. Risos.

Paloma- Você não vai esquecer nunca.

Amanda- Não esqueço. E eu não esqueço nunca mais a cara dela. E ainda acabou a anestesia, o último ponto que ela foi dar acabou a anestesia. Eu falei, tá doendo porque já acabou a anestesia e ela aplicou de novo para terminar de ensinar a mulher. A enfermeira e a enfermeira porque ela tava esperando para mim.

Paloma- E você tava sozinha na sala?

Amanda- Não me deixaram chamar minha irmã porque o médico falou assim que já tava morto, era melhor não chamar.

Pesquisadora- E você achava melhor?

Amanda- Eu tava tão, sabe quando não, quando você parece que você tá

Paloma- Caiu o chão.

Amanda- Então é, na hora assim foi tão rápido e para mim aquilo ali não era comigo, não tava acontecendo, assim, eu tô tendo um pesadelo, não era comigo.

Fabiana Ó, sabe porque que eu falo, porque quando você tá na sala de parto, porque ó, o meu foi tranquilo, o da minha prima já cortou o umbigo errado, no lugar errado, a minha, a mulher do meu cunhado passou muito tempo porque não tinha ninguém para falar por ela.

Amanda – Mas agora eu não venho sozinha nunca, aqui.

Fabiana- Não. Eu acho que você aqui sozinha na sala de parto, jamais.

Paloma- Você diz quando vem a pessoa para assistir o parto?

Fabiana- É. Para assistir o parto.

Amanda- Só que minha irmã vinha, só aí eles já tavam levando, aí minha irmã, eles abriram, né, o saquinho e deixou a minha irmã ver mais quando foi para o meu marido ver, eles nem deixaram mais meu marido ver, meu marido foi ver no cemitério, foi quando meu marido viu, não deixaram ele ver, já falou que não e aí ele só foi ver no cemitério, minha filha. Minha irmã deixaram ver porque ela encontrou, né, no corredor, mas senão não ia deixar ver. Não ia deixar e ainda perguntaram se eu queria ver, eu falei que queria e aí eles deixaram eu ver, mas se você perguntar para mim se eu me lembro daqui para baixo, apagou da minha mente, só lembro do rosto e das mãos porque eu olhei as mão para ver se tava roxo e não tava, né, eu olhei as mão e o rosto, só o que eu me lembro, do resto não me lembro de nada, nada, nada. Apagou da minha mente. Achou que agora é 29 [se referindo a senha para atendimento].

Fabiana- Acabou?

Fabiana- A gente já falou demais [risos].

[Nos despedimos e o grupo encerrou-se]

Grupo 2

Camila – Meu nome é Camila, eu comecei a passar aqui por causa do problema no sangue, meu e do meu marido, porque eu sou negativo e ele é positivo, aí começou a, pode dar um negócio no nenê, aí é isso.

Pesquisadora- Você está de quanto tempo?

Camila- Eu tô de 26 semanas.

Juliana- Meu nome é Juliana, tenho 34 anos, estou na 34^a semana também, é, hoje é o meu primeiro dia de pré-natal aqui no hospital, mas é também porque eu fiz a curva glicêmica e detectaram uma diabetess gestacional, né, qualquer coisa que eu tenho, a gente vem, né, amor, eu sou muito bem atendida, e quero ganhar a nenê aqui também e é o meu primeiro dia de pré-natal aqui.

Fábio- Meu nome é Fábio, eu sou o pai dessa criança e eu tô acompanhando ela, né? Tô do lado dela e a gente tá aqui por causa desse problema aí da diabetess.

Juliana- Da diabetess, é.

Mariana- Bom, meu nome é Mariana, eu tenho 25 anos, eu tô passando aqui porque eu tive uma gestação com problema congênito que era cardiopatia e a minha bebê morreu depois de que nasceu, teve que fazer cirurgia do coração então por isso eu passo todas as minhas gestações aqui. Passei a dele, ele nasceu normal, graças a Deus e agora eu tô de oito semanas.

Pesquisadora- E você quem é?

Miguel- Não vou falar.

Pesquisadora- Eu vou pedir agora para vocês falarem como que é vocês entendem a participação de vocês dentro aqui da instituição. Como é que vocês participam do que está relacionado à gravidez?

Camila- Como assim, eu não entendi a questão.

Pesquisadora- Em relação aos procedimentos que são decididos, como é que vocês participam disso?

Juliana- Para mim, como até agora eu só vim em procedimento de pronto socorro, tudo tranquilo.

Mariana- Eu ganhei nenê aqui, mas quando ainda era outro nome.

[estavam preocupadas com o número das fichas para a consulta]

[Camila é chamada para fazer o Cardiotoco]

Juliana- A minha relação com o hospital até agora é tranquila, eu não tenho o que reclamar, de atendimento, nada. Espero de fato ganhar nenê aqui, não quero ir para outro lugar. Participo das palestras que tem toda sexta feira [referindo-se ao curso de

gestante], a última sexta feira que teve, muito importante, muito bacana. Conhecemos o, você já fez?

Camila- Não.

Mariana- Já.

Juliana- Nossa, eu gostei demais. Foi uma pena que o meu marido não pode participar, mas assim eu passei, passo tudo para ele o que acontece, aí não tenho o que reclamar não.

Pesquisadora- O que você achou demais da palestra?

Juliana- Da palestra? A é, porque é assim, é minha segunda gestação, né, eu tenho um filho de, vai fazer 17 anos, então para mim, podem achar, né, bobeira, mais para mim é tudo novo. Eu falo isso para ele, tudo novo.

Mariana- Muda de uma para outra.

Juliana- Muda. Eu nunca assim, eu tô, eu tenho passado, na primeira gestação eu não senti nada, nada, nada, nada, nada. Eu vim para cá ganhar, a minha bolsa estourou em casa, peço a Deus que seja da mesma forma, para vir para cá e correr tudo bem, graças a Deus, mas nessa eu sinto dores, né Fábio?

Fábio- Eu até falei para ela, não, quero outro não.

Juliana- É, eu queria uma menina, né?

Pesquisadora- É menino?

Juliana- É, e mais tá complicado. Cada dia que passa, olha, eu não vejo a hora que nasce, né, é assim, não é renegando meu filho, nada disso, entendeu, é porque é tão complicado, no serviço, sabe?

Pesquisadora- O que você faz?

Juliana- Eu trabalho como corretora de seguros, né? Agora atualmente eu tô afastada. Depois que eu passei no pré-natal, as complicações.

Mariana- Até porque no serviço eles não entendem a gente, né?

Juliana- Não.

Mariana- Quando eu tava grávida também da minha filha, nossa eu passei um perrengue.

Fábio- Ah, mas o que a gente pode fazer é isso.

Mariana- O serviço.

Fábio- Ah, o serviço.

Mariana- Eles não entendem porque, eles acham que gravidez a maioria são normal, mas tem muitos casos de gravidez que é complicada, que é, que tem algum probleminha, então, eles acham que é frescura, tudo.

Juliana- É isso mesmo. O povo acha que é frescura. Às vezes eu fico com dor o dia inteiro, eu fico calada, eu fico calada, aí eu vou para casa, porque eu pego condução, que eu chego em casa, aí ele chega que eu vou reclamar, aí eu tomo banho tudo, e ele vem me trazer, a gente fica até madrugada aqui. Às vezes não é nada, mais eu venho, né? Para ver, né? Me da falta de ar, eu tenho tido muita falta de ar ou até mesmo um dia que eu passo assim lá na corretora porque lidar com o público é complicado, né? Passo nervosos, chego em casa me da falta de ar, ou é dor de dente ou é dor de não sei o que, e a minha barriga tá pesada e eu não aguento andar e realmente é, mais não é só o trabalho, não, sabe o que eu acho, o que eu vejo, é, acabou o amor ao próximo, o respeito, entendeu? Porque eu jamais faria com ninguém que fosse, mesmo que um estranho, sabe? É, as atitudes que eu vejo que as pessoas tomam comigo, sabe? Independente se eu tô grávida, se eu não tô, não existe mais amor ao próximo, então é complicado. Você acha, mais é, vem da onde você menos espera.

Pesquisadora- E como que o pai participa em uma instituição?

Fábio- Eu não entendi o que ela perguntou.

Juliana- Como você participa. É que ele tem problema de audição. jComo que você tá participando dessa instituição, do hospital.

Pesquisadora- Quando você vem aqui, como é que é a sua participação?

Fábio- É, eu falo que não tem o que falar daqui, porque às vezes que a gente precisou, né, amor, a gente fez ultrassom, fez isso, foi muito bom. Todo o atendimento no hospital, você vê por aí por fora, você vê esses hospitais por aí não tem nada, aqui tem né? É muito bem falado, né, aqui.

Pesquisadora- O que tem aqui?

Fábio- Tem a estrutura que tem, né. A estrutura, o atendimento. Ela precisou fazer um ultrassom de urgência e no outro dia já marcou e fez, se fosse em outro lugar ia marcar...

Mariana- Ultrassom diferente. Porque quando você vai no posto, quando eu fiz da minha primeira filha que faleceu ela, eu comecei a fazer o ultrassom no posto, eu não consegui fazer a tempo o morfológico depois dos três é que já tinha passado os três meses e aqui não, dele eu fiz ecocardiograma, eu fiz é ecografia, fiz tudo para saber se tinha problema no coração igual a ela, então eu fazia ultrassom a cada uma semana.

Fábio- Aqui é, o bom é isso.

Mariana- É. Entendeu? Então eles tinha muita preocupação, de saber que eles estão ali, então você fica mais tranquila porque eu achei, nossa, vai acontecer tudo de novo, e eu vou fazer e não vou ficar sabendo porque o dela eu só fiquei sabendo porque o médico que me atendeu, o médico, minha médica tinha entrado de férias e eu passei com outro ginecologista, enquanto ela tava de férias, o mesmo dia que eu passei com ele na primeira consulta ele me mandou para cá, no mesmo dia fui internada e no outro dia eu fui, é, fiz um ultrassom com doper, um negócio assim, um dia eles me internaram e outro já tava, no sétimo, de 36 semanas, eles fizeram a cesárea da minha filha para saber o que ela tinha porque ela não tava se desenvolvendo mais e fora isso tinha liquido na bolsa, então tava.

Juliana- Nossa. E isso você fazendo o pré-natal normalmente?

Mariana- Sem saber de nada. A médica falou que tava tudo normal, falando eu tava tudo normal. Não tava passando oxigênio pelo cordão umbilical, tava com um monte de problema, ele falou, aí o médico falou que era melhor, né, fazer o parto, aí, e aí a gente vê o que ela tinha aqui e aí ela ficou três dias ainda, a doutora Renata fez, é como é que fala, o eco do coração, aí descobriu o que ela tinha, má formação é e é uma das piores que tinha que é a ecoplasia no ventrículo esquerdo e aí ela ficou aqui 16 dias e depois foi para Incor, então aqui eles, depois do que aconteceu, eu acho que todos os posto devia ter pelo menos, depois da morfológica, alguma outra ultrassom já aqui no hospital eu acho que deviam enviar, tentar encaixar alguma ultrassom que de, que pudesse detectar tanto qualquer má formação quanto qualquer tipo de doença que a criança possa ter porque depois a mãe fica esperando tanto tempo para acontecer o que aconteceu. Talvez eu pudesse ter outra chance, em alguma, porque hoje em dia tem medicamento para acelerar a evolução do pulmão da criança, antes dela nascer, então eu não sei, mais eu creio que alguma coisa deve ter.

Juliana- É o sistema de saúde, né, tipo assim, devia ter uma regra, ó, com quatro, cinco meses exame para detectar.

Mariana- Isso, porque, eu comecei a passar aqui depois do acontecido, entendeu? Mais aqui eu não tive o que reclamar.

Juliana- É, igual eu, também, você sabe que depois que saiu o resultado eu comecei a ler os sintomas, eu fiquei super preocupada, porque fala aí diabetess, diabetess, é complicado, né, eu nunca tive nada e sintomas que eu li, que eu vi na *internet*, eu já desde quando, antes de eu saber que eu tava grávida, eu, muita falta de ar,

é sudorese, água eu bebo, ele falava para mim, você tá bebendo muita água, mais isso desde quando eu comecei a minha gestação, é vista embaralhada, tinha dia que eu tava trabalhando, era três quatro horas da tarde, eu falava gente, eu vou subir, eu fumava na época, eu vou subir, eu vou lavar o rosto porque eu não tava enxergando nada, e é sintoma, e eu falava, eu falei tudo isso para o meu médico e só agora que ele foi fazer.

Mariana- Eu vejo muito isso, eu acho que eles deviam ter mais cuidado no posto. Os médicos deviam, pelo menos, já que tem aqui o hospital, pelo menos encaminhar para fazer um ultrassom para saber, porque foi muito descaso, ela falou para mim, tá tudo normal, tudo perfeito, ela foi entrar de férias, eu lembro até hoje, o doutor Renan, o nome dele, era um japonês, ele mandou no mesmo dia ele falou, você vai sair daqui agora e vai para o hospital e vai pedir essa ultrassom, ele mandou uma cartinha, ele nem viu, só mediu a minha barriga, escutou o coração do bebê e falou assim, você vai. Não fez mais nada do que isso, ele só fez isso, falou você vai, mandou uma cartinha, no mesmo dia eles me internaram, então ele não precisou nem de muito, não precisou, e ela passou as 36 semanas e não conseguiu saber o que era.

Pesquisadora- E como vocês se sentem com uma situação dessa?

Mariana- Olha, eu falo que graças a Deus eu tenho aqui, mas eu fico muito chateada pelas mães que não tem e tem que passar por isso no posto e depois descobrir e passar por toda a situação que eu passei porque não tem uma estrutura. Hoje eu tenho porque eu já passei, então eu tô aqui, então infelizmente vão ter que passar muitas mães para poder ter um atendimento e poder até ter o sonho de ser mãe, depois de tanto, depois de tanto sofrimento, porque é uma dor terrível você ter um filho, nascer, você ter que enterrar e achar que na próxima gestação você não vai poder ser mãe, entendeu? Acontece, você pode ser mãe, mas a dor é muito ruim.

Juliana- Com a gente aconteceu a mesma coisa, né, o médico saiu de férias, eu passei com a médica, né, e eu não queria passar com ela e foi ela que me pediu esse exame também, ela falou vamos fazer essa curva glicêmica, eu falei aí, eu não gosto, aí eu queria passar com o doutor, ele falou, não, ela pediu, vamos fazer, né, você tá vendo, é a mesma situação.

Mariana- A doutora é um amor. Quando eu passei dele também foi a doutora Gisele, fui super bem tratada e ela, não é falando mal da doutora Gisele, mas ela é muito mais atenciosa, você fica lá meia hora falando com ela.

Juliana- Mas até os médicos do pronto socorro, né, amor, eles são muito atenciosos. A primeira vez que eu vim, que nós viemos, né, foi no comecinho da gestação, eu tava com sangramento.

Fábio- Aquele primeiro médico, né.

Juliana- Nossa, a gente vem e fala, será que vai pegar o plantão daquele médico, de tão atencioso. Não lembro o nome. Ele é novo.

Fábio- É um alemãozinho.

Juliana- É. Mas nossa, eu fiquei assim, nossa, que atenção, que atenção, né amor?

Fábio- É.

Mariana- Eu fiz um ultrassom desse bebê que eu tô esperando agora há duas semanas atrás, fiz com o doutor Lucas e ele é muito bom, também, e ele falou, no começo eu fiquei meia assustada, ele falou que eu tô com uma suspeita de gestação anembrionada, que é o bebe que não tá evoluindo, então ele falou para mim esperar duas semanas para fazer a ultrassom de novo e é na sexta feira agora, só que como eu já tinha consulta com a doutora eu já vim e trouxe para ela ver, então, olha só o que ele já me preparou, então eu não precisei, eu vejo, eu vi uma moça que ficou quatro meses com uma gestação anembrionada dentro dela, porque, porque o saco gestacional ele cresce dentro de você, você continua, a placenta cresce, você continua sentindo todos os sintomas, mas você não tem

Juliana- Não desenvolve o embrião, né?

Mariana- Não tem embrião lá dentro, entendeu? Então é, ela esperou todo esse tempo para poder descobrir que não tinha nada lá dentro, entendeu?

Fábio- Aí é triste, hein?

Mariana- Então é, aqui tem toda essa preocupação, eu tô preocupada, mas eu tô também calma porque eu sei que eles estão aqui para toda a estrutura, para dar todo o suporte, tanto psicológico, né, e se eu precisar ficar internada, fazer alguma coisa, mas já tá preparada ele falou, já fica preparada.

Juliana- É, para você não ter uma surpresa igual você teve de sete meses, né?

Fábio- Ah, eu penso assim, eu penso que você tem que tá preparada para tudo, também. Na hora do parto, para tudo, também. Tudo pode acontecer, também, né. Não tem varias mães que perde por aí, vai nascer, natimorto, nati.

Juliana- É, mas a gente nunca espera.

Fábio- É. A gente nunca espera mas

Mariana- É, a gente nunca tá preparado para isso. Porque assim, igual eu, eu tô aqui, eu sei que eu posso estar com essa gestação, mas na minha cabeça eu quero que não seja, mas se for, a gente vai falar pô, foi, você vai se assustar porque você não quer que seja, mas, você tem que tá preparado para a sua cabeça daqui para frente, você tem que tá preparado, o que eu vou fazer depois? Porque se você ficar pensando nisso, você acaba ficando em depressão.

Fábio- É pior.

Mariana- Então você também tem que tá, ter o apoio de quem tá do seu lado. Voce do lado dela, entendeu? Eu do meu marido. A gente tendo apoio assim eu acho que é melhor para seguir.

Juliana- A, é bem melhor né, porque o meu filho o mais velho não é filho do Fábio, né? Não é filho de sangue mais ele cria como pai e eu tô vivendo uma situação totalmente diferente do que eu passei há 17 anos atrás, né, porque eu não tive acompanhamento, ele vai em todas as consultas comigo, ele só não vai quando realmente não dá, quando não dá ele não vai.

Mariana- Isso é muito bom porque ajuda muito ela. Eu adoro quando o meu marido vem, pode estar comigo e igual, hoje ele não pode de jeito nenhum, é um dia difícil porque pode ser que ela peça para que fazer um outra ultrassom hoje e eu já tenha que ficar então eu já tô preparada, mais eu queria muito que ele tivesse aqui, mais tem dias que não dá, mais ele me acompanha.

Fábio- É bom. Eu gosto.

Mariana- É muito bom, a gente se sente mais segura.

Juliana- Eu fico preocupada, é exatamente, eu fico preocupada porque na hora do parto eu ainda não decidi se eu quero que ele participe ou não, ainda não decidi, eu não sei se eu vou ficar mais nervosa ou se é melhor que ele esteja.

Mariana- Normalmente, porque ela tem diabetess ela não vai ter um parto normal, ela vai ter um parto cesárea, um parto cesárea para ele assistir, é tranquilo. O meu assistiu o do meu filho, é super tranquilo.

Juliana- Cesárea eu não queria.

Mariana- Por que?

Juliana- Olha eu penso, cesárea eu não queria.

Mariana- Eu também tive medo. Eu tive, ó, os dois, ela e ele quando eu fui pegar anestesia eu falava, Meu Deus, eu vou morrer aqui nessa mesa, mais não, fica tranquila,

fica tranquila porque depois que você tomar a anestesia, você fica lá e ele vai estar do seu lado e ó os médicos aqui fazem isso o dia inteiro, dia e noite, então

Juliana- Mais não é lei natural, né.

Mariana- Não, não é.

Juliana- Eu gostaria de ter o parto normal, igual eu tive.

Fábio- Mas ela tá diabética.

Mariana- Ela vai fazer o que for melhor para você.

Pesquisadora- É, precisa conversar com a médica.

Mariana- A médica vai falar para você, mas provavelmente quem tem diabetes, pressão alta não pode ter, sentir aquelas dor, né, e também se aumenta a pressão tem que correr direto para a mesa de cesárea.

Juliana- É.

Mariana- Eu acho que vai ser, eu não sei, como eu tive duas cesáreas, acho mais tranquilo. Eu achei que eu não ia aguentar o parto normal, meu Deus, parabéns para as mulheres que aguentam, risos. A hora que o doutor foi me buscar, eu falei, ai doutor, obrigada, chorando, quase desmaiei de tanta dor que eu tava, Deus me livre.

Juliana- Eu já não, eu já tenho medo da cesárea. Morro de medo.

Mariana- Eu também tive medo no primeiro, eu ficava...

Juliana- Eu não sei explicar ainda, eu não sei se eu vou ficar nervosa com ele presente ou mais calma.

Mariana- Eu também. Quando eu achei que eu fosse ter parto normal eu não deixei o meu marido, ai quando falou que era cesárea, aí eu falei, ai, então pode entrar.

Juliana- É, porque não vai ver nada, vai ficar aqui, mesmo se for normal, falaram na palestra, também se ver também, não vai mudar em nada, né? Mais é, como o Pedro é um bebê tão esperado, né?

Fábio- É.

Pesquisadora- E por você, Fábio? Você entraria?

Fábio- Eu entro, eu quero ver, sim. Eu quero, se ela concordar, né?

Mariana- Olha que legal! Eu vejo pai falar que não quer entrar, não. Risos.

Fábio- Eu quero.

Mariana- Meu primo tá com a mulher dele grávida e ela fala, você vai entrar comigo, né, e ele não. É bom, mas até lá você vai pensando.

Juliana- É, todo dia a gente pensa. Pensa como vai ser no quarto, como vai ser.

Mariana- Eu puxava tanto os meus cabelos na sala de parto, que iam tentar fazer parto normal, eu cheguei e tava sentindo dor, que eu falava não deixa ele entrar, porque se ele entrar eu vou ficar louca, porque eu já tava descabelada, gritando, com dor, para lá e para cá, não sabia mais, tinha tanta gente falando e eu não conseguia prestar atenção em nada que tava todo mundo falando, eu tava sentindo muita dor.

Juliana- Exatamente por isso. Ele vai ver eu com dor e vai ficar

Mariana- Desesperado.

Juliana- E não adianta, porque ele é assim. Ele é desesperado.

Mariana- É, tem que esperar todas as dores até chegar no ponto certo. Porque na hora chega lá, você vai achar que as enfermeiras tá com descaso.

Juliana- É, exatamente.

Mariana- Você fica lá e as enfermeiras fica conversando. Você fala, meu Deus do céu.

Juliana- É, exatamente. Risos.

Mariana- Eu tava na sala, morrendo de dor, a minha sogra trabalha aqui e ela tava lá junto, do lado da médica conversando, e eu, eu to morrendo de dor e você conversando, né, vem ficar aqui comigo.

Fábio- É, eu vejo quando eu venho trazer ela, eu vejo as meninas chegando aqui.

Mariana- Tem que esperar. Tem que esperar todas as dores. A gente fala assim, aí, ó, tá sofrendo, mais tem que esperar chegar nas dores certas.

Fábio- Nas dores certas, é lógico.

Mariana- Não adianta levar lá para dentro, então tem que esperar dilatar para a passagem do bebê porque senão não adianta, vai tirar antes? Não vai passar.

Juliana- É.

Pesquisadora- Mais ai é o momento de ficar com ela na dor.

Mariana- É. A gente conversa, conversa, mais eu tô super preocupada. Eu quero entrar na sala logo.

Mariana- Como eu vou passar pela doutora hoje, pensei que eu pudesse fazer o ultrassom já hoje [recebe informação da sogra que isso não seria possível].

Pesquisadora- Você queria que ela já adiantasse para você.

Mariana- Isso, porque eu queria saber, tirar essa dúvida.

Pesquisadora- E agora ela falou que não vai dar para fazer hoje, é isso?

Mariana- Não. Só sexta-feira. Eu vou passar na consulta normal com a doutora e ai vai fazer só na sexta.

Pesquisadora- Bom gente, desculpa pela mudança de sala.

Fábio- Não. Imagina.

Juliana- Tranquilo. É bom, né, a gente conversar, trocar experiência, né?

Mariana- Sim.

Juliana- É, você tem tanta coisa para falar, para ensinar, tanta vivência, né? Foi bom.

Mariana- E a gente não sabe, né? Quando a gente engravida, pela primeira vez, a gente pensa, ah, nossa, tô grávida, tudo lindo, maravilhoso, mais quando você se pega naquele mundo e com pessoas com o mesmo problema você vê um outro mundo, parado, enquanto as outras pessoas continuam vivendo, o seu mundo parou, o meu mundo parou por dois meses, ela nasceu, foi dois meses e seis dias, ela ficou, ela foi no Incor, eu fiquei aqui direto na UTI Neonatal com ela e depois no Incor eu ia para lá, tipo, como eu morava aqui, eu tinha que ir de trem, metro, onibus, trem, metro, descer lá no metro clinicas, então eu descia, eu saía de casa para a primeira visita que era às 08, eu saía de casa cinco horas da manhã, tinha uma outra visita à tarde, eu já ficava porque eu não tinha dinheiro para voltar e tinha uma visita das oito da noite, oito, nove horas da noite, e ai, como a mãe só podia dormir lá algumas porque são muitas e tinha gente que vinha de muitos lugares, Paraná, da Bahia, com crianças com todo o tipo de problema no coração, uma UTI só de bebê, tinha criança que tava na 3ª, 4ª, 5ª cirurgia do coração.

Juliana- Nossa.

Mariana- Tinha mãe que tava no 3º caso de ter o 3º filho com o mesmo problema, com a mesma idade e ela tava ali tentando realizar o sonho dela, sabe? Então tinha uma ONG também, lá onde a gente ia que também ficava conversando, ficava lá, é sabia mais sobre cada caso, porque um era diferente do outro, que nem tinha uns casos mais simples que se resolvia e criança ia até embora em três dias, quatro dias, mais tinha as piores vezes que a gente entrava em desespero quando a médica já chamava só um casal para entrar, a gente tinha que esperar, todos os pais, as mães tinha que esperar para entrar no horário da visita, a gente já sabia que alguma coisa ia acontecer, a gente já passava, tampava o ouvido assim porque a mãe saía gritando, era assim um choque e assim meu mundo parou por dois meses e seis dias, nessa situação, enquanto todo mundo vivia a minha vida parou ali, e ai você, eu falava, meu Deus, eu não imaginava que existia isso, esse mundo assim que elas vivem, é muito terrível, é muita gente muito sofrimento.

Juliana- Logo a primeira gestação, né?

Mariana- Logo a primeira. Foi o que eu falei, nossa, minhas irmãs tiveram quatro cada uma, eu tenho seis irmã, cada uma teve quatro filhos, tudo normal, então eu achei que comigo ia ser normal, só que não foi, a gente fez até um acompanhamento de genética, né, gratuito, que fala que, que na época o médico falou que parecia que o meu marido tinha um problema, mais é, e que eu não podia mais ter filho com ele porque todos os nossos filhos nasceriam assim e quando a gente teve ele, ele nasceu normal, foi embora comigo, não teve problema nenhum, o coração nada, nada, nada, tá ai até hoje e então, é muito esquisito, não dá para explicar.

Juliana- Realmente uma é diferente da outra, graças à Deus, né?

Mariana- Eu também achava, ah, para, é a mesma coisa, uma você enjoa, a outra não enjoa, uma você sente dor, a outra você não sente. É muito esquisito, né?

Pesquisadora- E você já é pai ou vai ser a primeira vez?

Fábio- Já. Só que a primeira eu não participei de nada, também, né, a menina nasceu, tudo, eu nem vejo o meu filho, nem tenho contato com ela, pago pensão, tudo, mas não

Pesquisadora- Então o que você está vivenciando?

Fábio- É aqui, é agora.

Mariana- E é bom, né?

Fábio- Orra! É ótimo. Não tem coisa melhor, né?

Mariana- Eu acho que

Fábio- Não vejo a hora, nossa! Muito bom.

Mariana- Eu acho que todos os maridos deviam ser assim

Juliana- Ele é muito atencioso.

Mariana- Porque o que precisa é a união, e tanto para ela quanto para vocês também que não percebem que isso é muito bom.

Juliana- É. Eu falei que queria uma menina, eu falei, ah, acho que vou ficar grávida, ele falou eu vou embora e só volto quando nascer, meu menino falou, eu vou junto, não dá para ficar.

Risos (geral)

Mariana- Por causa da

Juliana- Da chatice, das coisas

Fábio- Agora até que não tá tanto mais no começo.

Mariana- No começo você esta se acostumando com a gravidez, ai vem aquele monte de coisa ao mesmo tempo, você fica pensando, o seu mundo muda, não sei, você

começa a pensar como uma gestante, aí você começa, nossa, é muita coisa para a cabeça da mulher.

Fábio- É, né?

Mariana- Você não tem noção. Se as pessoas em casa não entender é capaz de ela ficar chorando o dia inteiro, é capaz de falar, nossa, que frescura, não é, parece que o mundo tá acabando, você não tem noção.

Juliana- E, né?

Mariana- Parece que o mundo tá acabando, nada tá bom.

Juliana- Mais graças a Deus, é, é, os dois, né, meu menino é um homem, né.

Mariana- E ele te ajuda?

Juliana- Ajuda. Tem que ter muita paciência. No começo ele ficou meio assim, né, com o nenê, né, agora, não.

Fábio- É, a hora que nascer, então.

Juliana- Foi só no comecinho, depois já

Mariana- É, igual ele falou, depois que nascer então

Juliana- Aí a gente não conseguia saber o sexo, não conseguia, não conseguia, e ele, eu só quero se for menino, eu falava, ah tá bom, risos, aí eu falei, confirmou mesmo que era menino, nossa, mais tá, graças a Deus, foi tudo bem. Ontem a gente tava conversando e a gente tava vendo de ver carta para ele, eu e o Fábio, já começar a pagar para quando ele fizer 18 já ter carta, comprar um carrinho velho, para ele começar a vidinha dele, né, assim, para a gente ajudar, aí eu falei, conversando com ele falei, ah, filho, é assim, assim, assado, ele falou, é, o nenê vai pegar a nata, né, que eu vou ter, vou tá com carro, o Fábio com carro, tudo o que vai fazer vai ser de carro, é não sei o que pro meu irmão, aí eu fiquei olhando só e o pior é que é verdade.

Mariana- Mais é assim, né? Esse aqui também anda de ônibus, igual nessa aqui, hoje eu ando de carro, mas na hora, coitada, eu tive que fazer tanta coisa de trem e metrô, quando eu tava de cesárea, cheia de ponto, inchada e ninguém sabia e eu no ônibus, no metro, de pé, porque ninguém né, ia saber.

Juliana- Ninguém tá nem aí, né?

Mariana- Não, mais não tem como saber. Se você ainda tá grávida com a barriga as pessoas te oferece lugar, agora se você está ali sem

Fábio- Mais tem gente que nem para barriga oferece

Juliana- É, então

Mariana- Agora você imagina, você sem barriga como é que a pessoa, ah, você teve nenê, você fez cesárea, então você fica ali, num cantinho, e é assim, vai passando o tempo e vai melhorando, né, eu falo assim para a minha sogra quando tive, o primeiro filho sofre.

Juliana- Sofre mesmo.

Mariana- É a gente que é inexperiente, que faz tudo errado. No segundo a gente já faz tudo diferente.

Juliana- Eu espero fazer, eu não lembro não.

Risos (geral)

Juliana- Nós vamos aprender, nós dois, porque o meu filho nasceu

Mariana- 17 anos

Juliana- 17 anos. Quando o meu, é, o meu filho, durante um mês quem deu banho nele foi a minha irmã que é mais nova que eu e por coincidência ela também tá grávida. Ela mora lá no interior, é, o primeiro filho dela. Eu ficava olhando assim, ó, pegava, e para dar mama? Sabe o que eu fazia, eu pegava uma almofada até chegar uma altura do peito eu colocava ele, juro, eu não sabia passar a mão, assim, sabe. Umbigo? Imagina eu nunca limpei, não sei nem onde foi parar.

Mariana- Dele não, dele a enfermeira veio para dar banho nele, não, eles limpam lá quando nasce, aí quando foi dar o primeiro banho eu falei para ela, eu posso dar? Ela olhou para a minha cara meia assustada.

Fábio- Primeira vez?

Mariana- É, meio assustada assim, você de cesárea vai

Juliana- De cesárea?

Mariana- Eu falei, eu quero, aí eu fui e dei, ainda depois ela brigou comigo porque tinha uma moça do meu lado que tava com a nenê dela e aí ela falou, você dá banho na minha nenê para mim porque eu não sei dar e eu falei, eu dou, quase que eu tava dando banho em todos os nenê da maternidade, aí eu comecei a dar banho e ela mais você vai dar banho no outro bebê, eu dei, ela falou, não pode, eu já dei agora, dei banho na menininha dela.

Juliana- É dois agravantes da cesárea que eu fico pensando, uma que eu penso que tem que ser do jeito normal, natural de ser, né, até mesmo por causa da criança e outra é o pós.

Mariana- Ó o pós é bem, eu acho que o cuidado que você tem que ter no pós é mais a higiene porque assim você, depois que você que passou a anestesia você não vai agachar como você também não poderia agachar no parto normal.

Fábio- No parto normal, né.

Mariana- Então você vai, você agachou?

Juliana- Oxi.

Mariana- Então parabéns porque eu já ouvi mulher falar que não dá por causa dos pontos e outra o cuidado que você tem durante os sete dias é para os pontos para a retirada dos pontos quando passou dos sete dias você já tá fazendo eu já tava fazendo comida, entendeu? Já tava com sete dias tirou o ponto e eu já tava andando.

Juliana- Então, você ficar sete dias em cima de uma cama.

Mariana- Nãoooo. Eu levantava, eu tomava banho, eu andava, eu pegava o nenê, eu saía, ia sentar na sala, eu fui em festa, entendeu? O pai dele fez churrasco, aí a gente foi, mais assim, tranquilo, eu subi uma vez a escada devagarzinho, não é fazer muito esforço é fazer devagar, depois dos sete dias que tirou o ponto, aí você pode fazer, é assim, você não pode também chegar e passar pano na casa, aí pode fazer mal, eu não senti, eu vejo muito diferença de pessoa para pessoa, tem mulher que fazia cesárea e andava curvando, eu não, se eu levantasse, não vai estourar, você levanta, eu levantei normal, andei, fui tomar banho normal e continuei andando retinha para acostumar ali, se você ficar assim, doer dói, né?

Juliana- É, dor de qualquer jeito, né, dor é dor.

Mariana- Então, mais não dói. Dói só nos pontos. Não dói quando você faz o normal, quando costura? Então, não dói? Não fica dolorido para sentar?

Juliana- Fica.

Mariana- Na cesárea também, só que é, é o que eu falei, é mais invasivo, entendeu? O natural é natural, saiu e depois você tá ali de pé, a cesárea não, tem que esperar a anestesia passar para você poder levantar, tomar um banho, dá mama, já quando, igual, quando eu ganhei ele eu tava deitada esperando a anestesia passar, a moça que teve parto normal chegou na cadeira de rodas, sentou na cama e começou a dar banho no nenê, entendeu?

Juliana- Eu ganhei nenê duas horas da tarde, fui para o quarto, cinco horas teve a visita, o pessoal veio, aí meu pai trouxe a bolsa, as coisas que eu não tinha trazido nada, não tinha trago nada, eles saíram eu levantei, eu fui no banheiro, eu tomei banho, lavei cabeça, eu coloquei, e limpei lá, juntei tudo na cama assim e fui para o corredor para ver

o nenê, ainda normal assim, lógico que você tá com dor, a barriga tá mole. É, seja o que Deus quiser.

[Foi preciso fazer o encerramento por conta da consulta].

[Finalizaram dizendo sobre aprender as coisas um com os outros].

Grupo 3

Linda- Então, meu nome é Linda, eu tenho 31 anos, faço pré-natal aqui no Hospital, eu tenho problema de plaqueta, que é muito baixa, descontrolada, eu tenho três filhos, para mim eu optaria fazer na Unidade mais próxima da minha casa, mais, como aqui, a minha gravidez é de risco, eu optei em tá fazendo aqui.

Maria- Meu nome é Maria, eu tô fazendo aqui o pré-natal porque eu tenho diabetes e aí é de alto risco, né, e por isso que eu vim para cá.

Pesquisadora- Você falou que preferia fazer na Unidade.

Linda- É, porque eu tenho três filhos e eu fiz o acompanhamento, o pré-natal com o meu ginecologista, ele já é o meu ginecologista desde a minha adolescência e eu preferia ter feito acompanhamento lá, porque é o meu quarto filho, a minha quarta filha, né, então, mais aí como a médica falou que ficava a critério de eu escolher entre aqui e lá, como o problema é uma coisa grave, serio, né, porque também se não fosse grave eu não tava passando aqui, eu optei por aqui, mais pela minha vontade eu estaria fazendo na unidade próxima a minha casa com o meu ginecologista.

Pesquisadora- E como vocês veem a participação de vocês dentro de uma instituição pública, em relação aos procedimentos, a participação em consulta, como é que vocês veem isso.

Linda- Ah, eu acho que a participação aqui dentro, no hospital, é muito importante, porque se não tem o paciente não tem o profissional da saúde.

Pesquisadora- E como que é essa participação?

[Silêncio]

Linda- Eu acho que para mim é com a gravidez que eu participo, porque se eu não tivesse grávida eu nem tava aqui. Estaria lá na minha casa, no meu trabalho, acho que devido a minha gravidez que estou aqui. É assim, eu não tenho nada a reclamar da unidade de saúde, porque assim, quando a gente tem que, é uma parceria, né, profissional da saúde com pacientes.

Pesquisadora- E o papel do paciente é qual nessa parceria? Só chegar com a gravidez?

Linda- Do paciente é se dar, né, porque aqui fica a voz maior, a gente tem o domínio do, eu tenho o domínio do meu corpo, mais eu vou pela restrição médica porque ele é preparado para cuidar do meu corpo, eu que tenho que tomar conta de mim mais nesse momento é o profissional de saúde que toma conta de mim, mais eu sou mais eu.

Pesquisadora- E para você, como que é?

Maria- Aí, sei lá [[Silêncio]] Eu acho que tem que fazer isso aí que ela falou.

[[Silêncio]].

Pesquisadora- Vocês já tinham pensado nisso?

Maria- Não. Eu nunca tinha pensando nisso.

Linda- Eu também não.

Pesquisadora- E como é pensar sobre o papel de vocês, sobre o corpo de vocês, que fica, como você falou, sob a responsabilidade de outra pessoa.

Linda- Então, porque eu sozinha não consigo, né, tanto que eu quase morri aí de eu tentar eu mesma comigo mesma.

Pesquisadora- O que aconteceu?

Linda- Porque as minhas plaquetas de sangue é baixa e eu deduzi, era, era o que eu achava, não coloquei a responsabilidade na mão do profissional, eu achava que eu sozinha eu ia conseguir, até eu entender que sem a medicina eu não ia conseguir, ia parar por ali porque Deus esta me dando o livre arbítrio porque a vida é minha, quem cuida dela sou eu, mais a saúde eu acho que é o profissional, né, que ele tá ali para cuidar e até o profissional mesmo deixa a critério meu, se eu quisesse entrar com a parceria, o corpo, ele iria entrar com a matéria que é as mãos, né, a sabedoria, a inteligência daquilo que ele estudou porque eu não sou uma médica, como que eu ia cuidar de mim, do meu corpo sendo que eu sou uma secretária do lar, eu não me formei em medicina e é assim, não é gostoso tá aqui mais para mim é gratificante o médico ter se disposto, né, a equipe médica.

Pesquisadora- Quando você fala não é gostoso tá aqui

Linda- Ah, não é gostoso [risos] Eu não gosto de tá aqui, eu não gosto.

Maria- É melhor sempre tá em casa, né.

Linda- É melhor que você não precise de tantos cuidados.

Maria- É.

Linda- Mais assim, falar que a gente gosta, a gente não gosta, mais eu me sinto agradecida de eu poder estar aqui, poder ter encontrado esse lugar para cuidar de mim, essa unidade.

Pesquisadora- Voce se sente cuidada?

Linda- Eu me sinto.

Pesquisadora- E para você?

Maria – Aí, eu não sei.

Linda- Furada. Mais não é porque o médico quer que ele faz isso com a gente, é porque precisa.

Maria- E que bom que tem eles para cuidar da gente porque senão

Pesquisadora- A sua é a primeira gestação?

Maria- É a primeira.

Pesquisadora- E você já tinha diabetess antes?

Maria – Já. Descobriu uns três meses antes que eu tinha, mas aí não era tanto preocupante, eu nem me importava tanto, né, depois que eu engravidei que ai tem os risco maior ai que eu fui me tocar, que eu fui começar a meu cuidar, fazer as dieta direitinho, tomar as insulinas, aí que eu fui me cuidar, porque né, quando a gente não tem uma criança, né, e se acontecer alguma coisa com você, eu penso assim, né.

Linda- Às vezes a gente consegue por a gente mesma.

Maria- É, aí eu vou fazer isso aqui porque é bom, aí eu vou fazer isso aqui porque falaram que é bom, aí vou fazer aquilo que falaram que, né.

Pesquisadora- E a gravidez, foi planejada, como que foi

Maria- A minha foi, eu queria já faz muito tempo que eu tô tentando engravidar e eu não conseguia

Pesquisadora- Muito tempo...

Maria- É, já faz uns três anos que eu tô tentando, eu até achei que eu não podia ter, aí quando eu pensei em procurar um tratamento, quando eu fui ver eu tava já, eu tava já de dois meses.

Linda- Legal, né?

Risos

Pesquisadora- E a sua?

Linda- A minha não era planejada, mas era esperada porque assim eu devido do hormônio que eu não devia tomar porque eu tive vários processos que foi me oferecido pela saúde, foi método anticoncepcional, usei durante cinco anos, porque a minha filha

mais nova tem 11 anos, usei método anticoncepcional e depois eu usei o DIU, não tenho nada contra o DIU para mim foi tudo muito bom, só que depois eu que parei de usar o DIU que eu ia colocar novamente eu tive que fazer todo um processo porque também é muito burocrático, eles vem bem certinho mesmo, aí tinha que fazer o planejamento familiar, fazer todos os exames, aí nisso eu tava tomando injeção para me prevenir como anticoncepcional só que aí meu organismo não aceitou aí foi onde me deu problema de plaqueta e eu tive que parar, o médico cortou o hormônio, aí eu já sabia porque tinha que me cuidar com o método preservativo, só que o meu marido ele [[Silêncio]] ele é uma pessoa legal [risos] e não se preservou muito bem, então eu esperava que com ele não ia dar certo com esse método porque quando tava só eu era só eu mais depois que entrou ele na jogada, eu sabia que não ia dar certo esse método e eu também, eu também não tinha muito conhecimento da camisinha feminina, eu não tinha muito esse conhecimento embora eu tenho conhecimento de outras coisas, desse conhecimento eu não tinha muito conhecimento, aí eu confiei no meu marido e eu engravidei, mais eu já sabia que isso poderia acontecer.

Pesquisadora- Não foi uma surpresa então

Linda- É, foi mais ou menos, porque eu achei que a gente não, eu achei que a gente ia planejar, não que ele ia me engravidar e depois, ah, você sabia que isso ia acontecer.

Pesquisadora- Foi essa a reação dele?

Linda- Foi mais ou menos isso. Porque também foi na hora da emoção, né [risos] É, foi mais ou menos assim. Ele colocou como se eu já sabia que isso ia acontecer e por ele eu seria mãe para muitos filhos, eu ia usar bastante o serviço de saúde.

Pesquisadora- E por você, não?

Linda- Por mim também eu seria mais a condição que o mundo me dá, não. Mais por mim eu seria mãe de muitos filhos, 10, assim [risos]

Pesquisadora- Os seus outros filhos tem quantos anos?

Linda- 13, 12 e 11.

Pesquisadora- E como que foi? Foi também não planejado, mas esperado?

Linda- Foi, foi planejado. Foi combinado assim, ó, a gente vai fazer filho, a gente decidiu que a gente ia fazer família porque a gente veio do mundo, aí em vez da gente formar uma quadrilha a gente formou uma família.

Pesquisadora- Como assim?

Linda- Risos. Ah, porque assim, a gente era do mundão, eu não tinha mãe e nem ele tinha mãe, a gente resolveu que a gente ia morar junto, a gente ia ter as nossas responsabilidades, aí os filhos veio vindo, assim, mais nunca que a gente combinou, aí, olha, eu vou, você vai ficar grávida. A gente optou em ter uma família mais os filhos veio vindo naturalmente, sem combinar, assim, a gente já esperava mais a gente não planejava, é isso aí.

[Silêncio]

Pesquisadora- E em relação ao parto, vocês, você já teve, né e você ainda vai ter

Maria- Aí, eu tô super, sei lá, preocupada, sei lá, é tanta coisa que a gente escuta, né, diz, aí, tanta coisa que a gente escuta que na hora do parto demora para tirar a criança e aí a criança morre, aí, tanta coisa que eu escuto que dá até medo, dá até aflição.

Pesquisadora- Mas aonde, quando você fala que a gente escuta?

Maria- Na rua, as pessoas né, que falam mesmo, aí aconteceu em tal lugar isso, aí por você ser a primeira, por ser a primeira gravidez você fica com medo, né, fica beem, e eu fico, às vezes eu fico pensando o meu Deus, tá chegando a hora e né, como vai ser, aí eu fico bem, bem assim pensando, pensativa, é assim.

Pesquisadora- E você?

Linda- As pessoas falam mal desse hospital [risos] vai ficar gravado que, é assim, no meu tempo eu tinha que ir por mim mesma não tinha ninguém que assistia o meu parto, eu achei muito legal porque também eu assisti um programa nos Estados Unidos onde até a família inteira ia lá ver o parto, os filhos menores ficavam lá olhando, assim, até que dessa maneira eu não queria também, né, que é o acompanhamento não precisa também xeretice demais, que tem coisa que não precisa olhar [risos] eu achei muito legal, né, esse projeto que o pai pode participar, a mãe, alguém, um acompanhamento porque é muito legal porque às vezes você não sabe nem o que está se passando, nem todas as pessoas estão conscientes ali na hora do parto, muitas não sabe nem o que está se passando, só que muitas pessoas eu já ouvi falar, aí me deixaram lá, aí eu fiquei lá sofrendo ninguém me deu atenção, eu aprendi assim, como eu não tive mãe, a vida me ensinou que é assim, para o seu nenê vir ao mundo só depende de você mesmo, nada de você chamar o pai, a mãe, o vizinho, a enfermeira, o médico, o fulano, o cicrano, que é você que vai colocar ele para fora, você que vai ajudar ele a chegar ao mundo, a não ser que for uma cesárea, mais mesmo assim depende de você, todo, tem todo um cuidado, é igual a minha amiga, ele veio fazer cesárea, ela veio com a cabeça

molhada, eles não fizeram, porque, falou não, você vai para a casa, seca a cabeça, entendeu, ela teve também que ajudar, a contribuir, ainda ela falou af, você viu, eles me mandaram embora, eu falei você achou ruim? melhor do que se eles te deixar lá a noite inteira lá, você vai ter cesárea só um outro dia, eu achei legal, mais muitas pessoas falam, não falam coisas boas, mais são mais coisas de pessoas que não tem é orientação, eu acho.

Pesquisadora-E o que seria essa falta de orientação?

Linda- A é disso daí, de quem vai ajudar o seu nenê a nascer é você mesmo, que não adianta você chamar o pai, nem a mãe, nem o irmão, que você tem que ter educação, eu aprendi dessa maneira, ah, mais eu fiz o maior escândalo lá e mesmo assim elas não me deram atenção, eu aprendi que a gente tem que ter educação em todos os lugares, só que assim, eu vou ter educação só que se o profissional não tiver comigo eu também vou agir da mesma maneira, entendeu, mais primeiro a educação vem de mim porque aqui eu necessito mais do profissional do que o profissional de mim porque se ele não for médico aqui ele vai ser médico em qualquer outro lugar, outros lugares estão precisando, mais eu escuto isso, mais eu acho que é devido a falta de informação, aí já cabe a vocês que estão na orientação, já entra o teu trabalho também, né, eu acho isso.

Pesquisadora- Você acha que se tivesse essa orientação as pessoas teriam um outro tipo de reação?

Linda- Eu acho.

Maria- Eu também acho.

Linda- Porque igual ela, tá assustada.

Maria- É.

Linda- No meu primeiro parto eu fiquei assustada do que as pessoas me falavam, aí eles vão te deixar lá sofrendo, aí você vai ver.

Maria- É, falam isso mesmo.

Linda- Aí você vai ver, eles nem liga para você, desculpa da minha sinceridade, né, aí a menina vem aqui e fala mal da equipe.

Pesquisadora- A pesquisa não tem um partido, é para saber o que acontece por vocês, a única forma de conhecer um serviço é por quem usa.

Linda- Eu tô me vendo ali há treze anos atrás, eu tô me vendo nela, aí a minha madrinha falou assim, não, só você que, tudo depende de você, de como você vai agir, eu acho que depende de como a gente vai agir, porque isso daqui é nosso, um direito nosso,

né, mas também não é para agente abusar também, né, xingar, falar palavrão, orientar a gestante a ter educação e aí foi mesmo, eu fui pelo o que a minha madrinha falou e só eu mesmo que dei vida ao meu filho, que trouxe ele no mundo, lógico que o profissional foi muito essencial mais igual ela falou para mim, eu vou te ensinar a fazer força certinho, você vai aprender certinho porque eu pedi com educação, ela me ensinou, então eu não fiquei me matando, eu não sei o que é me matar, ficar lá sentido dor, porque força errado, porque muitas vezes até o profissional quer ensinar mais a pessoa não tem, tá com tanta dor não tem nem paciência para escutar e aí ela ensinou e eu me senti confortada onde eu ganhei os meus filhos que foi na em outra cidade e um nessa cidade mas em outro hospital público, aqui eu não sei porque eu nunca tive.

Maria- Foram todos normal?

Linda- Foram. Mais foi muito legal, eu me senti muito bem assim confortada, mais foi devido a mim primeiro porque é igual tá sendo gravado, se um dia eles agirem errado comigo eu vou cobrar os meus direitos porque eu vou fazer valer a minha assinatura ali, mais eu também tenho que me colocar no lugar, né.

Pesquisadora- Como que é para você escutar esse relato.

Linda- Ó, mais vai dar tudo certo, você vai conseguir, força.

Maria- Não, que nem ela falou não tem é, como é que fala, informação.

Linda- Por que as pessoas não falam?

Maria- Falam e assustam.

Linda- E fica bem assustada, eu pelo menos fiquei bem assustada, sabe, de não saber, ser inexperiente, sabe, de não saber o que vai acontecer.

Maria- E fica, eu fico, vai fazer três meses para nascer e eu já fico apavorada, pensando no que vai ser, no que não vai ser.

Linda- Mais vai ser bom, você vai conseguir, força [risos]

[informo sobre o curso de gestante]

Linda- Ai que legal, eu vou procurar saber.

Maria- Eu também não sabia que tinha isso não.

Linda- Porque às vezes a gente se sente sem chão, né?

Maria- Interessante.

[Silêncio]

Pesquisadora- O que mais vocês poderiam falar?

Linda- Ah, o que eu posso falar é isso, é o que eu penso em relação ao hospital, é que é minha opinião, né. É o que eu acho que falta de informação, igual o índice de

muitos bebês morrendo, aí fala é mais foi por causa da, foi porque passou do tempo, aí foi porque, mais eu acho que tudo tem um histórico, né, se a gente tá aqui é porque a gente quer ter um bom parto, se fosse pela gente a gente não taria aqui. Você taria aqui?

Maria- Eu não.

Linda- Eu estaria na minha casa, tinha ido na unidade de saúde que é muito mais rápido, porque aqui deeeeeemora, como demora para passar com a doutora, é sinal que ela é uma boa profissional, mas demora bastante. Se eu pudesse taria lá na minha casa, mais eu acho que eu tô aqui em busca de um parto melhor porque eu sei que eu tenho isso daí, agora eu acho um desaforo a pessoa, a minha amiga a nenê dela morreu porque ela teve diabetess gestacional, só que ela não se importou em fazer um pré-natal correto, entendeu? Deus me livre e guarde, se acontecer no meu caso, a minha nenê vier a falecer é porque Deus quis assim, não porque eu procurei que isto acontecesse, depois eu vou ficar procurando culpado, porque depois ela ficou procurando culpado, ela ainda falou, não, não vai fazer o seu pré-natal lá com o doutor não, eu falei eu vou, porque ele, ele me falou por mim você não faz o pré-natal comigo, você vai lá e a doutora que é profissional faz o pré-natal de gravidez de alto risco que vai avaliar você, ela deixou a critério, tanto que como eu tenho problema de plaqueta, quem conta maior de tudo é a doutora que cuida das minha plaqueta, entendeu? Mais eles também tão trabalhando em equipe, eles não são do mesmo hospital, olha que legal, mesmo cada um na sua, no seu lugar de trabalho diferenciado, eles tem, né, eles formaram uma equipe e eu no meio, né, tá certo que eu fico, mais aí eu optei né, pra depois se um dia acontecer qualquer coisa eu não procurar um culpado porque às vezes tudo é a gente, a gestante é a gente [agente] o profissional, igual eu falei, o profissional médico ele é a parte principal, mais é, muita coisa é a gente que vai dar solução para a gente mesmo, como o que o nosso nenê vem ao mundo, da maneira que ele vai vim, né, porque a médica não vai lá na minha casa, pega na minha mão e fala, vem fazer o pré-natal aqui, né, é isso que eu penso.

Pesquisadora- E como os maridos de vocês tem participado, acompanhado

Linda- Ah, meu marido tem sido uma glória, menina, uma benção [risos]. Voce quer que eu fale pela parte do psicológico? Eu posso falar pelo psicológico, não meu marido adorou que tô fazendo pré-natal aqui, porque eu tô sendo bem acompanhada, tudo, mais eu acho que ele não vê a hora de eu ganhar nenê porque quer ver, o homem a emoção dele é assistir o parto, só isso, ele quer ver a emoção do nenê, mais para ele tanto faz, igual, ele falou você escolhe, se fosse eu escolheria fazer aqui, e aí tá, e aí ele

tá uma benção, está esperando a chegada do nenê, que a parte principal ele já fez, né, que foi colocar o nenê aqui [risos].

Maria- Ah, já o meu ele nem se importa. Sabe quando você vê que a pessoa, teve até um tempo aí que eu, no comecinho da gravidez eu pensei até em tirar, pela reação dele, tudo, porque no começo ele não, falava que era mentira, tudo essas coisas, sabe, que eu não tava grávida, tudo essas coisas, então até o, agora pouco que ele falou que tá, mais mesmo assim ele não se importa, sabe, diz que só vai se importar depois que nascer, que tá vendo, aí ele acredita que, entendeu?

Linda- Meu marido também é dessa maneira. Tá bom.

Maria- É.

Linda- Quando ele vê o nenê lá, quando ele tiver noção lá e ele ver.

Maria- É.

Linda- Ele pensa que as coisas vai mudar só que para mim já tem vida agora, né?

Pesquisadora- O que vocês acham disso? Como é para vocês lidar com essa situação?

Maria- Para mim é bem chata.

Linda- Eu acho que deveria ter pré-natal dos pais.

Maria- É, eu também.

(risos)

Maria- É verdade, sério, eu acho.

Linda- É porque aí eles iam participar mais.

Maria- É.

Linda- Eles não caem na consciência que agora já tem vida.

Maria- Ai outro dia eu falei para ele, aí acho que a gente devia se separar, porque para você tá tudo bom, e eu queria um marido que cobrasse, assim, não tá tudo bom.

Pesquisadora- Assistencia mais voltada à mulher

Maria- Mais devia ser ao homem, também.

Linda- Porque o homem é a parte fundamental. É igual, eu sou fumante e o meu marido ele gosta de uns *drink*, eu não gosto de *drink*, eu gosto de cigarro, falar a verdade para você, mesmo porque eu sei que faz mal para o meu nenê, para a minha nenê, eu tenho evitado, eu tenho fumado menos, eu tenho tentado até parar, eu sei que me faz mal mais aí o meu marido quando a gente discute, ele fala ó, já vai fumar um cigarro, mais ele não vê que o, que veio dele, aí ele tá aqui é graças à ele, veio dele

primeiro, tá dentro de mim, mais quem colocou dentro de mim foi ele, então o Drauzio como eu tava assistindo umas reportagens do Drauzio e ele disse assim que o essencial vem do pai porque já tá na genética, daí cai a tendência, a criança é, gostar de droga, gostar de bebida, gostar de não sei o que devido nem a mãe, do que a mãe, né, fez durante a gestação porque já vem do pai então eu acho que devia ter um pré pré-natal do homem antes dele fazer na mulher, né, e um acompanhamento, eu acho que devia, eu acho que não teria tantos filhos assim, eu acho, eu acho que devia ter igual um bolsa família, que ver homem ficar feliz é, vai lá que você vai ganhar um auxílio, é, dá uma caixa de cerveja para quem gosta [risos] né, eu acho, que a mulher ela fica sensível, porque não adianta nada eu conversar com você que é uma profissional, você vai me entender, mais muitas coisas você não vai me compreender porque você não tá no dia-a-dia comigo. Por isso que eu acho que devia ter um profissional, e o meu marido parece que ele dá mais ouvido pros outros do que para mim.

Maria- É. O meu é desse jeito.

Linda- É, igual a médica, no dia que médica falou você tem que tomar a medicação e ele tinha vindo junto comigo, nossa, ele ficou mó, e ele já sabia que eu tinha que tomar a medicação certa, mais ele tinha ouvido da minha boca, enquanto ele não ouviu da boca da médica ele não acreditou, era como se eu tivesse inventando que eu tinha que tomar medicação.

Maria- O meu é desse jeito também. É, eu falo, aí os outro falou aí ele aí porque é assim, assim, assim.

Linda- Viu, tá vendo como profissional eu acho que vocês deviam confiscar os maridos.

[risos]

Linda- Porque o filho é o futuro do pai também, né. É o decorrer do pai, também.

Maria- E eles acha que é só responsabilidade da mulher e não é.

Linda- Vai do decorrer do pai também, eu acho que o pai devia ter um planejamento, mesmo, de verdade, familiar.

Maria- Seria muito bom.

Linda- Olha, a doutora te convocou lá, não é, ó, você tem que ir. Aí o meu marido, eu fui na ginecologista e eu tive que tomar uma medicação, meu marido também tinha que tomar uma medicação, aí eu peguei e levei, aí eu também tinha falado para ele, se tiver que tomar medicação você também vai ter que tomar, ele ah que vou

ter nada, que não sei o que, eu me cuido, não saio com ninguém, ele já achou que eu tava falando de traição, imagina, mais não tem só traição, né, tem outras formas, aí eu tive que levar a receita para ele acreditar que a receita tava com o nome dele para ele tomar, entendeu, agora eu acho que profissional tem muito, vale muito a palavra do profissional.

Pesquisadora- Vocês sentem que falem mais do que a de vocês?

Linda- Eu acho.

Maria- Eu também.

Linda- Eu acho que muitas mulheres estão desamparadas por causa do, da falta do profissional estar orientado o homem, eu acho. É, igual você vê campanha do colo do útero, campanha de não sei o que, você não vê campanha do homem, a do HPV, de não sei o que, você não vê, né.

Maria- Verdade.

Linda- Vai nas firmas, vai no lugar onde tá os operários.

Maria- É.

[risos]

Linda- A ideia é boa. Preocupado só com a mulher, só com a mulher e aí, e o cuidado maior da mulher eu acho que é o aconchego durante a gravidez.

Maria- É, verdade.

Linda- Porque o profissional da família é o marido, o profissional da saúde é o médico e da família é o marido.

[risos]

Pesquisadora- É sempre o homem?

Linda- É, eu acho.

[Silêncio]

Pesquisadora- Queriam falar mais alguma coisa?

[Silêncio]

[Gesticularam que não, agradeceram e o grupo encerrou-se]

Grupo 4

[Com a participação da psicóloga do hospital]

Luciana- O meu nome é Luciana, eu tenho 30 anos, sou gestante de alto risco, tive oito abortos, com esse aqui é o terceiro que tem bastante tempo, estou de sete meses, eu passo na consulta com a doutora de alto risco porque o problema é psicológico, é, eu fico nervosa, eu ando muito, se eu me estresso já começo a entrar em trabalho de parto, desde os três meses de gestação.

Pesquisadora- E essa é a primeira vez que você está fazendo o acompanhamento aqui?

Luciana- Primeira vez porque antes eu tive meus filhos em outro hospital público e eu não sabia, né, minha filha tem oito anos eu não sabia que lá não tem mais maternidade, fui para lá e fui encaminhada para cá, como eu moro em outra cidade eu tava passando na casa da mulher de alto risco de lá, só que eu tava com três dedos de dilatação e me mandaram embora novamente para casa, então quando foi no outro dia que eu vim para comprar a roupa do bebê, né, eu já fiquei internada já, eu vim aqui já com o histórico de quatro dedos de dilatação, que eu ficasse internada para segurar porque eu estava de seis meses ainda.

Sandra- Meu nome é Sandra, tenho 44 anos, é a minha terceira gestação, mas é o meu segundo filho. O meu primeiro já tem 18 anos e eu também estou passando como alto risco porque eu tive sangramento mês passado, né, aí eles me encaminharam para a doutora o mês passado e eu espero que consiga chegar até o 9º mês, né, como a colega aqui também, eu sei que para ela é muito mais sofrido, porque oito abortos, né. O ano passado eu perdi um também.

Luciana- É, o meu não chega até os nove, os dois foram de sete meses e esse com cinco meses, com seis meses já queria nascer, então tem que tá passando.

Eliana- Meu nome é Eliana, eu tenho 35, segunda gestação e ele também foi de alto risco, eu já, eu tive ele aqui há quatro anos e 9 meses e agora também é devido ao quadro de eu ser hipertensa por isso que eu passo aqui, e a minha gestação é de três meses.

Pesquisadora- E pensando nessas situações que vocês contaram, de estarem aqui no alto risco, como vocês entendem a participação de vocês nesse processo de vir, fazer as consultas, como é que vocês participam disso e como é que vocês se sentem com isso?

Luciana- Bom, eu por já ter passado por vários hospitais, eu achei que esse aqui é o melhor, tanto que eu já pedi encaminhamento para eu passar aqui, a psicóloga também porque para mim não, não que não preste mais eu acho que por eu não ter sido

atendida, não ter tido a atenção que eu merecia, né, então eu decidi passar por aqui, agora a primeira consulta com a doutora vamos ver, mais o atendimento que eu fiquei internada, sai da internação passei sábado novamente aqui, eu fui muito bem atendida, né, hoje eu já conheço praticamente as enfermeira do hospital porque tem bastante tempo devido ao meu histórico, né, então assim, eu não tenho o que falar, eu gostei muito das orientações também, do carinho que a enfermeira trocava também o período, me atenderam muito bem também, deram tudo quanto é tipo de atenção que eu precisei.

Pesquisadora- E quando você fala que não teve atenção no outro hospital?

Luciana- Então, o outro hospital eu não tive porque, como eu pensei, como que eu vou com três meses de dilatação, tudo bem que eu não tava com tanta dor depois que eu descobri que o meu caso é emocional, aí eles me mandaram embora para casa, porque os meus dois filhos quando eu cheguei do hospital, tudo bem que tava com seis dedos não tive nada de dor, nem sabia que era do parto e me colocaram estímulo lá, me colocaram para ganhar e não senti nenhuma dor, foi tudo muito rápido, mais lá, eu pensei o que, tô com três dedos de dilatação então o certo seria encaminhar para o hospital e maternidade mais próxima para eu ficar e eles não me encaminharam, por causa disso e pela atenção que eu tive aqui eu acho que lá para minha não, não ia ser bom e nem para mim confiar, eu mesma ter o meu filho lá e também meu filho ficar na incubadora, sei lá, ter algum problema devido a demora e espera do parto porque eu fiquei sabendo lá inclusive de criança que já morreu por negligência, até de uma colega minha então eu preferi vir para cá, de uma forma ou de outra.

Sandra- E aqui também o que eu sinto, o ano passado, né, eu perdi, eu tive um aborto também e, e eu fiquei, eu fiquei rodando os hospitais, porque até então eu não tinha vindo para cá porque eu fazia no posto, né, então eu fiquei rodando os hospitais, em um, e outro e eu não tinha perdido ainda, eu tava com sangramento e eu querendo desesperada, eu peguei o carro e dirigi quase há 100 por hora na avenida [diz o nome de uma avenida da cidade] porque eu achava que eu ia salvar o nenê se eu chegasse no hospital há tempo, aí eu cheguei lá e fiquei duas horas esperando e com sangramento, então foi muito triste, mais muito, aí eu lembro quando eu cheguei lá o médico falou não, aqui a gente não pode atender, eu falei, mais eu preciso de um encaminhamento, para onde eu vou, né, eu não tinha convênio. Esse ano eu estou com convênio, mais como não teve carência eu preferi por aqui também e aqui assim eu percebi que o hospital inteiro assim, as enfermeira até o ultrassom o médico falou assim, não, o seu

bebê é muito pequeno, a gente faz o morfológico, assim, não é só a médica que cuida de você, tem todo um, né, desde a recepção, vocês aqui agora.

Eliana- É no geral, né. É, o atendimento é geral.

Sandra- E a gente se sente muito segura, também, na minha idade, eu tô assim, muito constrangida, né, assim, eu não falei nem para a minha mãe que eu estou grávida, eu não sei se é por isso eu não, eu não engordei ainda, eu engordei dois quilos, só, e eu vim, eu passei com a doutora no mês passado, ela falou, a tua barriga tá muito pequena, né, então assim, eu fiquei, eu tô assim, eu tô com vergonha, né, e isso é uma coisa que eu não pensava, eu queria muito ter um filho, mais eu não queria ter antes dos 40 anos, eu queria ter nessa fase, aí depois dos 40 que eu queria ter filho, então eu me programei muito para isso, então eu queria trabalhar, eu queria ganhar dinheiro primeiro, eu queria fazer um monte de coisa primeiro e, só que depois, agora que eu engravidei eu sinto uma vergonha que eu não pensava que eu iria ter, entendeu, eu não sei se é por isso, mais assim, ao mesmo tempo eu acho que eu nem tô grávida, só aí eu, eu vejo o nenê mexendo, aí eu falo, aí, graças e Deus, né, que eu tô grávida, então assim, eu tô passando por um processo difícil, não como a colega, né, mais é, eu acho legal esse momento que vocês dão para a gente porque é para a gente desabafar, né.

Pesquisadora- Quando você fala vergonha

Sandra- Ah, vergonha assim de ter esperado tanto tempo, de ser uma mãe já idosa.

Eliana- É, olha, desculpa, mais eu acho que não tem nada a ver, se você pensar assim eu acho que vai prejudicar tanto a sua saúde como a criança, você tem que pensar em você e na criança.

Luciana- Eu tenho 30 anos, a minha mãe não aceita de jeito nenhum essa criança.

Sandra- É por isso que eu não conto para a minha mãe porque ela não vai aceitar.

Luciana- A minha até hoje, é, por mais que fale, eu tento explicar que eu não moro mais com ela, que eu já sou dependente de mim mesma, eu não dependo dela para nada, nem meus filhos e ela não aceita, ela acha que é um absurdo hoje em dia tendo é, como se fala, tendo como evitar, eu engravidar já 11 vezes primeiramente e depois, além de eu perder já esses 8 eu querer ainda ter mais, tentar ter mais um filho, né, e foi aonde Deus colocou mesmo para eu segurar porque se fosse ver com três meses eu tinha

tomado uns pontos na minha barriga, é, no útero, eu não tinha segurado, porque com quatro meses no máximo, depois de completamente formado eu perco os bebês tudinho.

Sandra- Pelo fato de eu ser de alto risco, seria outro motivo para a minha mãe, aí ela vai me condenar mesmo.

Luciana- É nisso que eu falo, eu não tô me preocupando mais, que no início eu me preocupava muito com o que a minha mãe ia falar, com o que minha mãe ia pensar, a minha família inteira, nossa senhora, ia me abominar, hoje em dia eu passo na casa da minha tia, que já é tradicional, né, você tem que casar e tem que ser, o pai do seu filho para o resto da sua vida inteira, não pode ser outro, hoje em dia eu já penso diferente mais a minha mãe também não aceita, eu procuro deixar mais de lado essa parte da minha mãe porque ela vai ter que aceitar mais cedo ou mais tarde, que o neto é dela, que eu quis e ela não pode fazer nada contra isso, até mesmo o meu psicológico, que eu tava aqui, eu tava passando muito mal, eu chorava dia e noite, dia e noite, cada mensagem que ela mandava para mim ela já, tipo assim, ela me magoava cada vez mais, né, já me deixando mais para baixo, já me deixava com algumas coisas na cabeça, aí eu não quero mais ter, eu não quero mais assim por causa da minha mãe, então eu não queria, aí a psicóloga falou para mim, não é a sua mãe que tem que decidir a sua vida, é você mesma que tem que saber o que você quer, ainda mais quando é, no caso de gravidez, até de risco, né, a gente pode perder a qualquer momento, pior ainda vai ser se você perder por causa dos outros, aí você não vai se perdoar nunca mais, entendeu? É o máximo, que eu penso direto, porque eu não quero saber se o pai do meu filho vai querer ficar comigo ou não, se a minha mãe vai gostar ou não, pelo menos eu tenho os meus três filhos do meu lado e fui eu que quis, não foi ninguém que falou você vai ter ou você vai tirar porque eu já me arrependo até hoje de todos que eu já perdi, tudo bem que não precisava chegar até os 11, né? Mais se eu tivesse no 3º meu, antes de perder o 3º, se tivesse nascido, aí eu já tinha parado também, agora não, agora essa aqui vai vim, com fé em Deus eu vou fazer a minha laqueadura só para não ter mais sofrimento.

Pesquisadora- E como está sendo lidar com estas questões familiares?

Sandra- É, eu por enquanto tô, eu tô omissa porque eu sei que eu vou passar por tudo isso quando ela descobrir, né, aí o meu esposo, né, ele me apoia também, tá muito feliz, nossa, tá muito contente. Para o meu filho eu ainda não contei porque ano passado quando eu perdi, quando eu tive o aborto ele ficou bem chateado, né, ano passado ele teve muita vergonha, ele falou, ah mãe, você me faz passar cada uma, que não sei o que, aí esse ano eu tô pensando assim, em dar um tempo, quando tiver com seis meses, aí eu

conto numa boa para todo mundo, né, porque aí também eles vão me chatear, eles vão me chatear tanto, tanto, que eu tenho até medo de ter essa gravidez, de perder de novo, de vim parar aqui de novo, passar mal de novo, entendeu? Eu tô com esse medo, de passar mal. Para eles é bom, mas para mim não.

Pesquisadora- E a sua?

Eliana- Eu já penso mais um pouco diferente, porque assim é a situação do que elas passam porque filho primeiro é uma benção de Deus, ele nada, ele não deixa, ele não permite se não for da vontade dele e assim eu acho que você tem que ter o apoio da família, né, mais quando não tem.

Luciana- É você só por si só

Eliana- Não. Mais tem o seu esposo, tem Deus. Eu, eu não tenho o que falar porque ter um filho é uma benção e é uma, uma fase maravilhosa porque, eu até me emociono porque tem quantas, quantas mulheres que tentam, né, para ter um filho e não conseguem. Por exemplo, você mesma que tá grávida, quantas não queria tá no seu lugar para ter um filho e você tem, você fica falando assim, você falou uma bomba, eu vou jogar a bomba.

Sandra- Não. Vou deixar claro, não é para mim, eu quis ter o filho. Eu fiquei muitos anos, eu sempre soube o dia fértil, eu me planejei, eu queria muito esse filho, é por querer tanto que eu quero me proteger e proteger a ele, entendeu?

Eliana- Tanto que o meu não foi planejado, né, aconteceu e até o médico falou assim, ele falou, você é louca, com esse problema todo que você tem e mesmo ele falando isso eu não me preocupo, não me preocupo porque se Deus permitiu, eu tenho certeza que eu vou até o final.

Luciana- No meu caso também, a minha mãe pode falar o que ela quiser, qualquer um, eu já escutei isso também do médico, nossa, você já teve 11 abortos, oito abortos e você ainda tem coragem de engravidar ainda, como é que você pensa, é, como é que você vai se enxergar, vai ser mais uma decepção para você porque você não para, eu falei não porque é tudo no tempo dele, e tenho dois filhos, 8 que eu perdi e agora vem essa benção.

Eliana- E outra questão também devido ao hospital que nós estamos porque eu sou profissional da área, eu conheço todos, um pouco ai fora e por ser municipal aqui, agora com outro governo, né, é um hospital maravilhoso, eu tive ele aqui, eu não tenho o que reclamar, já ouvi varias reclamações e eu defendo.

Luciana- Então, eu também já escutei varias reclamações de hospitais de convênio, né, quando eu fiquei internada aqui.

Eliana- Eu já fui em convênio e não fui atendida como eu sou atendida aqui.

Luciana- Então, eu ia falar a mesma coisa, ela foi em três convênios, o da mãe, o do pai e o dela, né, e o namorado também conseguiu encaixar ela e a atenção que ela teve no convênio não foi a mesma daqui porque não colocaram a mão nela para ver o que ela tinha, falaram que ela tava em fase de aborto, que era ir para casa e esperar que ela ia perder o nenê e quando ela chegou aqui fizeram todo um trabalho, conseguiu segurar o bebê, ela ficou uma semana internada junto comigo, um dia antes de eu ter alta ela teve, né, saiu daqui muito bem, começou tudo de novo com uma infecção, ela tá aqui internada ainda, ela voltou, só que ela voltou no hospital, né, convênio eu tô pagando, só que eu preciso ter uma, uma orientação melhor e ela foi para o hospital de novo, porque os três médicos, os mesmos médicos falou para ela, você vai ter um aborto porque você está com uma infecção muito forte, aí foi onde ela me comunicou, ela falei porque ela não vem aqui, porque ela já tinha ficado e foi tão bom, eles conseguiram segurar o bebê e tudo, volta para lá, não fica passando nesses médicos que você só vai perder tempo, não escutou, tomou o antibiótico que não podia ter tomado, quando chegou aqui falaram que ela não podia ter tomado, não conseguiu segurar e entrou em trabalho de aborto, aí fizeram a curetagem, aí ficou, ela tá uns quatrao, cinco dias que ela tá aqui e tá tomando medicamento para poder curar a infecção e quando sair pretende passar de novo na médica para ver como ela fazer, pode correr novamente de engravidar, né, mais com a consciência agora, porque a gente paga, que nem eu falei a minha irmã pagando tanto no convênio e no final, como ela falou, não cobre a carência de parto, para que? Porque você não pode engravidar nunca na sua vida porque não vão poder te atender, tem que correr pro SUS e não só o hospital daqui, mais quando eu tive meu filho no hospital em outra cidade, né, foi muito bom também, eu não tive o que reclamar, o tratamento, tudo, mais assim o convênio quando eu passava com a minha mãe não era a mesma coisa, só que tem muitos convênios que tudo bem pode dizer que são bons porque tem varias especialidades, mais quando se trata de gestante e do bebê eu já penso já de uma outra forma, eu já tenho que pensar duas vezes para ver se eu vou querer também.

[Silêncio]

Pesquisadora- E como que vocês, é, você está falando da assistência, o que vocês acham que precisaria ter e que não tem hoje nessa assistência à gestante e ao bebê?

André [filho de Eliana] – Eu tava esperando a minha mãe ontem lá em casa, aí eu fiquei dormindo debaixo da coberta, aí eu fui no médico com minha mãe, depois eu vi um nenê na barriguinha dela.

Pesquisadora- Ah, é? E quem é esse nenê?

[[Silêncio]]

Eliana- Fala, eu não sei se irmãzinho ou irmãzinha, fala.

[risos]

Sandra- Então, eu não sei porque hospital público é diferente, né, mais assim eu coisa que é muito bom, que eu gostaria que eu sinto um pouco falta aqui, é assim, você cria vínculo com a sua médica, né, você confia nela, mais quando chega, por exemplo, no atendimento, que você chega aqui, vamos supor, de madrugada, tal, não tem como você entrar em contato com ela ou então ela te atender, ela te fazer a curetagem ou ela te fazer o parto, não tem, então assim, é claro que é quase impossível, que há vários fatores, mais era legal se por exemplo a gente fosse ganhar nenê, né

Luciana- Se fosse a mesma médica.

Eliana- Eu também acho.

[risos]

Luciana- Acho que a gente tinha mais segurança, também.

Sandra- É pedir demais, né?

Pesquisadora- É pedir demais?

Sandra- Eu acho que sim.

Luciana- Eu também acho, que essa parte também.

Sandra- A médica também deve ter os dias certos, 36 por 12, não é assim?

Luciana- O meu filho, o primeiro médico que eu passei, ele fez o meu pré-natal completo, quando foi para ganhar, quando eu fui em outro hospital, não foi o indicado pelo outro município, né, eu liguei, eu consegui ligar para ele, ele rapidinho, vê se consegue segurara aí, que rapidinho eu tô indo, como tava, foi parto normal deu tempo, né, dele sair da UBS que ele tava e ir até lá de carro, né, essa parte, pelo menos acompanhar assim, o meu filho ele conseguiu, foi bem mais fácil para mim, agora a minha filha já não foi do mesmo jeito, então que nem ela falou, eu queria que fosse com a mesma médica, tanto na hora da gente passar em consulta, porque já sabe, já conhece

o nosso corpo, né, já sabe como a gente tá e tudo, então na hora de ganhar eu acho que seria mais segurança para a mãe para ficar mais calma, né, continuar com o mesmo profissional que ela já passa, que nem agora, são vários aprendizes que tem, né, nossa são, passa um monte, até no quarto quando você tá, né, seria legal a própria médica.

Sandra- E assim, eu sei que é um pouco de preconceito mais assim, por exemplo, quando eu tive sangramento tinha cinco pessoas e eram bem novinhas elas, não sei se é preconceito meu também, por causa da minha idade talvez, mais eu fiquei pensando, será que essas meninas são formadas, será que elas são as médicas, que é a médica, né, então assim eu coisa que eu gostaria de sugerir, eu também não falei nada para constranger mais assim, eu queria saber que é a médica, né, eu gostaria de saber. É claro, né, depois veio uma e tentou escutar a minha barriga, veio a outra, veio a outra, até que uma conseguiu, eu fiquei pensando, eu acho que essa é a médica.

Pesquisadora- Você não perguntou?

Sandra- Eu fiquei com medo de deixá-las avexadas. Elas foram muito bem assim, elas tavam com vontade realmente de tentar assim, e eu tava chorando, muito nervosa, aí eu falei, ah, qualquer, qualquer não, né, a ajuda sempre é bom receber, mais assim é legal se identificar, dizer eu sou a médica, essa é uma sugestão, porque outras mães também poderiam sentir do jeito que eu senti.

Pesquisadora- Do que elas falaram você quer acrescentar? Concorda?

Eliana- Não. Em relação, ela falou de identificar, sim. Todas tem que se identificar, até os procedimentos que vão fazer, tudo, mais, né, essa parte que ela falou assim, que são novinhas, porque sempre tem, porque por exemplo, se elas não for formada, elas são alunas, mais tem o professor lá, se elas não, não tem oportunidade de estar lá, de ver para aprender, como é que elas vão aprender, né, elas tem que ter oportunidade, eu já penso nisso.

Sandra- É porque você é da saúde, também.

André- Aí eu vi um desenho na minha casa ontem, aí eu fiquei muito, eu fiquei muito nervoso com o feijão que derramou na panela.

[risos]

Pesquisadora- E o que vocês poderiam fazer, pensando na participação, no papel de vocês, dentro da assistência.

Eliana- Participação.

Sandra- Você fala o que, no atendimento? Quando a gente é atendida?

Pesquisadora- No atendimento, durante a gestação...

Luciana- Eu acho que tem mulheres escandalosas demais que atrapalham, eu fiquei internada aqui uma semana, é a primeira vez, no meu caso foi a primeira vez que eu fui internada aqui, né, então assim, eu acho que tinha que colocar separado aquelas que são, tipo assim, que já tá vendo, que já tá pedindo de um tempo, né, para você, ah enfermeira já não aguento mais de dor, para não começar com aquele escândalo todo, para não assustar as outras, né, que tão começando o trabalho de parto, colocar separadas as, assim, dar atenção a mais, né, a todo instante tá ali, mais porem um pouco separadas, porque nossa senhora, uma que gritou aqui gente, eu vou falar para vocês, eu não aguentei não, eu chorava, eu chorava, eu chorava, eu me tremia, eu fiquei branca.

Sandra- Fica todo mundo nervosa.

Luciana- Tudo. Tudo. E eu já tava começando, eu já tava com quatro dedos, então eu já tava tomando medicação, mais a medicação não fazia efeito, devido ao que, porque eu também tava preocupada com ela porque ela gritava, eu acho que o hospital todinho escutou, o grito dela, quando pensou que não a gente só escutou barulho e saiu e acabou tudo. Tipo assim, ela não conseguia gritar, tipo assim

Sandra- Por isso que ela gritava

Luciana- É, tem mulheres, que nem a enfermeira falou que entra em trabalho de parto bem rápido, então desse mais atenção nessa parte também de quando vê tá começando, é, tá muito rápido de um dedo para o outro, que tá dilatando rápido, né, deixar separado porque querendo ou não as outras que estão ali vai começar um trabalho de parto prematuro no caso que elas falam, né, devido ao nervosismo, que foi o caso também que eu passei, mais assim, é, eu acho que a gente não tem nem como tá falando nada porque geralmente o que eu já escutei foi que ah você não trabalha aqui você não sabe como é que funciona, a gente tem que ter calma, tudo delas é na calma, eu sei que tem que ter calma, mais calma demais também, né, não dá.

Sandra- Eu acho também que a gente pode fazer assim, é, tem caixinha de sugestões aqui, não tem?

Luciana- Tem. Agora até a diretora do hospital esta passando nos quartos, né.

Sandra- É que a gente pode também assim, a gente pode falar lá.

Eliana- Mais sempre passou, né? Ela sempre passou.

Sandra- Eu não conheço a diretora daqui.

Luciana- Ela é um amor, enquanto eu tava internada, ela passou todos os dias para perguntar do atendimento, se tinha alguma enfermeira que estava atendendo mal,

que era para falar e dar o nome, porque ela demitia a pessoa certa porque ela não quer demitir injustamente.

Sandra- Isso é valido, de você colocar em uma caixinha de sugestão ou você relatar o episódio. Uma coisa que eu achei interessante assim é uma colega de quarto que eu fiquei o ano passado ela, ela não tinha trazido escova, é chinelo, ela não tinha trazido nenhuma mala, aí ela pegou e pediu que ela queria falar com a assistente social, aí a assistente social veio, aí ela conversou com a assistente social, ó, tô precisando disso, disso, daquilo, né, aí veio uns cinco minutos já mandaram tudo, eu achei, nossa, ela é bem esperta, né, eu acho que provavelmente também ela já deve ter feito outros, outros abortos, outros partos, também já conhecia, né, mais a mulher não ficou nervosa, não ficou nervosa porque não tinha trazido e já pediu a assistente social, ela veio, atendeu, eu achei legal isso, eu acho que é valido também se é uma mulher que tá com necessidade, assim uma necessidade urgente, assim não fazer isso com antecedência, já de propósito, mais também recorrer a, por exemplo, vocês não sei por exemplo, eu nem sabia que vocês, vocês davam assistência para a gente, mais se realmente a gente tem esse direito, a gente tá precisando de psicólogo, pedir essa orientação, é, precisa da assistente, aí não fica lá só reclamando, eu acho que é participativo isso, das mães, da gente ser mais ativas, né.

Pesquisadora- E você?

Eliana- Eu não tenho o que falar sobre.

[[Silêncio]]

Pesquisadora- Teria mais alguma coisa que vocês gostariam de falar?

Sandra- Eu nunca falei tanto.

Luciana- Quando você tiver sozinha com o psicólogo você vai falar mais ainda.

Sandra- Ah, é? Vocês tem esse poder?

Luciana- Comigo foi do mesmo jeito, a psicóloga que passou comigo no hospitál, nossa, eu falou tanta coisa que eu mesma não enxergava. É, muitas coisas, eu também sai daqui olhando muitas coisas e colocando em prática porque do jeito que tava indo não tava dando, tanto a minha vida fora do hospital como aqui dentro, então agora que nem ela me explicou tudo que agora é o bebê, então é baseado no bebê, esqueci o mundo, e você, é você, você que é a mãe, que escolhe, então não tem os outros escolher, né, é tudo dentro da sua família, a sua família apoiando tudo bem, só que agora se você, que bem eu falei para ela, né, é, o meu caso é, não é igual todos, mais no meu caso como a minha família não meu apoia, né, eu só tenho apoio do meu irmão

e dos meus filhos e do meu marido, né, então assim, a minha vida conjugal anda para lá e para cá, mais assim, que nem ela falou, deixa seu

Eliana- Se o marido e o filho já apoia já é necessário.

Luciana- Ela falou, não deixa ninguém impedir a sua vida porque a gente que sabe que o é melhor para o bebê.

Sandra- É verdade

Luciana- Quando a gente quer ter, a gente quer ter, que nem o caso da minha colega, se ela quisesse perder a criança, ela voltaria para casa e ficaria lá esperando ter o aboro e acabou, né, Deus dá, agora a gente tem que saber cuidar.

Sandra- Todo mês a gente vai participar desse grupo?

Pesquisadora- Eu tenho vindo às quartas-feiras para fazer por conta da pesquisa, se você tiver aqui e quiser participar, fique a vontade.

Psicóloga do Hospital- Nós temos aqui eu e a Roberta, acho que você conheceu a Roberta, né, caso você queira eu posso tá dando continuidade, eu acho interesse você continuar com a Roberta, e aí nós podemos dar continuidade até o nascimento [referindo-se à Sandra].

Sandra- Aí eu marco, como que é?

Psicóloga do Hospital- Isso. Toda vez que você vier, você já passa comigo também.

Sandra- Então depois nós podemos tá combinando.

Pesquisadora- A Bianca é psicóloga do hospital, eu só faço a pesquisa, então eu não tenho vínculo com o hospital. Eu converso com vocês nesses momentos para a pesquisa. Atendimento é com a Bianca.

Psicóloga do Hospital- Eu acho interessante a gente continuar.

Sandra- Obrigada.

Psicóloga do Hospital- Ela, como ficou internada e já teve o primeiro vínculo com a Roberta, eu acho interessante então você continuar.

Luciana- É, eu preciso mesmo

Psicóloga do Hospital- E eu também me coloco a disposição, se você precisar de mim [referindo-se à Eliana]

Luciana- É, eu vou precisar. Porque o que eu descobri agora é que é emocional, que meu bebê tava querendo nascer antes do tempo, todos eu acho que foram assim, como depois também porque eu não sei se é mito ou se é verdade mais dizem que a preocupação, é estresse, tudo faz o leite ressecar, né, então eu morro de medo de ficar

sem amamentar. A minha filha eu amamentei até os seis meses, então essa parte eu já fico já apreensiva por causa que depois que a gente ganha também gera um outro procedimento que é diferente de quem ainda tá gestante né, então que nem eu falei com a Roberta, né, eu queria continuar passando porque eu acho que vai me ajudar muito, buscar alguns remédios que ela me passaram também, ela receitou tudo para mim e tá me ajudando bastante, para dormir, só essa noite, faz uma semana agora que eu não tô conseguindo dormir devido a já, eu não sei se eu já tô entrando em trabalho de parto, né mais, é, muitas dores, eu não acho posição e senti desconforto, falta de ar, tudo, eu também tenho crise alérgica e asmática e eu não consegui.

Psicóloga do Hospital- Quem receitou?

Luciana- A Roberta receitou para mim. Passou com a médica e a médica foi e receitou.

Psicóloga do Hospital- A médica que receitou.

Luciana- Receitou porque eu tava precisando e como eu já tava tomando aqui no hospital, porque eu ficava mais calma, né, conseguia dormir porque eu não dormia e ela falou que eu precisava dormir, até mesmo para o bebê é, não ter nenhum tipo de complicação, nenhum problema para ele, então assim, como me ajudou bastante, eu gostaria de continuar passando, sim, então eu acho que eu vou precisar, justamente para eu não perder essa fase de amamentar.

Psicóloga do Hospital- É importante, sim.

[[Silêncio]]

Eliana- Pede desculpa pela bagunça [dirigindo-se ao seu filho]

[risos]

André- Olha, a menina mãe vai me levar, ela vai no levar no shopping ontem.

Eliana- É hoje

[Encerramento. Agradecimento].

Grupo 5

Flávia – Bom, meu nome é Flávia, eu tenho 32 anos, tô de cinco meses, tô passando aqui com a doutora porque eu tive um acidente vai fazer 16 anos de carro e eu fraturei seis vértebras e como eles tiraram o osso do quadril, né, para fazer o enxerto na cervical e na torácica, eu não posso ter o parto normal, então é um parto de risco, por

isso que eu passo aqui. E eu tô com um nenê de 11 meses, ano passado eu já tive um nenê aqui.

Pesquisadora- Teve todo esse acompanhamento?

Flávia- Tive todo esse acompanhamento aqui, não foi com essa doutora, foi com outra.

Carmen- Bom, eu sou a Carmen, tenho 37 anos, faço pré-natal de alto risco porque eu tenho diabetess e problema de pressão. É isso. [risos]

Daniela- Eu sou Daniela, tenho 24 anos, e eu faço pré-natal por causa que eu tô com diabetess também, pedra no rim esquerdo, acho que no direito também e com infecção. Acho que é só isso mesmo.

[[Silêncio]]

Pesquisadora- E como que vocês entendem a participação de vocês nos procedimentos dentro de uma instituição pública?

Flávia- Bom, eu acho que os procedimentos que eu tenho aqui, eu, eu tô bem satisfeita, né, eu tô bem satisfeita, eu participo do, de palestra, tudo o que tem sobre criança, sobre a mulher, eu tô participando.

Pesquisadora- Aqui, dentro do hospital?

Flávia- Dentro do hospital. Eles dão, né, umas palestra e, e a gente vem e ensina a cuidar de bebê, ensina amamentação, ensina tudo isso, que a gente precisa saber que por mais que a gente tenha outras filhos é, a gente esquece, né, quando vem quando chega o outro a gente esquece.

Pesquisadora- E quais que você já participo aqui?

Flávia- De amamentação, né, de aleitamento materno, é, tem vários, eu até esqueci, já, já foi tanto que eu esqueci até qual foi, mais eu gostei, eles dão bastante suporte para a mulher aqui.

[Silêncio]

Pesquisadora- E vocês?

Carmen- Eu nunca participei de nada, eu também fiquei internada nove dias aqui, por causa que deu um pico de diabetes, né, eu fui muito bem tratada, não tenho o que reclamar, eu fui muito bem cuidada. Eu não participo de nada mais assim o pré-natal que eu faço, o tempo que eu fiquei internada, eu fui muito bem cuidada.

Daniela- Ah, eu também não tenho o que dizer. No começo eu tive muita discussão porque eu sou uma pessoa um pouco estourada e as médicas na minha opinião as médicas daqui de antigamente, né, quando eu tava passando com três meses, elas

deixavam muito a desejar. Até falei com a diretora na época que eu fiquei internada, o médico também que atendia a gente era um médico muito estranho, não conversava com a gente, a gente que tinha que ficar perguntando as coisas que eu não acho certo, eu acho que o médico tem que explicar e dar orientação, né, ele não explicava nada, nem dava nenhuma orientação também, mais agora na consulta do pré-natal de alto risco eu acho que tá bem diferente, é que eu comecei em outro hospital e vim para cá, então aqui eu acho bem diferente o tratamento, bem mais especializado.

Pesquisadora- Quando você fala que deixou a desejar, o que você esperava e não teve.

Daniela- Uma médica que eu passei, que como eu tava com a infecção eu ficava indo e vindo, né, e teve um ponto que eu já tava com contração, três meses com contração, sangramento, com perda de líquido e ela tava querendo me mandar para casa, foi no dia que eu estourei e falei para todo mundo, para a enfermeira-chefe, ó se eu for embora, chegar em casa e acontecer de eu ter um aborto, porque não é só responsabilidade minha, né, seu eu vou para casa eu tô em comprometendo porque eu também tô aceitando aquilo, né, eu falei, se eu chegar em casa e acontecer de eu abortar, eu tenho nome dela, eu tenho o CRM dela, eu vou processar ela, aí foi quando eles viram que se não me internasse, eu não ia embora também, eu falei, eu não vou embora porque é meu, né, para ela não pode significar nada, mais para mim e para o meu marido significa, então não vou embora, aí foi quando resolveu, só que aí depois de um tempo eu briguei e aí já tinham trocado todo o corpo médico, agora tá bem diferente o tratamento mesmo.

Pesquisadora- E como foi resolvida essa situação?

Daniela- É, graças a Deus eu não vi mais ela, né, e eu fiquei internada. Eles me internaram porque eu tava muito mal, não conseguia nem andar mais de tanta dor, contração, sangramento, eu falei, não, não vou embora, porque o único hospital que tem para internar é esse, não tinha como eu ir para outro hospital, então eu falei vou ter que brigar, né. É, o começo de gravidez foi meio complicado.

[[Silêncio]]

Pesquisadora- E como é a história da gravidez de uma cada uma de vocês?

Daniela- A minha não foi desejada. Aconteceu [risos] É que eu to com um nenê de 11 meses, e eu jamais pensei que eu ia ficar grávida usando anticoncepcional, camisinha, tudo e fiquei.

Pesquisadora- E como que foi receber essa notícia?

Daniela- Ah, foi um choque, né, mais aí aceitamos numa boa e estamos aí, feliz agora, esperando só a chegada do menino. É o segundo menino.

Carmen- O meu não foi planejado, mais também não me cuidei, né, então. Eu fiquei feliz, eu fiquei sabendo assim, eu recebi com alegria, tô me cuidando direitinho.

Pesquisadora- E como é isso de não ser planejado, mas não se cuidar?

Carmen- Ah doutora, te dá de fazer as besteiras, aí acontece [risos] Então, porque eu namoro já faz um ano e tudo e aí fez besteira num momento do calor da emoção, ninguém pensa em usar camisinha, né, aí aconteceu [risos] Aí quando aconteceu eu pensei, meu Deus, miseriórdia.

Pesquisadora- E o pai?

Carmen- Nossa, ele tá hiper mega feliz, né, porque o sonho dele era ter um filho, mas não foi planejado não.

Pesquisadora- E é o seu primeiro?

Carmen- Não. Eu sou mãe de cinco filhos. Tenho uma filha de 19 anos.

Pesquisadora- E as outras idades?

Carmen- Minha filha tem 19, meu filho tá com 18, 15, uma menina de três e um de seis.

Pesquisadora- E eles estão?

Carmen- No começo eles ficaram meio assim mais depois aceitaram. Minha mãe que até hoje não aceita muito não. A gente mora tudo junto, então ela não. No início assim, foi um baque, até pensei em aborto, né, foi muito difícil no começo, se eu falar para a senhora que às vezes eu não dou uma choradinha triste, eu choro, mais é por causa da situação que, não pelo bebê que tá aqui, mas a situação geral, assim, que até aqui está sendo difícil, a gente aceita mais assim os problemas do dia-a-dia, com a minha família assim, é muito complicado, muito complicado. E eu tenho um filho assim escurinho sabe doutora, o que está acontecendo, problema de racismo, da minha família, sabe, porque assim eu moro no quintal da minha vó, então isso acaba comigo, né, porque ele é pretinho mesmo porque o pai dele faleceu, tudo, trabalhando, então não tem pai, só tem a mim e tem o pessoal lá dos vizinhos, da minha tias é tudo branco e ele é o pretinho da família, ne, nossa, ele sofre muito preconceito, fica chamando de macaco, enfim, nossa, acaba comigo, eu passo mal, então isso tá tirando meu juízo. É para falar tudo, né, o que a gente pensa, no momento eu tenho vontade de matar meia dúzia, agora eu xinguei, briguei com todo mundo, eu acabo passando mal, porque a gente vai guardando, tem hora que você explode, aí sobe tudo, sobre diabetes, sobre

pressão, aí eu ponho a mão na consciência e falo, poxa, eu tô grávida, eu tô sozinha, eu tenho que me cuidar, vai, é difícil, aí o que faço, eu choro, eu fico triste, eu olho para io meu filho assim, ó, não é para eu ter dó dele, mais às vezes eu ponho na minha cabeça, porque eu tô com dó dele, aí eu explico para ele, porque ele já entende, né, doutora, olha, é o seguinte, esse pessoal é preconceituoso, eles não sabem bem o que eles estão falando, diferença de cor, tudo, eu converso muito com ele, só que ele tá tendo complexo da cor dele já, então isso acaba comigo, isso me mata, tá sendo muito difícil, essa parte tá sendo muito difícil, aí tem outra que eu quero extravazar assim, que saber, eu vou lagar tudo, não vou cuidar de mais nada, vou esquecer que eu tô grávida, mais é um momento assim, é, como eu posso falar, questão de segundo, pensamento rápido, não vou tomar mais remédio, não vou tomar mais insulina, não vou cuidar mais da minha gravidez, sabe doutora, tem hora que eu dou uma surtada, depois em questões de segundos eu paro, o nenê não pediu para vir ao mundo, a obrigação minha é cuidar dele, sabe, é difícil.

Pesquisadora- E tem alguém que está te apoiando?

Carmen- Eu tenho o apoio do meu namorado e a minha mãe também, coitada, a minha mãe briga por essa causa assim, porque ela briga com as minhas tias, briga mesmo, porque esse negócio de preconceito, de racismo é difícil, e eu até falei com a minha tia, tive que entrar lá e dizer, ó o seguinte se você continuar chamando meu filho assim eu vou processar vocês, fixar xingando ele de preto, de macaco, eu vou processar vocês, porque ele é uma criança, mesmo que não fosse uma criança, né, doutora, então é difícil, tá difícil, eu tô me isolando assim dentro da minha casa para não sair para fora, tem hora que eu perco a estribeira, doutora, e tá, tá difícil, essa parte está muito difícil, muito, muito, muito.

Pesquisadora- E isso começou agora?

Carmen- Eles têm preconceito com o meu filho desde pequeno, que assim, como é, a minha vo que mora lá, a minha mãe, eles, é, não pode nem entrar lá dentro na casa deles, quer dizer, criança querendo ou não, vai, então eles colocam ele para fora, aí, sai daqui moleque, não sei o que, só que agora, de uns, de um mês e meio para cá, a coisa se agravou a ponto, que nem o banheiro é tudo lá fora, a casa é grande, mais tem a casa da frente e dos fundos, da minha mãe, e o banheiro é para todo mundo lá fora, é onde tem a confusão, se meu filho entra no banheiro, já chegou ocasiões de uma tia de quase 60 anos ela, quem tá no banheiro, não sei o que, vai tomar não sei na onde, para um moleque de seis anos? Ai isso acaba comigo, aí eu podia agredir ela, mas não posso por

causa da idade dela, né, mais a vontade é pegar assim ó e bater, tô sendo sincera doutora, não vou ser hipócrita, né, a minha vontade no momento é bater neles, aí eu paro e penso, aí eu vou guardando e quem passa mal? É como eu falei para a senhora, para mim é difícil.

Daniela- Vai dar certo.

Pesquisadora- E tentar essas pessoas que possam te apoiar, fortalecer com elas.

Carmen- É difícil. [choro]

[Silêncio]

[Falo do encaminhamento para um acompanhamento com a psicóloga do hospital, caso haja essa vontade. Ela aceita]

Carmen- É, tem hora que da vontade de surtar, verdade. A gente busca força onde não tem para não fazer besteira.

[Silêncio]

Carmen- Mais vai passar.

Daniela- Eu fiquei tão entrosada na conversa dela. Ah, a minha gravidez foi planejada mesmo, já tem dois anos que eu tô com a pessoa que eu tô, né, e o primeiro ano ele queria, mais eu não quis, né, eu tomo injeção, mais aí agora foi, ano passado, né, engravidei no final do ano passado, aí eu parei de tomar, um mês que eu parei já mais um mês eu já engravidei, eu nem achei que ia ser tão rápido, eu tava planejando mais para o começo desse ano, mais eu achei que ia ser uma época boa mais porque eu tô, eu tava trabalhando e deu muita complicação com o serviço, aí tive que entrar pelo INSS, então eu fiquei mais estressada ainda, aí foi quando deu a diabetess também que a médica falou que eu tava muito ansiosa, é, os meus problemas mais, acho que foi mais com médico mesmo, eu tive que denunciar a minha médica do outro pré-natal para o Ministério da Saúde porque eu discuto, eu discuto muito né, eu sou uma pessoa que eu debato e se eu achar que o que a médica tá falando para mim não tem sentido ou tanto o que eu falar para ela e ela não der, não demonstrar nenhum tipo de interesse, eu discuto mesmo, se eu achar que ele não tá dando muita atenção também, eu vou para onde eu acho que pode alguém chamar atenção dela, né, então eu já denunciei ela e foi bem na época que eu vim para fazer o pré-natal aqui, então graças a Deus eu não tive mais que ver ela também, então a minha gravidez praticamente, metade da minha gravidez foi discutindo com médico [risos] foi, aqui nesse hospital eu discuti com quatro médicos, então para mim quando eu vim aqui, quando eu passava no meu pronto socorro que lá eles já me conhecem, da minha vila, né, quando eu chegava lá, você sabe que a gente

não pode te atender, a gente não pode medicar você, ah, pelo amor de Deus, não me manda para aquele hospital, eu tinha pavor de vir para cá, odiava, pelo fato de saber que eu tinha que vir aqui, eu às vezes ficava em casa com dor para não vir aqui, porque eu vinha aqui eu já sabia que eu ia discutir e não era só eu, eu via muitos casos quando eu ficava na sala de espera do pronto-atendimento muita gente reclamando, muita gente brigando porque eu não sei se é pelo fato de os amigos antes na época era muito novo, não mostrava muito interesse, tipo, ah é normal, vai para casa, toma isso, tem coisas que eu acho que não é normal para uma gestação, então eu discuto mesmo, se eu achar que tá errado, eu brigo com a minha família, eu brigo com o médico, brigo com o meu marido, brigo com todo mundo mesmo porque eu já sofri muito guardando muita coisa e eu aprendi que guardar é pior para a gente, então às vezes eu falo, eu sou sincera demais, às vezes eu falo e eu acabo até machucando, mais eu prefiro magoar a pessoa do que a pessoa me magoar, aí às vezes eu até me afasto de algumas pessoas, tem médico que fica com raiva de mim mais eu não tô nem ligando, vou fazer o que? Vou ficar guardando, vou ficar passando nervoso. Lá na previdência, vixe, até a diretora da Previdência já me conhece porque ela falou de tanto eu subir lá em cima na sala dela da diretoria, ela acabou me dando o telefone dela para eu não ir lá porque acontecia alguma coisa, eu ia falar com ela, aí ela falou não, toma o meu telefone para você não ter que ficar andando, qualquer coisa você me liga, mais agora no final graças a Deus tá indo um pouco mais em paz, mais no começo foi ruim, muito mesmo. Eu tenho um filho de, vai fazer oito anos mês que vem, graças a Deus ele tá aceitando muito bem também pelo fato de ser uma menina, né, eu acho que se fato um menino talvez ele sentisse um pouco de ciúme, mais como é uma menininha ele tá adorando a ideia de ter uma irmãzinha e graças a Deus agora tá tudo se encaixando um pouquinho melhor. É só isso.

[Silêncio]

Pesquisadora- E sobre o parto? O que vocês pensam?

[Silêncio]

Flávia- Parto, sempre tem a tensão, né, como vai ser, porque um parto sempre é diferente do outro, eu acho que as três que tá aqui vai ser cesárea, né ou não?

Daniela- É, o meu tá marcado para cesárea.

Carmen- É. O meu não tá nada certo, porem tudo indica que vai nascer de sete meses por causa da diabetes, ainda a médica falou assim, não deu certeza, mais é pouco provável que chegue até os nove, mais tudo por causa da diabetes. Agora se vai ser uma cesárea eu não sei mais se for de sete meses vai ter que, agora não sei como vai ficar.

Flávia- É, o medo da cesárea depois é a recuperação, né, mais nada tão monstruoso.

[risos]

Pesquisadora- Os anteriores

Flávia- Foi cesárea.

Carmen- Eu tive cesárea, faz foi uma cesareana boa, porque não nasceu aqui, nasceu em outra cidade, aí como nasceu de sete meses eu tinha que todo dia ir para lá. Ela nasceu na quarta, quando foi no sábado eu tava indo para lá de ônibus, cheia de ponto eu fui para lá, rapidinho secou também, não tive problema não, devido a diabetes, fez uma cicatrização boa e muito rápida, não inflamou os pontos, nada e não senti dor também na hora, graças a Deus [risos]

Pesquisadora- E os outros?

Carmen- Eu tive um parto em casa também. Meu filho de 15 ano nasceu em casa.

Pesquisadora- E como você vê a diferença do parto em casa, do normal no hospital e da cesareana?

Carmen- Olha doutora porque aqui assim, o meu que nasceu em casa, deu aquela leve dor, veio igual quiabo, então eu não sofri muito, não deu tempo de chegar no hospital, foi assim eu acordei com dor, eu falei vou esperar, né, meu primeiro filho, eu coloquei na cabeça não, vou esperar não sei quantas horas porque como um parto não é igual ao outro, o que eu deduzi, ah, tô com dor agora, quando for de madrugada nasce, imagina, eu fiquei em casa e não deu nem tempo, eu fui no banheiro e ele veio, agora minha tia é enfermeira, né, me ajudou, mais eu não sofri muito, já o do meu outro filho, eu vim com dor para o hospital, né, eu tinha pressão alta, eu já senti contração, dor, dor, dor, ai ele veio, mais sofri muito, então foi bem diferente, as dores assim, foi bem diferente. Já da minha primeira filha ela nasceu de sete meses só que foi normal, então eu não senti quase nada, já o segundo doeu bastante [risos]. E a cesareana que fiz agora também, que tem três aninhos, que nasceu em outra cidade, rompeu a bolsa em casa, induziram o normal, não deu certo, não veio contração e fizeram um cesareana sem dor, já fazia já dois dias que eu tava com a bolsa rompida, ai o médico falou que tinha que fazer cesareana, que a gente tentou induzir o normal e não deu certo, mais também não me deu dor. Eu fiz a cesareana e foi uma benção.

Pesquisadora- E qual que você escolheria?

Carmen- Normal. Assim porque [risos]

Flávia- Eu acho que é melhor, não é?

Carmen- É, acho que, sabe o que é o ruim da cesareana é o que, é quando você sai da anestesia, da sala de cirurgia, você não se mexe, você não, nossa, é muito ruim, você não sente as perna, é muito ruim, muito. Aí na hora de você se levantar, de você tossir, é tudo mais ruim, né,

Flávia- Treze hora deitada, né?

Carmen- Nossa é muito mais difícil.

Flávia- Para poder levantar a cabeça e não, e outra aqui você tem o nenê, não vai para berçário não, você tá lá, você tá com dor ainda e eles já põe o nenê ali e vamos dar de mama, o nenê tá com fome vamo embora e você fica o dia inteiro com o nenê, o nenê já não sai mais do seu lado aqui no hospital, ele fica com você todos os dias, do seu ladinho ali, não tira para nenhum lugar, só tira para fazer os exames deles e volta para você, aí você também com anestesia, você tá meia grogue ainda, né, cansada, porque cansa, cansa e aí você tem que ir, e aí ele chora, você pega, você cuida.

Carmen- Eu não tive isso porque com a minha filha, quando eu fiz a cesareana, ela ficou na UTI, né, assim, como era prematura então teve que ficar direto, mais nesse ponto para mim foi muito bom, agora esse eu tô na dúvida, não sei se vai ser normal, não sei se vai ser cesareana, não sei, porque a minha diabetes tá assim, baixa, alta, baixa, alta, mas vamos ver como vai ser, eu tô meia ansiosa assim porque na minha outra gestação a minha diabetes não era uma diabetes assim que agora tudo o que eu sinto agora eu não senti na outra gestação, nada, olha, nessa eu já fiquei internada, já me sinto mal, quando a diabete fica muito baixa eu sinto que eu vou morrer porque é muito ruim, pior que a diabetes alta, agora eu não sei como vai ser, se a doutora vai fazer normal, se vai, eu não sei o que, como vai ser a cicatrização, né, porque agora tá mais alta eu não sei o que vai ser, aí eu tô com um pouco de receio, um pouco de medo, se eu falar que eu não tô com medo, eu tô.

Pesquisadora- E vocês conversaram isso na consulta?

Carmen- Eu converso com a doutora, eu perguntei para ela, eu falei, doutora, esse negócio de diabetes, da para fazer, tirar até os nove meses, ela falou, ela ficou meia assim na dúvida, falou, não digo que dá, vamos tentar, quer dizer, ela falou vamos tentar, cuidar, mais tudo indica que eles vai chegar até os sete, agora eu vou perguntar hoje essa dúvida, porque eu tô com essa dúvida se vai ser cesárea ou se vai ser normal, eu vou perguntar para ela se é possível induzir, fazer o normal, porque às vezes eu não

sei se a dor aumenta, diabetes, pressão, eu não sei como funciona, mais eu vou perguntar como vai ser, se vai ser a cesareana ou se vai ser o normal mesmo.

Flávia- É mais rápido, né.

Pesquisadora- E o seu?

Daniela- É, então, essa minha primeira experiência não foi muito boa, porque eu tava em Minas eu comecei a fazer o pré-natal no mesmo pronto-socorro que eu comecei a fazer antes, aí com seis meses eu fui para Minas porque eu já tava muito inchada, então eu não conseguia andar, não conseguia fazer nada, vivia deitada, cansada, com sono, me deu muita anemia também, na minha primeira gestação, aí em Minas a minha mãe tava lá e ela podia cuidar de mim, aí com oito meses a minha bolsa estourou, só que o líquido que tinha dava para manter, né, aí eu fui para casa, fiquei em repouso, aí do nada eu comecei a sentir contração, aí fui para o hospital, aí eu fiquei três dias internada e nada de movimentação, aí vieram colocar aquele bendito soro no meu braço, aí eu avisei a enfermeira, ó, eu vou aguentar o máximo que eu puder, já tinham me avisado daquele soro, né, porque como é primeiro filho as pessoas ficam te colocando medo, né, aí a enfermeira virou as costas, eu aguentei meia hora, aí comecei a chamar ela, ela veio, eu arranquei do meu braço, ela falou um monte para mim, aí eu falei, ó, eu avisei para você, ela não ficou sem saber, né, aí no terceiro dia de internação eu falei para o médico, eu não tô aguentando mais porque eu sentia dor normal, contração ficava indo e vindo, aí o médico falou, não, vamos fazer a cesárea então, porque não tem como passar, né, aí fez a cesárea, até falei para a outra médica já e falei para essa doutora que se fosse para mim sofrer do jeito que eu sofri porque três dias com contração, você não come, você não faz xixi, você vai no banheiro você fica com medo, aí me Deus do céu, vai sair, né, porque você não sabe, só os médicos que sabe enfiando o dedo quanto você tá de dilatação, né, aí as meninas ficava, aí tô com vontade de fazer coco, aí ficava, aí meu Deus do céu, não vai no banheiro, e eu também não ia, ia ficava naquela briga, né, com medo de fazer as coisa, aí eu falei, se for para ser normal que seja, se tiver como ser tudo bem, normal, só que eu tenho preferência que marque a cesárea logo porque se for para eu ficar internada, ficar uma semana tentando e não, não conseguir, eu vou abrir a boca, no primeiro dia eu já, já vou falar logo, aí não tenho muita paciência não, no primeiro eu aguentei porque eu falei, eu não sei o que tá acontecendo, né, vou aguentar, mais aí já nesse segundo, na minha segunda gestação eu falei, se for pra, pra ser normal, tudo bem, mais se não for para ser normal e as pessoas ficar tentando, a minha irmã acabou de ter um nenê o mês passado e ela sofreu muito e fizeram a mesma coisa com

ela, deixaram ela internada, com dor, o menino tinha quatro quilos e 100, 53 centímetros e eles tentando o normal e o menino não passava e ela tem 20 anos, ela é muito pequeninha, aí depois da minha madrastra reclamar, aí fizeram a cesárea e eu não gosto disso porque eu acho que põe muito em risco o bebê, também, porque se eles ficam tentando, você não sabe se está com oxigênio, você não sabe se ela, já, no meu caso, eu tô de nove meses, se ela já fez coco, já, já começa a sentir outras coisas, então a gente fica meio que naquele preocupação com o bebê, como com a gente, sentindo dor, mais eu, a médica já tinha falado que ia ser cesárea desde o começo, espero que seja mesmo, porque eu não quero normal, não, não quero, essa sensação de ver saindo de mim eu não quero não [risos]

Carmen- Não, mais ele já fazem, a primeira que tentar primeiro é o normal.

Flávia- Que nem eu, se eu pudesse ter tido o normal, eu queria ter normal.

Daniela- É, se fosse assim fácil.

Flávia- Mais eu não posso.

Daniela- Tipo assim, eu falo, normal é fácil, né, no caso que nem ela falou, né, do primeiro filho, né, que saiu, nossa, tranquilo, não sentiu nada, mais você ficar três, quatro dias, uma semana tendo dor e a pessoa, vamos forçar, vamos forçar, eu acho isso super errado.

Carmen- Mais dos médicos daqui é assim.

Flávia- É, se já sabe que tem mais de quatro quilos, é impossível que va nascer.

Daniela- Então.

Flávia- É que antes nascia, né. Antes nascia normal com quatro, até 5 quilos, nascia, mais aí sofria muito a pessoa, mais hoje em dia não precisa sofrer tanto.

Carmen- Ah, mais é muito raro, pelo que eu acompanhei assim, é muiiiito difícil o médico fazer a cesareana.

Daniela- Mais assim eu tô falando no caso eu fiquei três dias para o médico decidir fazer a cesárea.

Carmen- A minha filha ela tá com 19 anos, tem um bebê vai fazer um não e pouco, o bebezinho virou, ela ficou dois dias aqui, a bebê na hora de nascer virou, trocou-se o plantão, veio uma outra médica que é mais experiente, fez o toque e falou, não esse bebê tá virado, precisa fazer cesárea, então, sofreu muito, muito.

Pesquisadora- E o vocês poderiam fazer?

Carmen- O correto doutora era o seguinte, a gente tentar manter a calma, mas quem fica, com dor, porque assim, quanto mais escândalo a gente faz, mais esquecida a gente é, a verdade é essa.

Pesquisadora- Mais aí não seria um problema de vocês, mais de quem assiste vocês...Se a equipe não atende vocês porque estão fazendo barulho, isso é um problema de vocês ou da equipe?

Flávia- É da equipe. É assim, eu acho que uma pessoa que tá cuidando da saúde, do bem-estar de uma outra pessoa, ela tem que se colocar um pouquinho ali no lugar porque hoje é outra pessoa mais amanhã pode ser ela. E outra, a gestante ela não é, ela não está no seu estado normal, então realmente a gente tem aqueles pico de dor, é cansaço, é, você não consegue caminhar direito, você já não tem mais aquela habilidade que você tem quando não está gestante, né, é diferente, e as pessoas acham que é frescura sua.

Carmen- Se bem que agora mudou muito esse negócio de enfermagem, né, assim os nove dias que eu fiquei internada aqui ó, tinha o responsável que era o chefe dos enfermeiros do hospital, então todo dia, você foi tratada como, a enfermeira tratou com atenção, ela foi carinhosa com você, depois vinha a chefe do, desse, como que aconteceu, como que foi assim, se alguém fizer alguma coisa com você eu preciso do nome, disso e daquilo, olhava os quarto se tinha pó ou não, qual os cuidados que o enfermeiro tá tendo com você, eles vem sorrindo, eles, e dessa visão, dos enfermeiros que eu peguei aqui esses nove dias, eu digo e repito, não tem do que reclamar, não tem do que reclamar mesmo, pedia licença para entrar no quarto, às vezes a gente tá dormindo bem calminha assim, o que eu fazia, justamente para variar, foi na época da copa, jogo do Brasil e não tinha televisão no meu quarto, o único que não tinha televisão era o meu, eu adoro futebol, né, aí meu namorado trouxe fone de ouvido, tá aqui o celular e eu escutava, calmamente batia a mãozinha assim e eu ia acordando porque eu tava tomando medicação de hora em hora, né, a cada três horas fazia o destro, então eu fui muito bem cuidada, as enfermeiras assim, eu acho que mudou bastante, acho devido a tanta reclamação no passado, eles estão tendo muito cuidado, é sério.

[risos]

Daniela- Acho que deve ser uma das minhas reclamações [risos]

Carmen- Então, mais valeu a pena os seus direitos, viu, porque os enfermeiros são bem atenciosos, os médicos também que cuida da gente lá em cima.

Flávia- Mais é, né. Tem que ser, tão cuidando de vida, tão cuidado de pessoas, seres humanos, não pode chegar na prepotência, ou se ele tá num mal dia vim e descontar no paciente.

Carmen- Mais tinha umas antigamente que era muito brava, quando eu tava internada em outra cidade, tinha uma lá que, olha, eu vou fazer vocês, chata, muito chata, muito.

Flávia- É, eu sei.

Carmen- Eu procuro ser muito paciente, até ignorava assim, mais ela era bem grossa assim, bem áspera, mesmo, mais as daqui assim, graças a Deus todas que, quando eu fiquei lá em cima foram super educadas.

Flávia- É a mesma coisa eu, eu fiquei no outro hospital há 16 anos quando eu sofri o acidente de carro, aí vinha uma enfermeira e colocava na, pulsionava né a veia para dar a medicação e ela falava assim, e eu paralisei do pescoço para baixo porque eu fraturei a primeira e a segunda, c1, c2, c6 e c7, t1 e t2 da torácica e eu paralisei do pescoço para baixo eu não me mexia eu não tinha nenhuma movimentação, nada, a parte motora minh acabou, então eu fiquei sondada, de fralda, fiquei um ano internada até que eles me transferiram para outro hospital para fazer a cirurgia de coluna porque lá é hospital de modelo de coluna, né, tinha uma enfermeira no hospital daqui que ela me judiava muito e eu perdi a fala, aí começou a parte motora e a fala, e eu como ia expressar para o meu pai ou para a minha mãe quando chegavam para visita, falar ó, ela tá me maltratando, e todo noite ela falava assim, mexe logo esse braço, você tá fingindo, você tá fingindo de você não poder se mexer, de você não poder fazer nada, até que um dia meu pai chegou e ia eu comecei, ele né começou a comunicação dele pelo abcdário, aí eu formei a frase certinha, aí quando ela entrou na sala e eu pisquei, ele viu que eu fiquei meia né retraída assim, ele falou é essa, aí eu pisquei para ele, aí foi onde quebrou o barraco também, como que uma enfermeira chega e fala assim, mexe a sua perna aí, mexe sua perna, mexe seu braço, eu não tinha movimento nenhum, você acha que eu não queria mexer, imagina.

Daniela- Isso que não aturo, eu não consigo aturar esses tipo de coisa.

Flávia- Aí vinha dar comida e como perdeu toda a movimentação eu perdi da noite para o dia eu perdi, fui perdendo, aí não comia mais, aí teve que colocar uma sonda, né, para alimentação e ela não queria não, ela falava que eu conseguia comer, era visível a coisa que eu não conseguia e eles me mexiam para lá e para cá, sem saber que a minha coluna tava quebrada, depois de três meses foram descobrir que a minha coluna

tava quebrada e eu pulava 30, quatro0 centímetros da cama porque é o choque, né do corpo que era, pegava vértebra com vértebra e aí vinha aquele, aquelas reações, o pulo, e eu, eu se eu mexesse o olho doía, mexia para o outro lado parecia que tava dando choque em mim e já não tinha como, nem se expressasse dor, se doía, se não doía, até depois de oito, novemeses o médico falou assim, ó, a gente vai tentar fazer uma cirurgia, fraturou a medula, vamos ver se vai voltar né , aí teve um médico que falou para a minha mãe assim, ela não vai voltar a andar, é uma coisa que eu quero que você tenha já na tua mente, ela não volta a andar mais, e a gente vai fazer o possível para ela poder ficar sentada porque senão ela vai ter que viver, vai vegetar numa cama, aí a minha mãe olhou para ele e falou assim, que é você para falar que a minha filha não vai andar, é o lá de cima que manda mais, não você, ele vai usar as suas mãos para curar a minha filha e aí foi, né, daí fez a cirurgia e depois de, mais eu demorei, eu fiquei uns dois anos sem andar, depois voltar a andar, aprender a comer, aprender a falar, tudo de novo, menina, 17 anos, eu estudei fisioterapia, e aí eu fui contratada para trabalhar nos jogos panamericanos no Rio e eu, faltava cinco minutos para chegar onde eu tinha que me apresentar no dia, né, menina de 17 anos, bateu na minha traseira, eu rodei e capotei oito vezes lá no Rio e aí para trasnferir de lá para cá também a burocracia, que a ambulância não vê, que eles não fazem o transporte, 19 horas dentro do carro do meu pai, ele há cinco por hora e eu gritando, dentro do carro para chegar aqui, então foi, foi uma experiência meia que dura para mim, eu, meu ano, foram dois anos assim que eu digo que foi de batalha, e tudo isso, né, aí eu sofri esse acidente e passava por ginecologista, como eu fiquei sondada esse um mês e pouco, mais ou menos, não tinha, não funcionava mais nada, né, o médico pegou e falou assim, olha, você ficou estéril e não pode ter filho, depois de seis anos eu tive o meu primeiro filho, aí eu falei assim, bom, e eu fazia todos os exames para ver se eu podia ou não, e todos os exames dava negativo, tanto é que eu tirei da cabeça, sabe quando você fica pensando muito, eu quero, quero, quero, aí eu tirei da cabeça e aconteceu, e aí veio ele o ano passado e esse ano tô esperando mais um, para quem falava que eu nunca mais ia poder ter, não é, com tudo isso, aí é uma benção, então eu tô feliz.

Pesquisadora- Essas situações que vocês trazem de se sentirem desrespeitadas no atendimento, isso é uma violência, e às vezes quem é violentado se sente acuado como se tivesse fazendo alguma coisa errada e tirar essa carga né, vocês não estão fazendo nada errado, vocês vieram para ter filho, e isso também tem a ver com a situação que você traz em casa, seu filho, não é ele que precisa mudar, porque senão a vítima se sente

culpada, por não ter feito nada. Claro que é difícil, né, falar e viver é bem diferente, mas se colocar no lugar de que vocês não estão erradas a principio, já ajuda.

Daniela- São as pessoas. Já ajuda.

Flávia- Verdade.

[fechamento – agradecimento]

Grupo 6

Nilza- O meu nome é Nilza, sabe, infelizmente, e eu tô aqui porque a minha médica mandou, né, de lá de onde eu moro, minha ginecologista, e eu tô passando com ela, eu tive um aborto é, há seis anos e eu fiz tratamento e eu decidi, eu e ele aqui decidimos a tentar de novo, né, não é só Deus que quer, se Deus quiser, né, porque é, a minha, a minha gravidez é de alto risco e mesmo a médica ela não falando que não é 100% de eu segurar eu vou tentar de novo, né, e eu fico com medo, o povo fala que, a, a minha médica falou, não custa tentar, ela falou, como você vai saber, porque eu perguntei para ela, doutora, se eu engravidar, será que eu vou perder mesmo, ela falou para mim que não era 100% que eu ia segurar, eu tenho medo, já pensou passar por três, terceira vez, porque eu perdi, eu tive dois aborto, aí ela disse, é por isso que ela me mandou vir para cá sem eu tá grávida, eu achei estranho, é, primeiro que ela, ela disse ó Nilza você vai fazer, eu disse, o que é que eu vou fazer lá doutora, olhar para o médico

João- O pré-natal.

Nilza- É Nilza, você vai fazer o começo do pré-natal, aí foi que eu fiquei, ué, pré-natal? Pré-natal que eu saiba se faz em mulher grávida, mais eu pergunto mesmo, o médico que me aguenta porque eu pergunto, eu não sou de passar dúvida não, mais por que eu vou fazer o pré-natal se eu não estou grávida? Ela falou para mim, Nilza, eu vou te explicar, eu vou te mandar para lá para você passar com a doutora porque ela é obstetrica, né, aí ela vai examinar e vai ver o que faz com você, exame, né, o que é possível, porque ela, aí ela, para eu, para eu intender mesmo ela disse assim, eu tô te dando um adiantamento para adiantar, entendeu?

João- O pré-natal.

Nilza- É, para quando eu sair grávida já, como é que se diz, não ficar faltando nenhum exame, né, como assim dizer, melhor fazer antes, tudo bem, né, eu falei, tudo bem, ela mandou eu vir para cá, eu vim né, porque é longe, da onde eu moro é longe, hein, eu pego três onibus.

Pesquisadora- E é a primeira consulta hoje?

Nilza- É a primeira. Nossa, aí quando eu vejo médico, eu vejo mulher grávida, eu adoro mulher grávida, mais quando eu lembro de mim, meu Deus do céu, o medo que eu já passei, que eu já sofri, que eu já passei, aí me dá um medo, me assusta, aí, os nove meses demora demais, eu queria que, eu queria que passasse voando, não é que demora, é que paciência eu não tenho para ficar com barrigão, o negócio é o outro problema mesmo.

Pesquisadora- E você chegou a ficar até de quantos meses?

Nilza- Quase seis, fico meses e meio, aí eu grávida, subi com o meu pai, nossa, até hoje eu choro com eu soube do meu pai.

João- O pai dela morreu ela tava com quatro mês.

Nilza- Eu tenho pesadelo, eu tenho pesadelo com o meu pai, sabe, toda vez que eu sonho com ele, nossa, às vezes eu não consigo dormir, porque quando eu tava grávida o meu pai faleceu, eu já, quatro meses antes, quando eu estava grávida, né, e quando, foi em 2006 na data que eu sai da casa do meu pai que eu me despedi dele com um ano ele morreu, na mesma data que eu sai, como hoje é 20 de agosto de 2014, por exemplo, dia 20 de agosto de 2015 ele faleceu e aí eu falando, ele tinha uma camisa que ele falava ah eu não quero essa camisa não, ele não gosta de camisa xadrez, mais eu achava bonita a camisa dele, é aí essa camisa ele falou, eu não quero não, vou por no serviço porque ele é pintor, né, enxher de tinta essa camisa, tão bonitinha, eu eu guardei, eu vou guardar ela para o meu pai e o meu pai aonde, morto o meu pai, aí isso mexeu muito comigo, entendeu, e eu nada, quando eu sube, nossa, foi um telefone que meus irmão daqui ligou para mim, eu morava em outra cidade, não era aqui, aí desse dia para cá, pronto, aí logo senti a dor aqui do lado, eu, eu grávida, né, aí quando o, ela nasceu, eu fui para o médico, o médico mandou eu ficar de repouso, aí, eu, na minha cabeça foi eu mesmo, e ele, né, eu pensei, eu não fiquei de repouso, aí também a minha médica lá que fez a minha, o meu pré-natal, eu não sei se era médica, eu não sei, era uma japonesa lá, maior esquisita, ela não cuidou de mim direito, eu tava com uns carroço atrás das minhas costa, umas espinha feia e ela me assustou mais ainda a médica, em vez de me ajudar, me assustou, falou que era sarna de cachorro e de gato, uma coisa que na minha casa, nem hoje tem, cachorro nem gato, ela fez, só que até, até que ela me ajudou, porque ela falou que era para falar para ele aqui pra é abrir meu guarda roupa é, me dar um trabalhão danado, é, pos as roupa, é, e, ferver uma água, passar ferro, imagina, cobertor de cama, tudo, pelo amor de Deus, aí eu fiquei nervosa, viu, aí falei aqui, aí falei para ele, né, ele, o guarda roupa da primeira, não da segunda não, da quarta esposa

dele que faleceu, né, aí, a parte que me ajudou era que o guarda roupa era velho, aí ela mandou afastar o guarda roupa e aí se foi, eu acho até bom, aí comprou outro [risos]. Aí mulher, essa sarna que a médica falou que eu tava que é claro que não, só se for do vento, né, quem sabe, era grave, era infecção, por sorte eu não fui, a minha filha, eu perdi a minha filha por causa da infecção, e se a médica tivesse cuidado de mim do início eu não tinha perdido, né, foi isso.

[Silêncio]

Pesquisadora- E você?

João- Meu nome é João, minha esposa, eu tô acompanhando a minha esposa para ver se a gente tem um herderinho nosso e é só isso mesmo que eu falo para você.

Shirlei- Meu nome é Shirlei. Eu, é eu tô gestante, de sete meses e meio, é, tô vindo pro pré-natal, ah, é isso. Eu não sei o que falar.

Pesquisadora- Quantos anos você tem?

Shirlei- 18.

Pesquisadora- E por que você está fazendo o pré-natal aqui?

Shirlei- Porque eu tenho sopro no coração, desde quando eu nasci, aí a médica achou melhor passar aqui pra ter uma acompanhamento mais é melhor, né, mesmo pelo fato, mais a médica falou que é um sopro inocente, não vai atrapalhar em nada.

Pesquisadora- Voce está aqui desde o começo?

Shirlei- Desde o começo, desde o segundo pré-natal, eu passei no posto e depois eu já vim.

Pesquisadora- E você?

Weslei- Meu nome é Weslei. Só. Eu tô acompanhando ela aí.

Shirlei- Aí, é, eu acho que a bebê vai nascer no final de setembro, se ela não resolver vim antes, esses dias até, esses tempos atrás quase que, que ela nasce, eu vim pro hospital e a médica falou que ela tava com um centímetro e meio de dilatação, aí me deixou de repouso, mas não aumentou, aí agora eu tô esperando só.

Pesquisadora- E vocês esperavam ter agora?

Shirlei- Não.

Weslei- Não.

Pesquisadora- Como que foi?

Shirlei- Na verdade quando eu descobri a gente tava separado, a gente tinha terminado, aí eu não queria falar para ele de jeito nenhum, a minha mãe, não, você vai falar, você vai falar, aí eu liguei para ele, falei, aí a gente foi para fazer o exame, eu já

tinha feito outros teste, que é, tinha dado positivo, aí um pouquinho depois a gente voltou, aí nesse meio tempo terminou, voltou, aí depois voltou de vez.

Pesquisadora- E como tá?

Shirlei- Agora tá bem.

Weslei- Agora tá bem [risos].

Shirlei- Mais antes a gente brigava muito, mais agora tá melhor.

Pesquisadora- E como é que vocês entendem a participação de vocês quando vocês chegam aqui em uma instituição publica e precisa fazer as decisões sobre qual procedimento vai ser feito, o que vai ser decidido.

João- A minha participação é só acompanhar ela, né, saber se tá tudo bem, engravidar direitinho mesmo, fazer o pré-natal aqui, né.

Nilza- É, aqui.

João- O pré-natal do começo do ao fim aqui, ter o filho aqui se puder, tem aqui, é isso aí.

Nilza- É, espero que seja, espero que, pra mim se nascer de sete meses é melhor porque aí chega rápido.

Shirlei- Não, não pode.

Nilza- É porque nove meses é muito longe.

Shirlei- Não, a médica falou que se a minha bebê nascesse agora, eu ia ter que ficar internada para tomar remédio pra amadurecer o pulmão dela porque o pulmão não tá amadurecido ainda, então se ela nascer ela vai ficar na incubadora, eu prefiro que nasça de nove meses mesmo.

Pesquisadora- Voce tem medo do que?

Nilza- É assim é, pode falar de família? Porque eu tenho uma irmã que ela tem depressão, ela é separada do esposo, a irmã mexe comigo, né, família mexe com a gente, ai eu tenho medo de repente saber noticia, tem outro irmão que separou da mulher inclusive esse dois irmãos inclui a separação dele e a separação dela, entendeu, porque a traição tem a ver com a mulher ex-mulher do meu irmão e ex-marido da minha irmã, não sei porque família traição, né, aí pronto, ele até que tá tranquilo, tá com dois meses que tá aqui, tá trabalhando, né, ela tem uma menina, mais ele, só que ele bebe muito, né, ele não quer nem ver o ex-cunhado dele, né, ele quer ver o trost mais não quer ver ele, aí é isso, aí eu tenho medo, né, de saber algo ruim, eu grávida saber algo ruim, é, é perda total, quando eu sube, quando eu tiver grávida eu espero falar para toda a minha família, né, principalmente a da daqui, a do Nordeste la não me preocupa não,

minha mãe é, sofreu muito, hoje ela tá bem de vida, mesmo, graças a Deus, a minha preocupação, ah, inclusive você, hein, minha preocupação também é você.

João- Eu, por quê?

Nilza- Eu falando das minhas irmãs e o marido aqui do lado ó, a minha preocupação também é você, ele bebe.

João- Ai, meu Deus do céu.

Nilza- A minha preocupação não é a cachaça que ele bebe, a minha preocupação é o carro.

João- Tá bom.

Nilza- Porque bebe pode lá, pode tombar, pode cair, né.

Weslei- Se beber, não dirija.

Nilza- E é isso.

João- Eu não vim para cá porque eu não sabia o caminho, se eu soubesse eu tinha vindo com ele já hoje, oxi.

Nilza- Eu espero que ele aqui coloque juízo e quando eu tiver grávida ele

João- Eu já tenho. 40 anos não é 10 dias não.

Nilza- Porque a minha preocupação com ele é isso. Graças a Deus ele não é, graças a Deus eu já tô 8 anos com ele, nos acabo de casar graças a Deus, né, casei agorinha em dezembro, e é isso é.

Pesquisadora- E vocês estão juntos há quanto tempo?

Shirlei/Weslei- Quatro anos.

[Silêncio]

Pesquisadora- E o que é um filho para vocês

João- A coisa mais linda do mundo.

Nilza- Para mim é tudo.

João- É tudo. O primeiro filho, nem eu nem a mulher, o primeiro filho, depois nós se vira o resto.

[Silêncio]

Pesquisadora- E para vocês?

Shirlei- Também. Para mim agora é tudo o que eu penso é nela, né, mais antes, no começo eu fiquei abalada, eu falei, meu Deus do céu, e agora, eu tinha acabado de entrar na empresa que eu tô, fiquei com medo de ser mandada embora, mais é pelo fato eu tá só, eu acho que, eu não tava nem um mês direito quando eu descobri que eu tava

grávida, mais aí meu gerente foi muito bom, ele não me mandou embora, nada, eu tô até hoje lá, e mesmo pelo fato de tá separada dele na época, né.

Pesquisadora- E a família de vocês?

Weslei- A minha mãe tá feliz, primeiro neto dela, e eu sou o mais novo lá de casa. Ela tá feliz.

Shirlei- É, minha mãe também, minha mãe fala pra todo mundo, o meu pai não, o meu pai já é mais quieto, né, é mais na dele, mais também faz é, faz de tudo na medida do possível, mais ele não fala muito para as pessoas, se a minha mãe fala perto dele no começo ele falava, fica quieta, não é para ficar falando pros outros não, que não sei o que, agora ele tá mais tranquilo, mais no começo ele ficou meio, eu acho que mais pelo fato da minha idade, é, e a minha irmã é tudo menor que eu então aí eu acho que foi só por isso.

Pesquisadora- E vocês estão morando juntos?

Shirlei- Ainda não. É porque só eu tô trabalhando, ele não. Aí quando ele conseguir um emprego.

[Silêncio]

Pesquisadora- Voltando aquela pergunta que eu tinha feito, como vocês entendem o papel de vocês nas decisões que são tomadas sobre vocês?

Shirlei- Assim, eu acho que não só com nós, mais também sobre a bebê também, a gente tem que entrar em um acordo, em tudo o que a gente for fazer, porque não adianta, um exemplo quando ela tiver maiorzinha eu falo não faz e ele fala faz, aí não vai ter como a gente educar ela melhor possível, então eu acho que tudo tem que ser um acordo entre os dois, na minha opinião, né.

João- É, o acordo em primeiro lugar, né. Tem um anjinho ali para a gente cuidar dele, trabalhar, para sustentar ela, né.

Nilza- Assim como ela falou, não adianta ser só meu, né, tem que ser dos dois mesmo.

Shirlei- É porque se a criança, por exemplo, se a criança tá fazendo bagunça, aí a mãe vai, dá bronca e o pai fala, não, não faz isso, coitada, aí já era, aí acaba, né, aí a criança já acha que pode fazer qualquer coisa. A mesma coisa aqui, é, tudo o que eu for fazer, eu falo com ele, eu não deixo de falar com ele, para a gente entrar em um acordo, porque sem acordo, sem conversa não dá, porque antes a gente brigava mais mesmo eu e ele porque a gente não conversava, aí a gente acabava brigando e começou a brigar todo dia, todo dia, todo dia, até que desgastou, a gente acabou terminando.

Pesquisadora- E com a equipe do hospital?

Shirlei- Eu entendo. É, tudo o que me explicam, toda vez que venho aqui tem sempre alguém explicando alguma coisa.

Weslei- Palestra.

Shirlei- Aí você pega bastante informação, é, eu acho que é isso, né.

João- É, é a primeira vez que eu tô vindo com ela, segunda vez que ela vem, né.

Nilza- É bom, né, tem pouca gente. A primeira vez que eu vim marca consulta, é sempre assim, pouca gente, lugar que é cheio, lugar que é fechado me deixa, sabe eu passo mal mesmo, e quando chega aqui no hospital assim, tem pouca gente, é aberto, fresquinho assim, é muito legal, principalmente quando a pessoa me recebe, que nem agora, né, informa alguma coisa já é, tira a dúvida, sei lá, aonde eu aonde, para mim tá tranquilo, né, principalmente ele vindo aqui comigo, né, porque eu andar sozinha me deixa muito nervosa e gravidez de alto, a médica disse que é de altíssimo risco a minha gravidez, aí para mim vir sozinha não dá, ele tem que vir comigo, se não for ele não tem quem vir mais, a minha, eu tenho duas irmãs aqui, mais as todas duas é doente, uma é com depressão, essa que eu falei, a outra tem quatro filhos e fora a doença dela, né, há dois mese ficou internada e ela é muito doentinha ela, por isso não pode andar comigo, tem que ser ele mesmo.

Pesquisadora- E você sabe porque é de altíssimo risco?

Nilza- Eu pergunto para ela, porque eu tive aborto, né.

Pesquisadora- Mais você sabe o que foi?

Nilza- A causa? Ela disse que é, ela falou, ela falou assim, né, no comecinho do meu tratamento ela falou que era uma causa só dos dois aborto, ela pensou, ela pensava que era uma causa só, aí no final do tratamento ela perguntou, né, como que foi o primeiro e o segundo, aí eu falei a causa do primeiro e a causa do segundo, só que ela falou que não é um problema só, o primeiro foi um problema e o segundo foi outro. Ela disse que o primeiro foi, é, a menina quando nasceu, ela teve pneumonia, aí foi a causa que ela morreu, né, porque ela eu, eu, eu tive a dor do parto, todinha a dor do parto eu tive, os médico quase que deixou eu morrer lá, eu, inclusive a minha menininha nasceu na cadeira de roda, jogada lá, é falou que o médico tava fazendo um cesáreo, né, tava operando, aí com 30 minutos a mulher, sentindo a dor do parto, um exemplo, que nem ela aqui, sentindo a dor do parto, nasce, não nasce, nasce e, esperar 30 minutos, será que nesse hospital naquela cidade só tinha um médico? Aí deixou eu lá, disse que a sala tava ocupada, não sei o que, me deixou lá no corredor, minha sorte foi as outras mulheres no

corredor, tudo grávida, né, aí quando eu, eles colocaram um soro em mim, esse soro, porque eu fiquei internada na segunda, nasceu na sexta, cinco dias eu fiquei internada, só sangrando, sangrando, aí foi na quinta-feira colocou o soro em mim, o soro, né, que o coração fica avexado, o coração axexou, nossa, fiquei cansada, com medo de morrer ali, eu chamei a enfermeira lá, falei que o soro tava demais, até o coração da menina batia porque eu sentia, mais lá não, deixe jeito não, aí chamou mais médico, né, aí eu pedi ajuda me ajuda porque eu tava perdendo, eu não tinha que ficar ali para perder, aí foi na quinta, aí quando foi na sexta de manhã, pronto, eu fui fazer o ultrassom quase que eu não aguento fazer a ultrassom, sentindo dor mesmo, aí quando eu fui lá, que deixou lá no quarto lá, pronto, quando eu fui para a cama lá, quase que eu caio, aí foi que a dor mesmo apertou, aí eu chamei as mulher, né, aí veio a enfermeira e me levou para lá, para sala, aí a mulher lá dentro falou, nossa, só faltou não sair mais, meu, e eu ali, quando ela saia, quando a mulher saiu que eu entrei, aí ela fez o toque em mim e falou tá nascendo, aí foi nisso que me levou lá, né, pro corredor porque a sala tava ocupada, deixou eu na cadeira, eu eu só assim sem ele, sem nada, sem ninguém, sozinha, e ele nada, aí foi que as mulher me ajudou, ó lá a mulher tá passando mal, ela, ela veio, pegou eu, colocou lá e pronto, aí ficou duas enfermeiras assim de lado olhando e eu lá, minha filha nascendo, porque Deus me ajudou.

Pesquisadora- E ela nasceu com vida?

Nilza- Nasceu, com vida. Inclusive eu nem vi. Eu tenho queixa até hoje porque não me deixaram ver. Aí levaram ela, né, colocou, fizeram curetagem em mim, colocou, aí eu falei, aí ela falou, tudo bem? Tudo bem, cadê minha filha, eu sabia o que era, né, era uma menina, cadê a minha filha, ela falou, ó sua filha com 30 minutos que ela nasceu o coração parou, eu entendi, né, parou, eu entendi que ela falou que morreu, porque não falou a palavra morreu, né, aí falou isso, ó, sua filha, primeira ela falou para mim, sua filha não nasceu perfeita, aí eu, como assim, aí falou assim, ó, a sua menina nasceu com isso aquilo colado, aí eu fico pensando, mas será que ela nasceu realmente cega ou ela nasceu só com os olhos fechados, ela falou para mim que a minha filha não tinha nascido perfeita, eu pensei que podia ser outra, porque claro que cego é uma deficiência, né, aí eu tenho medo também, só que eu não sei se isso realmente, se ela nasceu cega ou não, eu tenho medo de engravidar e a minha filha nascer de novo cega.

João- Vindo viva, do jeito que vier.

Nilza- O pior é que eu não tenho certeza, se ela nasceu realmente cega, não deixaram nem eu ver a menina, qué isso, eu acho que é covardia, sem falar que eu fico pensando até hoje, o meu Deus, eu não enterrei a minha filha, onde é que ela tá.

Pesquisadora- É um direito seu de ver.

Nilza- Eu não vi, ela falou, ou você não viu, você não viu porque a gente não deixou mesmo porque você ia ficar com trauma, não sei o que. Minha vida é cheia de trauma, eu, não tem problema ver a minha filha não, se é minha. Aí quando eu engravidei justo com seis meses que eu tava no hospital lá, tive de novo, para mim foi um castigo mesmo, sei lá, de Deus não porque Deus não dá castigo não, né, aí eu, só que quando nasceu, né, eu pedia para ver, eu queria ver a primeira, o negócio era feio, aí quando foi a segunda que eu perdi quase de quatro meses, eu pedi para ver, que é feio, é feio mesmo, a primeira eu queria porque tava completinha, né, mais o segundo menina, eu vi, olhei assim, eu tava colocando numa sacola, coloca numa água, eu falei, eu quero ver, exigi, eu quero ver, porque você quer ver mulher, porque a primeira eu não vi, até que, é feio, antes que eu não tivesse visto.

Pesquisadora- E dessa você tava ou não?

João- Não. Não.

Nilza- Eles não deixa ficar lá. Foi em 2008.

Pesquisadora- Porque agora vocês podem

Shirlei- Pode ir lá ficar porque eu não vou ficar sozinha não. Eu morro de medo, porque eu tenho medo dessas histórias assim, não que eu tô falando mal daqui, aqui é ótimo, mais eu tenho medo de, vai, um exemplo, eu tô sozinha lá, tendo a minha filha, não tá a minha mãe, não tá ele, não tá ninguém comigo, aí alguém de má fé tá lá e resolve roubar, porque existe muito isso, né, e aí, como que vai acontecer, eu quero que ou ele, se ele não tiver, se ele tiver num lugar, apesar que ele falou que vem na hora, minha mãe entra comigo, entra alguém comigo, mais sozinha eu não entro.

Nilza- Apesar de depois sempre fica só.

Shirlei- É, mais assim, só a certeza que eu vou ter de que vai ter alguém ali comigo, que eu não vou tá sozinha, eu já vou ficar mais tranquila.

Pesquisadora- Seu medo é esse?

Shirlei- É. Eu morro de medo.

Nilza- Eu também, de trocar, trocar ou roubar.

Shirlei- Eu tenho medo porque hoje me dia existe isso, né, a gente não pode negar porque existe isso e às vezes, que nem a segurança é, é boa, mais quem garante

que não vai entrar alguém ou alguém de má fé que tá ali do meu lado, entendeu, que vai trocar ou vai roubar. No começo eu fiquei com medo mais agora eu quero ela mais que tudo, essa é a única coisa que eu tenho medo

Pesquisadora- Do parto.

Shirlei- Do parto, não. Um pouquinho, eu quero, eu não quero ter cesárea.

Nilza- Eu não tenho medo do parto

Shirlei- Eu morro de medo, o que eu tenho medo é daquela agulha que, a anestesia que é nas costas.

Nilza- A rack.

Shirlei- Por isso que eu falo que eu quero ter normal, eu prefiro ter toda a dor do que, do que ter, levar aquela agulha nas costas. E a minha mãe teve quatro todas de cesárea, né, porque ela não tinha dilatação, só que eu morro de medo de não ter dilatação porque vai ter que fazer cesárea, mais eu acho que não, porque eu já tive dilatação precoce, né. É a única coisa porque o resto.

Nilza- Eu também, eu quando sai grávida eu pretendo ter normal, também. Cesárea nada, o negócio ficar, oxi, primeiro porque eu não tenho quem cuida de mim. A minha cunhada teve nenê, ela decidiu, eu falou que queria cesárea e terminou sendo, só que foi decisão dela, né, ela não teve aqui, o marido dela tem convênio, foi em um hospital particular, aí ela teve cesárea, também passou dos nove meses e o médico disse que tinha que fazer mesmo, né, e ela não tinha dor, não sentia a dor do parto, oi, aí ela quis cesárea, aí fez cesárea, mais hoje tá lá, tá lá, não faz nada ainda, eu que tô com ela, né, não fiquei hoje porque vim para cá, ai, depois de amanhã faz 25, segunda-feira faz um mês, eu falei pó, eu vou vim mais cedo, não aguento mais, perdi dois quilos nesse caminhada, foi, eu tava quase com 50 agora eu tô com 47, olha que pouco, e é longe a minha casa da dela, é quinze minuto a pé.

João- Cinco minutinho.

Nilza- Não, quinze minuto a pé.

João- É, você anda que nem uma tartaruga, devagarinho. É cinco minutos eu tô lá.

Nilza- Eu falei para ela, se fosse normal, você tava fazendo as suas coisas, agora quis cesárea.

João- Agora você tá ajudando ela, depois ela vai te ajudar.

Nilza- Ele é que fala quando você engravidar, quando você ganhar, já que você tá ajudando ela, ela vai te ajudar, mais só que ninguém é igual a mim não, eu graças a

Deus eu tenho força, eu tenho vontade, eu saio de casa até chovendo, já ela não sai de casa chovendo não, eu conheço, para mim, quando eu quero, pode tá frio, pode tá chuva, pode tá o que for, eu vou.

[[Silêncio]]

Pesquisadora- Tem mais alguma coisa que vocês gostariam de falar?

Nilza- Não. Não, eu tenho sim.

João- Ai, meu Deus, cadê o relógio.

Nilza- Eu tenho medo de quando eu engravidar, como é longe que eu moro, né, de faltar tipo assim, dinheiro, porque ele trabalha por conta dele, faltar dinheiro pra, para ele vir acompanhar comigo, ter só para mim ou nem ter para mim.

João- Deus o livre, meu Deus do céu, não fala isso não [risos].

Nilza- Eu nem tenho medo de comprar os preparativo, não tenho, se pelo menos Deus me ajudar, meu Deus.

João- Eu tenho carro, nós tem que vir.

[Falo da assistente social, em caso de dificuldade]

[Nos despedimos e o grupo encerrou-se]

Grupo 7

Silvia- O nome, né, Silvia, ai tem que falar, é, o como eu estou passando no momento?

Pesquisadora - É, fala um pouquinho da sua gestação.

Silvia- Aaaah, então, é assim, eu cuido do meu pai há oito anos, de Alzheimer e então eu tenho problema de síndrome de ovário policístico, não foi uma gravidez planejada, eu sempre dava uma parada que é para desintoxicar, sempre, e aconteceu, depois de sete anos de casada, né, de casada, né, então eu tô, então foi mais na hora, né, preocupação, porque eu me apeguei muito a ele, então, oito anos acamado, entendeu? Então eu tô, eu tô ai passando essa fase de desligar dele, porque ele tem que ficar em alguma lugar, porque está difícil achar alguém de confiança para ficar junto ali, né, então agora ajuntou preocupação, surpresa, alegria, tudo ao mesmo tempo, é muita emoção na hora que eu fiquei sabendo, tudo misturado, né, misturou tudo, então para mim está sendo difícil isso, né, com muita coisa para resolver.

Pesquisadora – E você está com quanto tempo?

Silvia – Seis, é, entrou no seis, já.

Valéria – Seis meses?

Silvia- É.

Valéria- Nooossa!

Silvia – É.

Valéria- Nem parece.

Pesquisadora – Te surpreendeu?

Valéria – É, nem parece.

Silvia – Não parece? Óia.

Risos.

Silvia- Então é, para mim foi difícil.

Pesquisadora – E é o primeiro filho?

Silvia- É, então eu, eu nunca pensei em ser mãe, eu peguei essa missão, minha mãe faleceu, eu peguei com ele, eu era muito apegada a ele, ainda sou, ainda agora para desprender, né, e então, dá dó, o Alzheimer chega num estado avançado, que nooossa! Ixi, muito delicado, que nem criança, né, muito delicado. É bom que eu já sei, risos, é, é, trocar fralda, essas coisas.

Risos.

Silvia – Eu já sei, né, entendeu? Os cuidados ali, tudo papinha, agora é papinha, então é um bebê gigante e agora vou passar, só vai diminuir o tamanho, né, e a mamada, risos, e a educação, né, que vai ter que investir, mas para mim foi difícil, agora que tô acostumando, né, com a ideia, e foi, foi uma surpresa e muita emoção, surpresa, preocupação com o, com o meu pai, né, é, então agora, vamos ver, até por em ordem as coisa para mim te um pouquinho mais de sossego, eu tô acelerada, tô ansiosa, né, que muita coisa para por em ordem e eu não tô conseguindo, porque eu sou sozinha, minha irmã faleceu, que ela me ajudava e, então eu sou sozinha e tem o marido que a mãe tá com começo de Alzheimer, então ele não pode muito comigo né, tem a mãe e o trabalho, pra mim tá preocupante.

Valéria – Mais vai dar certo.

Silvia- É, isso, é.

Amanda- Então, meu nome é Amanda. Tenho uma filha de oito anos, ela vai fazer nove e fiz o tratamento, sou casada há cinco anos, fiz tratamento para engravidar e não foi, não foi nada sofrido.

Silvia – Aaah, é?

Amanda- Foi planejado, mesmo e espero que seja o último, porque na dela eu tive pré-eclampsia, né, da minha filha, né, agora eu tô correndo atrás da carta porque eu não quero mais, só mais esse e pronto.

Pesquisadora – E esse tratamento que você fez?

Amanda- Era para poder engravidar, eu fiz um ano, aí consegui e agora tendo o bebê eu não quero mais, só esse mesmo, é chega, já estou de nove meses, também.

Silvia- Ah, já tá quase.

Amanda – E é isso.

Valéria – É, meu nome é Valéria, tenho 28 anos, sou casada há três anos, eu engravidei três vezes.

Silvia- Ooolha.

Valéria – E perdi.

Silvia- Aah.

Amanda- Nossa!

Valéria – A primeira vez eu engravidei em 2011, final de 2011 eu perdi. Perdi com dois meses.

Silvia- Nossa. Também a parte psicóloga, nossa.

Valéria – É. Ai demorou um ano, quando foi em 2013, eu engravidei, aí tive sangramento, tudo, mas segurei até os seis meses.

Silvia- Olha.

Valéria- Aí quando foi seis meses eu perdi.

Silvia- Ah.

Valéria- Que foi ano passado. Aí eu tava fazendo pré-natal no posto de saúde, aí comecei a vê uns tratamentos para mim.

Silvia- Isso.

Valéria- Eu tenho uma filha de 11 anos. Choro.

Silvia- Aaah. Olha, e ela que da uma força para você, né? Da ajuda.

Valéria- É. Aí perdi porque a placenta descolou do útero.

Silvia- Aaah.

Valéria- Daí ficou sem oxigênio.

Silvia- Olha.

Valéria- Aí fiz uns tratamentos que a mulher do posto tinha passado para mim, aí fiz uns tratamentos aí ela falou que se que tinha que fazer curetagem aí depois de seis meses eu podia engravidar, aí fui e engravidei de novo.

Silvia- Aí, que benção.

Valéria- Aí engravidei, aí quando foi agora, o mês passado eu perdi de novo.

Silvia- Aaah.

Valéria- Mas é porque só formou a placenta.

Silvia- É. Ainda da tempo.

Valéria – Quando eu fui fazer, quando começou a ter sangramento.

Silvia- Olha.

Valéria- Aí vim aqui no hospital, aí o médico foi e falou que tava tudo bem, fez uns exames e falou que tava tudo bem, falei, mas eu quero uma ultrassom, porque como eu já tinha perdido dois.

Silvia- É. Você já tem a experiência própria, né.

Valéria- É, eu falei, eu quero uma ultrassom, aí ele falou, mas vai demorar aqui, eu vou, então me da aqui que eu faço particular.

Silvia- É.

Valéria – Aí fiz particular, aí o médico com três meses não deu para ver nada.

Silvia- Ah.

Valéria- Aí o médico também não falou nada. Fez o ultrassom, ele falou para com o seu médico, ele vai te explicar alguma coisa. Aí fiz, dentro de cinco dias eu voltei aqui de novo, aí o médico foi o não viu nada também, porque só tinha o saco, né?

Silvia – Ué.

Valéria- Não dava para ver embrião, nem nada. O médico foi e pediu outro ultrassom, dois dias, aí eu fui e já fiz aqui já no hospital, com urgência, aí ele pediu em dois dias, aí eu fiz, porque antes de eu fazer ele me deu 50 % que podia ser que eu pudesse ter perdido nas contagens e tava muito pequenininho e não tava dando para ver.

Silvia – É.

Valéria- Ou senão é porque só tinha formado a placenta, mesmo. Aí fiz outro ultrassom, aí não deu para ver do mesmo jeito.

Silvia- Poxa.

Valéria- Ai o médico me deu duas opções, ou eu ficava em casa tomando uns remédios quinze dias para ver se eu perdia ou tinha que internar para fazer curetagem.

Silvia- É.

Valéria- Aí eu falei, como eu já tinha passado no outro, fiquei dez dias internada aqui, eu já tinha passado no outro, a gente sofre muito.

Amanda – É.

Valéria- Para perder, para ter um aborto.

Silvia- Que experiência, hein. Puxa.

Valéria- Aí eu já tinha ficado, então eu falei, eu quero os remédios, senão der resultado, a última opção é internar, né, aí fiquei os 15 dias, desceu para mim durante os 15 dias, aí eu vim para cá pro hospital durante os 15 dias eu vim 20 dias eu depois, ela pediu para eu vir com 15, eu vim com.

Silvia – E descendo em 15 diass?

Valéria – E descendo para mim.

Silvia- Olha.

Valéria- Eu, com certeza eu já perdi, um bolinha de sangue, né, aí tava com 32 centímetros, milímetro.

Silvia- Milímetro.

Valéria- Aí quando eu cheguei aqui, aí tava marcado um ultrassom que era para poder saber se tinha libertado.

Silvia- É.

Valéria- Já tinha aumentado para 46 milímetro, a bolsa já tinha era crescido, não perdi nada.

Silvia- Nossa.

Valéria- Tive sangramento, muito sangramento e eu não perdi, aí quando fui passar na médica, a médica falou, aí se eu quisesse esperar o corpo diz que quando não tem nada liberar, mas não tinha tempo determinado, eu falei, não, não quero, vou ficar dois, três, quatro meses aguardando e a barriga crescendo? Porque o médico falou que crescia.

Silvia- É.

Valéria- Até um certo tempo, sem ter nenê, sem ter nada, então eu preferi me internar logo.

Amanda- E o psicólogo? O psicológico também é para.

Valéria- É. É. Eu falei, eu vou esperar, sabendo.

Silvia- Nossa.

Valéria- Sabendo que.

Silvia- É.

Valéria- Tipo, tô grávida e não tô ao mesmo tempo, né?

Silvia- É.

Valéria- Então é melhor logo liberar logo e ([Silêncio]) aí eu fiquei internada três dias, aí fiz a curetagem, aí agora eu tô vindo para passar, a psicóloga foi e me encaminhou para passar com a Rita, né?

Silvia- É, Rita.

Valéria- Que é pra poder ver se ela me encaminha ou não sei se é ela.

Silvia- Super delicado, né?

Valéria- Para poder fazer um tratamento para saber o que é.

Pesquisadora- Vocês duas é a primeira vez que vão passar?

Silvia- Isso.

Valéria- É.

Pesquisadora- Você já esta sendo acompanhada?

Amanda- Isso.

Silvia- Já faz um tempinho.

[Silêncio]

Silvia- Nossa, que experiência.

Amanda- Muito boa a doutora. Ela é ótima.

Risos.

Amanda- A médica.

Valéria- Só isso.

Silvia- Só isso nada.

Risos.

Silvia- Muita coisa para uma pessoa.

Amanda- E você tem uma filha?

Valéria- É, antes dela eu perdi um, mas é an eu morava na Paraíba.

Silvia- Isso.

Valéria- É, o médico fala que é porque eu tomei uma vacina contra rubéola eu não sabia.

Amanda- Hum.

Silvia- Ah.

Valéria- Aí com quatro meses depois dessa vacina foi que eu perdi, aí eu fui, demorei um ano e engravidei dela, minha gravidez foi normal, bem ou mal, só senti enjojo mesmo.

Silvia- Que bom, né?

Valéria- Aí depois, dela, depois de 2003 eu vim para engravidar em 2012, ei tive ela em 2003, aí fiquei seis, sete anos, aí engravidei em 2012, aí para ca, é que é com o meu outro marido, entendeu?

Silvia- É.

Valéria- Minha filha é do primeiro marido. Aí eu não tô conseguindo engravidar. Eu conseguindo engravidar eu tô.

Silvia- É.

Amanda- Mas.

Valéria- Segurar. O primeiro foi com dois meses.

Silvia- Meu Deus.

Valéria- Aí o segundo foi com seis meses e o terceiro porque não teve nenê, só teve a placenta, só.

Pesquisadora- E agora você está pensando em fazer um tratamento?

Valéria- Aí agora, antes disso que não quero, porque o tratamento que a médica passou para mim, minha médica lá do pré-natal ela passou um monte de exame, sobre doença, de não segurar nenê, um monte de coisa que ela falou, eu trouxe até para mostrar para a médica e ela falou é tudo ok, se você quiser engravidar depois de seis meses você engravida, eu falei tá bom então, aí passou os seis meses eu parei de tomar remédio, foi parar eu engravidei, aí ficou.

Silvia- Aí.

Valéria- Aí quando foi agora porque não tinha nenê.

Amanda- O meu tratamento fez eu e o meu marido.

Silvia- É.

Amanda- A gente fez junto.

Pesquisadora- O seu era por qual motivo?

Amanda- O meu era porque fez muitos anos, né, que eu tomei remédio, fez oito anos direto.

Valéria- Então minha médica.

Amanda- Injeção. Mais forte ainda, né?

Valéria- É. Eu tomo injeção, também. Minha médica falou que queria que fizesse dele, só que ela falou que para fazer dele não era o caso porque eu tava conseguindo.

Silvia- É.

Valéria- Engravidar. O que que fosse para fazer dele era só se eu não tivesse conseguindo engravidar.

Amanda- Eu já não conseguia.

Valéria- É, eu não. No meu caso, eu não tomei o remédio e já engravidei.

Silvia- Eu pensei que nunca ia acontecer comigo, eu já tinha, desça água não beberei, já tinha ó, pensando que não ia acontecer, mesmo, porque a minha missão era cuidar do meu pai, depois de ter perdido a minha mãe e a minha irmã, eu fiquei, né, dedicada a isso, né, até ele falecer, eu não tava, aí eu ia trabalhar fora e ia seguir a minha vida, eu nunca tive liberdade.

Risos

Silvia- Cuidei da minha mãe, depois do meu pai, vivi para cuidar do dois, né? Entendeu? Aí eu não tive assim, é, mais liberdade, aí eu falei, não, então deixa eu terminar de cuidar dele, depois eu vou cuidar de mim, né? Mas não. Eu tava pensando em trabalho depois que né, trabalhar fora.

Amanda- Deus tinha outro propósito na sua vida.

Silvia- É, então, () falou isso, né?

Pesquisadora- Tem coisas que nos escapam.

Silvia- É, isso, é. Eu até pensei que a minha irmã faleceu há pouco tempo, eu pensei, será que é ela que planejou lá, tá lá com a minha mãe.

Risos

Silvia- Porque no sonho eu sonhei as duas conversando e nem deram bola para mim, o assunto era tão serio que eu.

Risos

Silvia- Até pensei que foi, a gente pensa em tudo, né, risos.

Pesquisadora- E como vocês percebem a participação de vocês

Amanda- Em que?

Pesquisadora- Quando vocês estão em uma instituição de saúde, como que vocês, que liberdade vocês tem para participar, como que é isso?

Amanda- De ser bem atendido?

Pesquisadora- De participar das decisões sobre a gestação.

[Silêncio]

Silvia- É, dá um pouquinho de medo, porque às vezes a gente fala e eles tem a opinião deles e é superior a nós.

Amanda- Isso.

Silvia- É, então dá um pouquinho de medo.

Pesquisadora- Vocês tem medo?

Silvia- É.

Valéria- A gente pensa uma coisa e eles já pensa outra.

Silvia- Insegurança, né.

Valéria- Insegurança na hora de ganhar nenê.

Silvia- É.

Valéria- A gente pensa muito. Eu penso assim, coisa publica é igual aqui o hospital, eu sempre falo para o meu marido, é, o medo que eu tenho é na hora de ganhar.

Silvia- Isso.

Valéria- Porque só não tem eu.

Silvia- É.

Valéria- Tem muitas.

Amanda- E passar da hora.

Silvia- É.

Amanda – Eu já conheço três vizinhas que teve aqui.

Valéria- Então eu também.

Amanda- Passaram da hora e o bebê nasceu com falta de oxigênio no cérebro.

Silvia- Isso.

Amanda- Aqui.

Silvia- É. Ele viveu, é, o meu vizinho teve um, morreu com 53 anos agora, o ano passado ele falou que faltou oxigênio no parto, no cérebro.

Valéria- Então, em junho do ano passado quando eu tava internada aqui que eu perdi o de seis meses, tinha três menina no meu quarto grávida e para ganhar nenê, tudo e as três o nenê morreu.

Silvia- Olha.

Valéria- Aqui, o ano passado.

Silvia- Aí, saiu, falou na radio isso aí. É.

Valéria- Por falta de

Silvia- Tirou a fórceps.

Valéria- Falaram que não tava na hora.

Amanda- É falta de atenção, que nem a médica do pré-natal é ótima, mas os médico que fica de plantão lá na parte da emergência ja

Silvia- Aí.

Valéria- É.

Amanda- Eles pega, olha para você e faz pouco caso.

Valéria- É mesmo. Você chama lá e elas vem cara desse tamanho já, O QUE É?

Silvia- Nossa.

Amanda- E é isso que da medo.

Valéria- Da medo isso aí.

Amanda- Público eu também acho

Valéria- A única coisa que eu tenho medo é disso.

Amanda- A minha mãe brigou muito comigo, porque eu fiz tratamento, mas eu poderia ter pago primeiro um plano de saúde dois anos antes e depois fazer o tratamento.

Silvia- É.

Amanda- Ela falou porque você não pagou o plano de saúde? Você sabe que hospital público, sabe como é.

Silvia- Mas o que tem que acontecer, às vezes em qualquer lugar.

Valéria- Já tem outros, já tem outras mulheres que é rápido para ganhar, chega aqui e rapidão ganha, né, então para elas falam, não tem o que falar do hospital, para quem fica internada aqui igual eu fiquei internada oito, dez dias aqui, era para mim usar comprimido é de seis em seis hora eu usei um por dia.

Silvia- Ixiii.

Valéria- Eu fiquei quatro dias usando comprimido para depois começar a sentir dor que foi do segundo de seis meses para depender, então se eles tivesse, eu fiquei quatro dias sof é quatro dias para sentir dor aí fiquei dois dias sofrendo depois para eu perder só perdi porque eu fui no banheiro porque a médica falou que não era para que não tava na hora, o nenê não ia nascer que não sei o que não era para mim ir no banheiro senão eu perdia no sanitário aí eu fui e eu sentindo aquela bola tipo bem lá embaixo quase saindo mas o nenê tava morto não tinha força para me ajudar, né?

Silvia- Isso.

Valéria- E quando eu fui no banheiro só foi eu sentar no vaso e o nenê caiu.

Silvia- Ah, minha nossa.

Valéria- E para elas, elas falaram para mim que não tava na hora, foi ela fechar a porta eu peguei o soro lá na mão, fui no banheiro lá, a minha sogra tava lá no quarto comigo.

Silvia- Que susto que você leva, levou todos esses tempos.

Valéria- Quando eu sentei no vaso o nenê foi o desceu e elas falaram que não tava no tempo, então, isso é porque tava morto, imagina se tivesse vivo.

Silvia- Nossa.

Valéria- Sera que também não ia morrer? Chegar a hora de nascer e elas falarem para a gente que não tá na hora e a gente não sabe se tá na hora elas fazem aquele estudo elas sabem, só que eu não sei o que é.

Amanda- É, estudou para isso.

Risos

Valéria- É, elas estudaram para isso, entendeu? A gente fica sentindo muita dor e elas chega e fala, tudo delas é assim, é normal.

Pesquisadora- Quando você fala elas você está se referindo a quem?

Valéria- As que ficam lá em cima.

Silvia- As enfermeiras.

Valéria- As enfermeira que fica lá no quarto, sabe, quando a gente fica, quando você reclama que tá sentindo dor, alguma coisa.

Silvia- Tem as auxiliar.

Valéria- Pra vim dar remédio, alguma coisa.

Silvia- É.

Valéria- Essa daí, o médico para descer aqui para baixo é outra coisa.

Silvia- Sei.

Valéria- Eu não sei o que a porque as duas vezes que eu desci foi para fazer curetagem, coisa rapida, também, fiz a curetagem e já subi para o quarto, mas o atendimento lá no quarto, lá em cima.

Amanda- É, eu já tô falo do médico aqui embaixo que a gente passa no pronto socorro, a diferença é enorme do do da da médica obstetra daqui pro outro, né, eu acho a diferença beem.

Pesquisadora- Vocês se sentem escutadas?

Valéria- Eu me sinto.

Amanda- É, eles escutam, mas, ah, pode voltar para casa.

Valéria- É.

Amanda- Não é nada, aí isso que dá medo, né? O meu medo é esse, por conhecer pessoas que já teve vários problemas. E já perdi também um nenê, fiquei aqui, perdi, tive um aborto, também, de quatro meses eu tava.

Silvia- Aí vem para cá.

Amanda- Fiquei o dia inteiro para fazer a curetagem porque tinha bebido um copo de água. Risos. Eu não sabia que não podia comer nada, eu bebi um copo de água, mas foi normal, né.

Silvia- De quanto tempo tava a criança?

Amanda- Quatro.

Silvia- Eita.

Valéria- A raiva que eu tenho também que foi da outra vez que eu fiquei dez dias aqui com o nenê é que o médico passou para eu usar os comprimidos de seis em seis horas e quando eu fui reclamar que elas estavam usando um por dia só era para usar três por dia, né, então elas as médicas, uma médica, uma loirinha ainda, foi lá no quarto ela falou eu fui reclamar para ela, né, porque é que não tava usando o comprimido no na hora certa.

Silvia- É.

Valéria- Porque se fosse na hora certa, tipo já tava já tinha parado de sofrer, já tinha perdido e tido, né, aí ela foi e falou assim, não tem como eu largar os pacientes lá embaixo, deixar uma mulher ganhando nenê para vir atender, mas eu sou paciente também, se elas não acham que dá certo elas marcam uma hora para ir então elas não marque, ela falou quando puder a gente vem.

Silvia- É.

Valéria- Ou Coloca um comprimido um por dia mesmo, não falar ó de seis em seis horas vou vai tomar usar os comprimido, e você esperar, você chama e fala não, ela não pode vir, não foi cumprido e não outro dia, ah a gente não tem tempo agora e aí? Os paciente que tão embaixo beleza, eu concordo ela não vai deixar uma barriga aberta ou uma mulher tendo nenê para colocar um comprimido em mim.

Silvia. Isso.

Valéria- Mas depois dessa barriga ou dessa mulher ela não pode ir lá usar ou senão.

Amanda- Até porque deve ter é tinham que ter enfermeira lá e cá, né?

Valéria- Para atender, é.

Amanda- Os pacientes.

Silvia- Deixar tanto tempo assim.

Amanda- Eu tive minha filha no hospital xxxx em xxx,olha é muito diferente, eu achei o hospital muito diferente daqui, uma diferença enorme.

Silvia- É?

Amanda- É muito bom. Eu morava em outra cidade.

Silvia- Ah é, falam mesmo de lá.

Amanda- Lá é muito bom o hospital.

Silvia- É.

Amanda- Agora aqui eu não sei.

Silvia- Aqui eu, pelo que eu ouço na radio, e leio em jornal só vem noticia de morte de bebê e da mãe.

Amanda- É, também.

Silvia- Da mãe e do bebê, da mãe e do bebê.

Amanda- É.

Valéria –E, eu tenho medo.

Silvia- Tirou, a última foi em novembro, tirou a fórceps.

Amanda- Falam que é proibido.

Silvia- Morreu a mãe e a criança.

Amanda- E fórceps por lei é proibido, não pode mais.

Silvia- É.

[Silêncio]

Silvia- E, como eu não tenho convênio, eu vi eu vim para cá, né, não tem outro lugar para quem mora em aqui, não tem outro.

Amanda- O municipal também. Mas não pode mais né, também.

Silvia- Não pode mais.

Amanda- Agora é só aqui.

Silvia- É? É referência, né.

Pesquisadora- E o que vocês acharam que poderiam fazer diante dessa situação que vocês relatam?

Valéria- Eu o que poderia fazer era pagar um convênio para mim, risos.

Silvia- É.

Valéria- Mas às vezes você pensa assim muita gente fala, não sei se é verdade porque eu não tenho, meu marido da segunda vez ficou mó chateado também por causa do descaso dos comprimidos, agora dessa vez já já foi rápido só precisei usar um, então é meu marido falou agora na próxima vez que você engravidar aí eu vou fazer um convênio para você então só que tem muita gente que fala que no convênio é igual um um hospital público.

Silvia- Vixi.

Amanda- É, depende do convênio.

Valéria- Então aí eu não sei porque eu não tenho, mas confiando em Deus eu for fazer um antes de eu engravidar eu vou fazer um convênio para mim, o meu medo é na hora de ganhar.

Silvia- É.

Valéria- Que não só vai ter eu aqui, né, entendeu? Vai ter muita gente aqui, eles não vão dar, se eu falar que eu tô sentindo muita dor, tá bom, é não é não é hora ainda, o meu medo é dizer assim, não é hora o nenê tá quase nascendo e se tiver quase nascendo tá bom, se nascer em cima da cama tá bom.

Silvia- É.

Valéria- Mas o meu medo é nascer.

Silvia- O meu é complicação, é.

Valéria- Entendeu, e dizer morreu porque passou do tempo de de nascer.

Silvia- É, da medo disso, passar da hora de nascer, esse negócio de faltar oxigenio.

Valéria- Eu já tenho medo porque eu já perdi três, então eu tô como que se tivesse um trauma.

Silvia- Porque depois que passou, não tem como mais, dar jeito, não tem.

Valéria- Eu tenho esse medo já, então.

Amanda- Ver a situação, né e depois de tantas coisas que anda tendo assim, teria que reaver tudo, né?

Silvia- É.

Amanda- Tanto os médicos, quanto, tudo, tudo, né.

Pesquisadora- E vocês poderiam de que forma contribuir para isso?

Silvia- Se tem papel de reclamação não sei se adianta deixar escrito.

Amanda- Ah, adianta nada, não.

Valéria- Não adianta não.

Silvia- Não, né? Falar ó, eu acho isso, esse negócio de achar é

Valéria- É.

Silvia- A gente só acha mesmo, risos.

Amanda- A gente só vai de votar a gente já vota errado, né?

Silvia- É.

Amanda- A gente só põe gente que não presta.

Silvia- É, tem essa.

Risos.

Amanda- Só faz cagada.

Silvia- É.

Valéria- Na hora da votação só fala, né?

Silvia- Só para chegar lá no topo, depois que tá lá em cima, rerere, só alegria.

Amanda- Depois o resto a gente paga. O pior, né, a gente mesmo que põe e a gente mesmo que sofre.

Silvia- É.

Risos.

Silvia- A maioria e hoje falou no radio que o dia na dia nacional da mulher e dia 8 de março é internacional então falou que dia 30 é nacional, mas não é divulgado porque deixaram só dia 8.

Valéria- Então é assim.

Amanda- É isso.

Silvia- Então quem pode pagar, paga. Quem não pode tem que enfrentar.

Amanda- É, então, eu acho que

Silvia- Eu acho que existe um lugar

Amanda- Eu acho que por isso que não muda, aqui o hospital

Silvia- É.

Valéria- Porque eles fala quem pode paga e quem não pode vai ter que vir para cá, então tem que aguentar.

Silvia- É em geral, em geral.

Valéria- É em geral.

Silvia- Aonde você vai, em qualquer lugar

Valéria- E é muita gente aqui, então eles vê que mais a maioria das pessoas das mulheres.

Silvia- É. Quando eu levava ele eu via a diferença

Amanda- Mais eu acho que por ser no hospital que atende mulher, já por isso deveria ser mais atencioso, né? Porque tem tanto casos e acasos que a gente vê, direto, passa um monte.

Pesquisadora- E quando vocês falam que veem é por que vocês conhecem pessoas?

Amanda- É, no jornal mesmo passa.

Silvia- Na radio da cidade, aí vê o repórter e mulher entrevista a irmã da que faleceu.

Valéria- A mulher lá chorando porque

Silvia- A irmã dela, dando entrevista. É, aí passou na radio, antes do natal.

Amanda- E eu conheço duas vizinhas, que nasceu com falta de oxigênio, ele até faleceu segunda, dia 03.

Silvia- Isso que dá medo, né? Isso que dá medo. Também, outra coisa. Porque esse, se falta oxigênio é porque a criança não em jeito mais de, né?

Amanda- Vegeta.

Silvia- É, é.

Valéria- E para ter uma criança assim é melhor Deus levar, né?

Silvia- É, então.

Amanda- É.

Silvia- Eu vejo meu pai lá com Alzheimer, não fala, não anda, fica lá, fica aquela coisa lá também vegetando, eu sei como que é.

Amanda- É triste, né? A gente engravida e espera uma coisa, né?

Silvia- É, só coisa boa.

Valéria- A gente só tá sossegado mesmo, quando você ganha e tá na sua casa, tá com o seu nenê em casa.

Silvia- É.

Valéria- Ai você fica sossegada.

Silvia- Eu fico pensando nas mulher que passa por tudo isso e tem e cuida do filho até o fim, né? Porque essa já tá, já é uma santa aqui, mesmo, né? Na, no mundo. Já é aqui, santa, quando morrer então já vai direto para Deus.

Risos.

Silvia- Não é? Que coisa, é passa por tanta dificuldade para cuidar, né, coitado, não é brincadeira, não.

Valéria- É, a gente mulher sofre.

Silvia- É.

Risos.

Silvia- Quando fala os homens, é, eu vejo, até hoje, uma entrevista um ator falando domingo, é, sabe como é, né, primeiro filho homem, já, primeiro filho homem já, tem diferença.

Amanda- Ah, tem muita diferença. Esse agora é menino, a minha é menina.

Silvia- Sabe como é, né?

Amanda- Mulher só vem para sofrer.

Silvia- É, sabe como é filho homem, eu falei, pronto, não podia ter falado, tem que se trata igual.

Valéria- O seu é o que?

Silvia- Tava sentado, mas ele deu sugestão que poderia ser uma menina, aí ele falou, posso dar sugestão? Lá na xxx, eu acho que é uma menina, né que ta sentado.

Valéria- É, povo fala que quando naum da para ver na normalmente é mulher.

Amanda- O meu deu para ver semana passada, só, com quase nove meses, tava sentando também.

Silvia- Ah, aí ó.

Amanda- Tava sentado, virado de bunda, aí mandaram tomar duas cocas, me entupiram de chocolate.

Silvia- O que é isso? Éé?

Risos

Amanda- Ele ficou bem agitado.

Silvia- Ah, por causa da cafeína que

Amanda- Ai vira

Silvia- Cada uma! Eu não tomo nada dessas coisas de refrigerante, não.

Amanda- E muita água.

Silvia- Ai não, eu não.

Amanda- Ai o bebê virou, ficou com raiva.

Silvia- É.

Risos

Silvia- Eu parei na adolescência de tomar refrigerante, eu não ia tomar não. Ixi, deram para tomar, coca?

Amanda- Não, eu vim fazer aqui aí o meu marido comprou duas cocas para mim.

Silvia- Ai que alivio, eu tava achando que aqui da coca.

Amanda- Mas ele tava mesmo bem agitado, não parava de mexer.

Risos

Silvia- Então é menino?

Amanda- É menino.

Silvia- É, é menino. Ai já tem menina, né?

Amanda- Tenho uma menina.

Silvia- Ah, então tá, fica o casal.

Amanda- Agora chega.

Silvia- Aí, tá bom.

Amanda- Tá bom, já.

Silvia- É, Deus sabe quando quer.

[Silêncio]

Silvia- Mas é isso, é complicada a vida, é desde a adolescência eu vi eu via essa diferença de homem e mulher, eu falava, é brincadeira, eu virei uma feminista quando era na adolescência por causa disso, o que é isso? Meu irmão era a diferença de ser tratada do irmão com a ir, eu via a o meu irmão, tinha mais liberdade. Eu era mais apegada ali, cuidando da minha mãe e ele sempre liberdade, é errado, eu já via essa diferença aí, na adolescência, né?

[Silêncio]

Amanda- É isso.

Silvia- Então é, é isso. É ter fé o criador porque só ele essas hora, né, porque ninguém vai, vai dar assim tanta assistência como ele, ninguém, só ele.

Amanda- Isso é verdade.

Valéria- Só ele mesmo.

Silvia- Só ele que vai. E a minha irmã falou, é, quando é o primeiro vai é costuma adiantar, é verdade? Quando é o primeiro filho costuma adiantar?

Amanda- Ah não, depende, eu tive de 9 meses.

Silvia- Então, esse negócio de falar isso, só Deus que sabe o dia e a hora. Eu não gosto dessas coisas, fica falando, é quando é o primeiro costuma adiantar, viu? Não, é só ele que vai, vai falar, é AGORA. Não, não tem essa não, e a turma reclama que o médico marca hora, ó tal dia vai ser a cesareana, esse negócio de, tem mulher que não gosta, não, marcar o dia para o bebê nascer? Deixa dar o sinal.

Valéria- Só que tem mulher que não sente, né?

Amanda- É.

Valéria- A bolsa não estoura, não sente dor.

Silvia- Ah. Aí passa da hora?

Valéria- Ai passa da hora e o bebê morre. Às vezes, o médico que estoura

Silvia- Ah

Valéria- A bolsa.

Amanda- Não tem dilatação. Tem que se cesárea no caso.

Silvia- Então aí ele marca e você vem tal dia?

Amanda- É, eu cheguei lá e não tinha dilatação, não tinha nada, a minha pressão com 20, 22 por 8, tava, bem alta, aí

Silvia- Nossa! Bastante.

Amanda- Deu pré-eclampsia, aí já foi para a mesa de cirurgia, foi 15 minutos, dentro de 15 minutos veio o parto.

Valéria- Cesárea?

Amanda- Cesárea.

Silvia- Senão pode perder, né, a criança? Ou morrer

Amanda- O médico disse, uma vez fez cesárea, para sempre cesárea, risos. Porque eu tava com pressão muita alta.

Silvia- Então quando o risco é perder a criança e a mãe, também, por causa da eclampsia, né?

Amanda- É.

Silvia- Tanto a mãe quanto a criança, né?

Amanda- É, agora eu tô do começando ao fim tomando remédio para pressão, para controlar.

Silvia- Olha.

Amanda- Ta controlada, tá 12, ta normal.

Silvia- Poxa vida, quando minha mãe teve derrame, o AVC, foi é o mínimo a mínima foi 22, é.

Amanda- Não o meu era o Maximo, a máxima quando a mínima, tava lá em cima.

Silvia- Poxa.

[Silêncio].

Pesquisadora- E vocês gostariam de falar mais alguma coisa?

Amanda- Não.

Silvia- Não, pode ser você agora.

Pesquisadora- O meu papel é escutar vocês.

Silvia- Ah, é?

Risos.

Silvia- Eu pensei que ia fazer mais pergunta. Risos

Pesquisadora- Se você quiser falar mais

Silvia- Não, é mais, é mais a preocupação nossa, de na hora, né? É, que tá pegando e por as coisa em ordi, né, para a criança quando chegar, né? É. Por as coisas em ordem.

Amanda- É isso.

Pesquisadora- Agradecer vocês porque esse relato é muito importante e eu acho que o papel da pesquisa é que isso venha a público e que a gente faça alguma coisa na assistência obstétrica.

Amanda- É.

Silvia- É. Melhorar.

Pesquisadora- Isso que vocês falam é o que a gente tem visto recorrente nas pesquisas.

Silvia- É, e isso.

Pesquisadora- Quanto mais publicação a gente tem mais.

Amanda- Resultado

Silvia- E a gente tem que pedir sempre essa, os médicos, né? Nossa, um bom médico para mim, né, na hora, não é?

Risos

Silvia- Eu tava pensando agora quando sair daqui, a partir de agora eu vou rezar pelo médico.

Risos

Silvia- Depois eu ouvi as experiências suas aí ó.

Risos.

[Silêncio].

Pesquisadora- E essa folha tem o meu email se vocês quiserem, se marcar uma consulta ou no parto, se quiser que eu esteja, vocês me mandam um email e me avisa, porque faz parte da pesquisa eu acompanhar.

Silvia- Ah, sim, quando terminar tudo?

Pesquisadora- Ou quando vocês estiverem na instituição, se quiser contar para mim como foi, como vocês se sentiram.

Silvia- Para não acontecer com outras que venham, né?

Pesquisadora- Aí vocês podem ficar a vontade para, para ter esse retorno da pesquisa. E quando também, se vocês derem o contato eu mando para vocês quando terminar, mas é só em 2016.

Amanda- Ah. Nossa.

Silvia- Ah. É, eu vou marcar, então.

Pesquisadora- E eu espero que vocês sejam bem atendidas.

Silvia- É, a gente espera. É.

Pesquisadora- E que tudo aconteça da forma como vocês esperam.

Silvia- É, pensamento positivo para a gente, que a gente precisa, nessas horas que a gente precisa, mesmo, todo dia a gente precisa, mas nessa hora vai precisar muito mesmo, demais, o máximo, né? Porque é, lida com duas vidas e quem gêmeos, então, vixe.

Amanda- Af.

Risos.

Silvia- É, trigêmeo.

[Nos despedimos e o grupo encerrou-se]

Grupo 8

Margarida- Eu passo no posto de saúde, né, e eu passo aqui também, lá no posto, é, da primeira vez eu eu caí, né, aí eu, mas aí começou a sangrar, tudo, eu vim aqui, aí eles me encaminharam pro, aqui pro pré-natal de risco e aí o posto falou que eu tinha que fazer repouso, por causa do sangramento, eu já voltei aqui depois que deu de novo, a médica daqui falou que realmente eu tinha que fazer repouso porque houve uma um deslocamento da placenta, só que como eu trabalho eles não afastam do trabalho, então que tipo de repouso que eu devo fazer? Dá para entender? Risos. Não dá para entender, né? Eu repito muito os exames, ultimamente eu tô fazendo muito exame, é as ultrassom, é, apesar de ter sido de urgência, foi marcado para o dia 25 aí ontem como eu fiquei ruim, eu fiquei no soro ontem, aí ele, o médico pediu ontem do SUS porque eu trabalho em São Paulo, né? Do SUS ele pediu e já vai fazer agora no dia 09, sexta-feira, e ontem que ele pediu, e aqui pediu com urgência e vai fazer dia 25.

Pesquisadora- Vou pedir então só para vocês se apresentarem, falar o nome, idade, em que momento esta.

Margarida- Sou Margarida, tenho 33 anos e eu tenho quatro meses e meio de gestação.

Pesquisadora- E você entende que isso é um problema, o que você relatou.

Margarida- É, então, para mim é um problema, porque é muito difícil, né, quando você passa por tudo isso, vem aqui, e você tá fazendo um tratamento de risco, você vê que é realmente o que eles falam, apesar de eu tomar eu tomo muito cuidado, mas realmente eles falam que dá esse problema todo, eles me explicam, pela ultrassom que fiz nesse dia, eles me explicaram o que aconteceu, que foi o descolamento, que houve esse problema do sangramento, mas até aí é, falar é uma coisa, mas assim, eu também não posso chegar no meu serviço e falar tudo isso, entendeu? Fica uma situação difícil então eles não me afastaram de forma alguma e ficou por isso mesmo, eu tô fazendo os tratamento tô fazendo tudo o que pedem.

Pesquisadora- E o seu serviço, o que você faz?

Margarida- Eu trabalho na rua, eu faço cobrança externa, entendeu? É negociação de dívidas externa, então você tem que ir no banco, você tem que ir, apesar de ir de carro, tudo, então nesse ponto eu acho que eu não pego peso, é um pouco tranquilo então, mas pelo que eles falam não dá para ficar em repouso todo. Apesar de que se você fica em casa, com dois filhos não dá para ter tanto repouso assim. Tava falando agora com o meu marido, o médico de ontem falou que era para eu ficar de repouso, me deu o dia de hoje, eu falei que tinha o médico com ela, ele fez até o papel que eu vou mostrar para ela, mas você fica em casa, leva filho na escola, faz isso e faz aquilo, acaba que não tem tanto repouso assim.

Pesquisadora- E você?

Bianca- Bianca, tenho 19 anos, o meu também foi um pouco complicado no começo porque eu descobri em novembro que eu tava grávida mas só que aí tive um sangramento aí eu vim aqui pro hospital fazer um ultrassom aí o médico falou que eu tinha perdido aí eu fiquei muito triste, né, fiquei revoltada para falar a verdade, aí eu peguei e nem quis pegar o ultrassom também, aí eu peguei e fui embora para casa, passou, aconteceu algumas coisas na minha família aí depois em janeiro eu e fevereiro eu fui no médico de novo porque já fazia dois meses que não descia para mim, nada, aí eu fui no médico de novo, fiz os exames e aí deu positivo, né, aí eu fiz o ultrassom e deu que eu não tinha perdido, né, eu tava grávida desde novembro, aí eu fui para praia, ainda, andei de moto, tudo o que não pode, risos, eu fiz e agora tá tudo bem, graças a Deus, mas agora eu tô com toxoplasmose, que aí eu vou fazer o exame para saber se é de agora, se eu peguei agora ou se é antigo pra poder proteger o nenê, né?

Margarida- E o que é isso?

Celia- É verme.

Bianca- Doença de gato.

Margarida- O que?

Bianca- É verme de gato.

Margarida- Nossa, não sabia dessa não. Não sabia que isso existia não.

Bianca- É, tanto faz, pode pegar de gato, pode pegar de uma roupa, pode que você colocou e o gato passou perto, porque pegar de carne crua, sabe, com sangue?

Margarida- Nossa!

Bianca- Pode pegar também.

Celia- Pode prejudicar bastante o bebê, né?

Bianca- Mas aí graças a Deus, na ultrassom deu que tá tudo bem com ele, não tem nenhuma má formação, nem nada, aí graças a Deus tá tudo bem.

Pesquisadora- E a senhora?

Celia (mãe de Bianca)- Eu vim participar com ela, eu vim junto.

Pesquisadora- E como está sendo essa participação?

Celia- Boa. Tô feliz. Tá vindo dois aí.

Pesquisadora- Dois.

Celia- Não dela.

Bianca- Que susto.

Celia- Dois netos, é de uma outra minha, mas tô feliz.

Pesquisadora- E pensando nessas problemática como vocês entendem a participação de vocês nisso, como vocês participam das consultas, da instituição.

Margarida- Então, eu pelo menos faço de tudo para cumprir, todos os exames, né? Eu fiz tudo o que eles pediram até agora, os ultrassom só no deu para fazer todos por causa do, não tinha como fazer, mas agora o outro vai ter como antecipar, vou fazer o outro também, já que tive essa oportunidade de fazer, eu faço lá também, né? E aí, depende deles agora, né, não mais da gente, a minha parte eu faço, eu venho.

Bianca- Eu também vou em todas as consultas, aí eu fico ansiosa para fazer o ultrassom logo, daí eu vou e pago, risos, é mais rápido.

Margarida- É, eu tive que pagar, também.

Bianca- É. Aí eu vou e pago para ir mais rápido. Também eu participo de tudo.

Pesquisadora- E o que depende deles?

Margarida- Ah, eu acho que é essa questão, né, de dar um pouquinho mais de atenção, igual, se ela falou que era tanto problema, eu não sou médica, eu não entendo, se ela falou que realmente era tudo aquilo que dava dando no exame que ela fez, ela

deveria ter pedido um outro, entendeu? Naquele momento, apesar da médica do posto ter pedido um outro e não ter sido feito, mas mesmo assim, eu acredito que agir de uma outra forma porque a gente não pode esperar saber se, ah não, vamos esperar até o dia 25, não sabe se a criança tá bem, não sabe, no entanto que em nenhuma das consulta eles conseguiram ouvir, ontem que eu fui ouvir, aí você fica até mais em paz, né? Você ouve o coraçãozinho porque eles falam que pequenininho é assim mesmo, mas até aí você fica com a cabeça como, me explica? É difícil, né? E não mexe porque é pequenininho ainda, né, e aí vai, é complicado, porque que eu falo que tem que ter, pelo menos nesse ponto quando acontece esse tipo de coisa, tem que ter uma visão diferente, né, tem que ter um cuidado diferente.

Pesquisadora- Você não se sentiu cuidada?

Margarida- Não. Nesse ponto não. Muito pelo contrário, né? Porque saiu de lá, veio para cá e vai passando porque a gente, pensa, é mais de 15 dias a cada consulta de lá para cá, né, do posto para cá, aí vai passando o tempo, né?

Bianca- Eu também me senti assim um pouco não cuidada, também, porque eu descobri o mês passado eu tava com toxoplasmose e aí a médica falou que eu tinha que vir direto para cá, para poder fazer a consulta e tudo e eles marcaram para esse mês, então faz um mês já e a outra médica que eu passei para fazer a ultrassom, ela já me passou até remédio para mim tomar durante os dias, né, para durante o período até fazer a consulta aqui.

Pesquisadora- Hoje é a sua primeira consulta?

Bianca- Hoje é a primeira consulta, mas aí como ela falou que era de risco, que corria risco o bebê, eu também tava correndo risco porque eu posso ficar cega com essa.

Margarida- Nossa!

Bianca- Com essa doença, eu posso ter pressão alta, posso ter vários problemas e eles nem ligaram, eles marcaram para esse mês e faz um mês e meio mais ou menos, já, que eu tô sem passar.

Margarida- É, existe casos e casos, esses casos assim eles tem que dar uma atenção, você viu? É, é, são situações que tem

Celia- Ela falou para a gente, a médica do posto assim que foi detectado já deveria ter passado o remédio e não passou, falou, você vai lá e marca, aí a médica da consulta

Bianca- A médica ela falou, você vai lá e marca, daí a médica vai ter passar o remédio e eu pago 50 reais numa caixinha de remédio que dá para três dias, então é cara a caixinha de remédio, só dá para três dias e eu gasto mó dinheiro por causa da demora.

Pesquisadora- Essa médica foi a ultrassom que você pagou, é isso?

Bianca- Foi.

Celia- Ela assustou bastante, ela falou falando né, o que poderia acontecer.

Bianca- O que poderia acontecer com o bebê, os riscos que eu poderia ta correndo, também, aí ela explicou tudo o que a médica não explicou para mim e ela explicou, a médica da ultrassom, aí ela já passou até o remédio para mim, tudo, aí eu tô tomando, né?

[Silêncio].

Pesquisadora- E o que vocês acham que talvez poderiam fazer para mudar essa situação?

[Silêncio].

Bianca- Acho que deveria começar mudando por eles, né? A mudança deveria começar mudando por eles.

Margarida- Porque o nosso papel a gente faz;

Bianca- Porque a minha parte eu faço.

Risos

Margarida- Se é para vir, é para marcar, é, para estar aqui, no horário.

Bianca- Eu acho que a mudança deveria começar por eles, dar uma, tipo uma assistência, né, porque a gente é de risco, explicar melhor.

Margarida- O dia que eu vim com sangramento aqui, eu, a médica virou e falou, ah, é assim mesmo, aí depois que ela viu os outros ultrassom que ela entendeu o que estava acontecendo, as até aí ela falou, ah, é isso mesmo, então quer dizer, é uma atenção assim, aí mandou para casa, descansar, até ai ela mandou ir para casa

Margarida- Não posso ficar em casa, tenho que trabalhar porque ela não me atestou, então, vai para casa descansar, mas não te atesto, quando ela viu a ultrassom ela me deu sete dias em casa até a data da próxima consulta, ela realmente entendeu, mas a outra não, a outra do plantão falou que é assim mesmo, tem que ficar de repouso.

Pesquisadora- E mesmo pedindo?

Margarida- Mesmo, não, mesmo ela sabendo depois que ela viu, né? Mesmo vendo o que estava acontecendo. É isso.

Bianca- Teve uma das médicas também que quando eu tava com o sangramento, ela foi super grossa, sabe, muito grossa e assim ela acabou até me machucando porque ela foi fazer o exame de toque e acabou até me machucando o sangramento até acabou até ficou aumentou porque ela me machucou e eu reclamei e eles num nem ligaram.

Pesquisadora- Quem?

Bianca- Eu não lembro o nome da pessoa

Pesquisadora- Não, mas quando você falou reclamou e eles nem ligaram você está falando da equipe?

Bianca- Foi, foi, foi uma chefe da equipe deles, né, que eu cheguei reclamar, mas aí, nem ligaram, nem deram atenção.

Pesquisadora- E como vocês se sentem perante isso?

Margarida- É difícil, né, porque o meu, eu não posso fazer nada, vai fazer o que? Igual ela falou, chegou até reclamar, tá, mas mesmo assim, não adiantou, então a gente depende (enfática) dessa consulta, depende de passar aqui, entendeu? Eu até em algum momento fui onde eu ganhei a minha outra filha porque eu paguei o parto dela, mas está muito caro agora, está muito mais caro do que antes, há sete anos atrás, entendeu? Na época eu consegui pagar, agora, porque eu voltei lá só para passar com o mesmo médico, entendeu? No entanto que a ultrassom eu fiz lá e tudo, ele me explicou direitinho, me deu até um pouco mais de atenção, me desenhou o que tinha acontecido que nem para eu poder entender e ficar um pouco mais calma, mas lá é muito mais caro e não vai ter condições de eu pagar agora do jeito que eu fiz antes, então eu dependo deles, não tem muito o que fazer.

Bianca- Em caso de parto eu já não reclamo porque eu tive duas, minha irmã ela tava com eclampsia, né? E eles foram muuuito atencioso, ela conseguiu porque era para ela ter morrido ou o bebê e eles conseguiram salvar os dois e ela foi muito bem tratada e a minha prima também.

Margarida- É nesse ponto eles falam mesmo.

Bianca- E ela teve que fazer cesárea e ela teve que fazer cesárea porque ela tem o vírus do HIV e eles conseguiram fazer a cesárea e a bebê não tem o vírus por causa do tratamento que ela teve aqui, que ela teveeee ela fez o pré-natal aqui também, então os remédios, as vitaminas tudo ela tomou aqui, então nesse caso eu não tenho o que reclamar, porque graças a Deus também a bebê não teve o vírus do HIV.

Margarida- Minha vizinha também teve filho aqui foi ontem ou anteontem, nesse ponto eles falam que é muito bom, por isso que a gente tem que vir, entendeu?

Porque aí a gente acaba que tendo uma segurança maior, você vê as pessoas falando bem, nesse ponto você tem que pensar lá na hora de ganhar, né? Então a gente pensa no pré-natal, mas a gente pensa no depois, né, porque você vai para esses hospitais. Mas você chega lá e só é transferido para o amparo maternal, assim ele fala que é terrível que nunca tem vaga, as mulheres chegam para ganhar e diz que aqui não, aqui é diferente, aqui é tratamento melhor, não sei.

[Silêncio]

Pesquisadora- Vocês chegou a falar de pagar com o médico que você fez, vocês acham que é diferente pagando?

Margarida- Ah, sim. Pelo menos eu fiz entendeu, da outra vez, nossa senhora, fora que eu paguei para ele parto e todo o pré-natal, tudo junto na no pagamento e aí e é o mesmo médico que fez o parto da minha filha é esse que eu fui falar agora, né, e ele é assim você pode ligar para ele de madrugada, nossa, ele é amanhã lá porque eu tive descolamento de placenta também na da primeira, só que da primeira foi diferente porque ele viu que realmente era grave e com dois meses descolou a placenta e sangrava direto e aí mais do que esse, graças a Deus esse aqui não é tanto e aí ela com dois meses ele já me afastou, e aí realmente eu não podia nem descer as escadas onde eu moro porque era terrível da outra nenê era e aí ele me deu assim total assistência, total, total, total, e aí a gente ficou com medo, tudo e aí o meu marido foi lá e conversou com ele e pagou e aí cobriu tudo, eu eu fiz a cesárea por opção e agora eu me arrependo de não ter tido normal.

Pesquisadora- Por que?

Margarida- Porque eu prefiro parto normal, mas aí no dia a minha sogra aí não, já põe a cesárea junto, já paga junto e ficou por isso mesmo e já tava pago, ele marcou o dia, eu fui lá, operei, pronto e acabou, achei tão fácil, mas me arrependi depois, porque dói muito depois, parto normal não, a gente tem, pronto e acabou e daí você mesmo cuida do seu nenê, parto cesáreo não, aí depois fica doendo a barriga.

Bianca- Ah, eu também espero ter normal.

Margarida- Eu quero normal. Eu não ligo nesse ponto não.

Bianca- A dor vai – risos

Margarida- A dor é só na hora.

Bianca- É.

Margarida- Depois passa. E aí, mais mesmo assim, como foi, né, foi feito tudo lá, eu não tenho o que falar a diferença é grande, sim. No entanto que eu fui lá para

fazer só a ultrassom, conversar com ele sobre o que tinha acontecido e ele também me deu total segurança, falou que se eu fizesse lá, se eu pagasse lá, né, ele ia dar andamento a ultrassom ia ser feita, porque também cobre a ultrassom lá, ia ser feita a cada cinco dias, né, porque é um acompanhamento que você tem, no entanto que elas citaram aqui que tinha que ser feito assim mesmo, falou que tem que ser feito um acompanhamento na ultrassom para ver se está descolando ou se está cicatrizando, porque se tiver que continuar descolando, perigoso, se tiver cicatrizando é porque tá indo bem, entendeu? Mas eu num, até agora não, agora não porque eu sei que tá mexendo, risos, tá bem, né? Agora a gente sabe que tá tudo bem, é complicado.

Pesquisadora- O parto da senhora foi como?

Bianca- Todos normal.

Célia- Eu tive seis.

Bianca- Risos

Margarida- Tudo normal?

Célia- Eu tive normal, cesárea e fórceps.

Margarida- Aí.

Pesquisadora- Teve todos tipos de parto, então?

Margarida- Nossa.

Célia- De todos eu preferi normal. Eu tive uma cesárea mais foi porque o nenê ficou nas trompas, né, aí tive que fazer, tirar um dos lados das trompas e eu tava com o DIU, então eu não sabia que eu tinha engravidado e fazia uns dias que estava nas trompas, então eles tiveram que fazer cesárea para tirar e foi essa cesárea que eu fiz, eu fiquei horrorizada, menina. Foi horrível a cesárea.

Pesquisadora- Por que?

Célia- Mais eu acho que foi porque eu tava com infecção, já, né.

Bianca- Porque a nenê já tinha apodrecido.

Célia- Já tinha apodrecido então eu acho que a infecção fez doer tanto, então doía muito, vazava muito, eu achei horrível.

Margarida- Não, mas a minha cesárea foi assim também, agora eu não sei se é porque os meus pais morreram na época e o emocional contou.

Célia- É, ajuda muito.

Margarida- Ajuda. Disseram para mim que ajuda e foi bem na época que eu ganhei a minha filha, então falaram, mas a minha cesárea, eu usava um absorvente desse

tamanho pendurado aqui porque eu não conseguia andar sem, porque molhava, até três meses

Célia- Então a minha outra filha que eu tive, que teve nenê aqui ela fez cesárea, né e ela é mole , né, eu falei, meu, vai ficar 40 dias de cama e não, no dia seguinte ela já tava de pé, ela tava cuidando do nenê.

Margarida- Olha.

Célia- Foi perfeito, eu falei, o meu foi horrível.

Margarida- A gente não sabe, né.

Célia- É, cada um é cada um.

Pesquisadora- E os outros partos?

Célia- Os outros partos para mim foi de boa, o forcép me machucaram bastante, que foi o segundo filho que eu tive, foi fórceps porque ele tava atravessado e os médico tava tudo em greve, não tinha médico para fazer cesárea, aí eles tiveram que fazer forcep, aí cortaram o rosto dele, deslocaram a clavícula dele, quebraram o braço, então foi um terror, detestei. E os partos normais que eu tive foi perfeito, no dia seguinte eu já tava boa, estão todos vivos e criados, não tenho o que falar não, e eu trabalhei aqui também, eu gosto desse hospital.

Pesquisadora- O que você fez aqui?

Célia- Eu fazia limpeza, eu gosto daqui, não tem o que reclamar não, eu acho que vareia, vai da sua sorte, às vezes você tá num hospital particular aí e agente vê tanta coisa.

Margarida- Tanta coisa que acontece.

Célia- Então, eu acho que quando tem que acontecer.

Margarida- Quando tem que acontecer, acontece.

Célia- Então não tem como

Margarida- No que eu tava lá também

Célia- Minha filha tava aí no hospital particular, o convênio dela é muito caro, ela passou mal, não tinha quarto, ela teve que passar uma noite no banco lá na sala de espera lá para desocuparem o quarto, ela perdeu o nenê, então quer dizer, a assistência parecia um hospital público, então eu acho que vareia, vareia de lugar para lugar, vareia depende da sua sorte, se você pegar uma equipe e aquele dia ser de boa, tem gente que, tem profissional que faz porque gosta, né, tem uns que não faz não que só faz porque só para ganhar mesmo.

Bianca- Tem uns que parece que comprou o diploma, que não fez faculdade, que comprou o diploma porque

Célia- Então eu acho que depende da sua sorte porque tem lugar que você vai aí e é uma beleza, às vezes né, mais tem outras pessoas não vão honrar o diploma que tem, orar, pedir a Deus porque, né, que dê certo, eu acho assim.

Pesquisadora- Você ia comentar?

Margarida- Não é que eu tava lá na nesse hospital aí é igual ela falou as coisas acontecem na hora que tem que acontecer, é, tinha uma moça que saiu chorando porque o nenê morreu no parto e se ela tivesse no hospital público, tem que ser.

Célia- Quando tem que ser não adianta.

Bianca- É, no dia que eu também tava com sangramento, tinha uma outra mocinha junto, ela devia ter uns 16 anos, mas ela tava sozinha, né e aí ela saiu desesperada de dentro da, não saiu nenhum médico de com ela, nenhum enfermeiro, nem nada e ela saiu desesperada de dentro do consultório porque o nenê tinha ela tinha perdido o nenê e ela te que ela ia ter que se internar, né, e ela saiu do consultório igual um furacão e ninguém foi atrás dela, ninguém nada, ela ficou perdida no hospital.

Célia- Quando tem que acontecer, é aqui é lá.

Bianca- Eu já não vejo tanta diferença no público pro

Celia- Eu acho que eles tão muito lotado, né, então não tá sendo mais

Bianca- Então eu não vejo, eu não vejo diferença, nenhuma, porque o que eu vou passar aqui eu vou passar também, porque igual a minha Irmã teve que esperar dentro de uma sala porque não tinha quarto, também pode acontecer aqui e lá é particular e ela paga um absurdo, então varia de lugar para lugar.

Margarida- Eu acho que convênio generalizou muito, porque assim lá onde eu tava é, eu até comentei com o meu marido, né, é assim eu cheguei para passar no médico, eu não esperei todo mundo que tava para passar no convênio, então convênio eles separaram, pago eles separaram também, ta tendo essa diferença, é público, é convênio e é o pago, particular, então eu não entrei naquela lista que tava um monte de gente do convênio, que tinha realmente muita gente do convênio, eu já entrei e já passei com o médico, então é diferente, porque quando você ta pagando eu vi a diferença, entendeu? Então sei lá, pode ser que seja isso também.

Célia- Muita gente, a demanda tá muito alta, né?

Margarida- Porque o dono que é o médico, então, você acha, então eles devem tá, o dinheiro deve tá falando bem mais alto também, é, no mundo que a gente vivi.

[Silêncio]

Margarida- É verdade. No mundo que a gente tá, porque convênio em si é o que você falou, você vai em qualquer hospital, vai em qualquer um, todo mundo tem, entendeu, por mais que seja um convênio mais barato e o outro mais caro, vai ser tratado ali, vai atender no mesmo horário, vai estar na mesma ordem.

Célia- E espera também, né.

Margarida- E espera, também.

Célia- Tá marcado para tal hora, você chega lá no convênio você tem que ...

Margarida- Tem que ficar esperando.

Célia- É, tem que ficar esperando, a parte do SUS tem que esperar.

Margarida- No meu convênio quando eu entrei na empresa, eu entrei aí depois de 14 dias eu descobri que tava grávida, só que eu fiquei grávida no mês que eu entrei então quer dizer, eles tiraram o convênio, e eu tô sem convênio por causa disso.

Margarida- Minha filha teve aqui por causa de 10 dias, o nenê adiantou 10 dia e foi por causa disso também, ela foi no convênio, o médico do convênio falou para ela que tava com perda de liquido e na ultrassom que ela fez, na ultrassom que ela tava fazendo, ela falou que ela tava com perda de liquido, aí ela foi para passar no médico, só que não podia para parto, aí o nenê fazia 10 dia, como o médico assustou ela, ela adiantou, aí começou a vazar muito, aí já começou, aí viemos para cá, chegamos aqui, aí medimos em casa a pressão tava 18 x 9.

Bianca- Muito alta.

Margarida- Uma coisa assim, tava alta, aí chegamos aqui, eles internaram, aí eles falou assim, a pressão dela, falou que não, que nós, que a pressão dela tava normal.

Bianca- Mais era o aparelho deles que tava quebrado.

Célia- Aí nós acabamos de medir, olha a situação que ela tá muito inchada, aí eu falei, não, tem alguma coisa de errado, aí eles foram dizendo aqui, aí eles pegaram e buscaram outro aparelho lá para dentro e vieram aí mediram.

Margarida-Nossa!

Bianca- E viram que tava errado.

Célia-Aí eles, realmente a pressão dela tá alta, vamos tentar abaixar a pressão e assim que abaixar a gente faz uma cesareana e isso daí nois entramu aqui era seis hora da tarde, era duas horas da manhã ela foi fazer a cesárea nela para tirar o nenê, já tava toda inchada, toda inchada, vomitando muito.

Margarida- Nossa!

Célia- Por pouco a gente não perde ela e o nenê. Eu acho que vareia muito.

Bianca- Teve uma amiga minha que domingo eu passei aqui porque eu tava com dor de cabeça aí e a médica falou que eu não podia sentir dor de cabeça muito forte por causa do toxoplasmose, aí eu vim e ela tava aqui também e ela tava com a pressão alta, ela tava 18 também, ela tava com eclampsia já, aí internaram ela na hora já ela entrou no consultório que mediram a pressão dela já internaram ela na hora e essa semana eu vi por foto que tiraram o bebê dela, que ela teve que tirar o nenê e ela tava de seis meses mais ou menos, o mesmo tempo que eu, e parece que não aconteceu nada com o nenê, que o nenê tá bem só tá encubadinho, né, porque eu acho que

Margarida- Pequeninho demais.

Bianca- Pequeninho, não tinha peso ainda direito, aí só por isso, mas que tá tudo bem com ela e com o bebê, então eu acho que varia de pessoa por pessoa, também, né. Varia de plantão, também, médico.

[Silêncio].

Pesquisadora- Vocês gostariam de falar mais?

Célia- Chega, né.

Risos.

Sobre o acompanhamento da pesquisadora

Margarida- Para ela seria uma boa, por causa desse problema da toxoplasmose.

Bianca- É porque a única coisa que eu não entendi é porque um fala uma coisa, outro fala outra, falaram que eu não podia ter normal, aí o outro falou que não tem nada a ver que pode ter normal, aí eu não entendi nada, aí isso que eu não sei, seu eu posso ter normal, se eu não posso.

Peço para acompanhar a consulta de pré-natal.

Na consulta, nenhuma das gestações foi planejada.

(uma não evitou e a outra estava tomando remédio para emagrecer)

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais

Nome do participante: _____

Doc. de identidade nº. _____. Gênero: M () F () Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ N.º _____

Apto.: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: () _____

Pesquisa: Instituições de Saúde materno-infantil e mulheres: decisões e lugares de saber.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem o objetivo conhecer como as mulheres participam, em uma instituição pública de saúde, dos processos decisórios condizentes à sua gestação, parto e cuidados posteriores.

Participação

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, você tem o direito de recusar e desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Procedimentos

Se você concordar em participar deste estudo, você será convidado a integrar grupos operativos, com outros profissionais desse hospital, e/ou entrevistas, com duração aproximada de uma hora e meia, bem como aceitar a permanência da pesquisadora em diferentes setores da instituição: atendimento pré-natal, pós-parto, ambulatório e consultas.

As entrevistas serão abertas e elaboraremos um roteiro que servirá como um guia, havendo espaço para questões que possam surgir e que não haviam sido levantadas anteriormente. As temáticas, tanto das entrevistas como dos grupos serão referentes: a gestação, ao parto, a amamentação, a relação entre conhecimento médico e o saber da mulher, e a relação dos profissionais e das mulheres com as instituições de saúde.

Algumas entrevistas e grupos poderão ser gravadas, de acordo com a permissão do(s) participantes(s). O material ficará arquivado com a pesquisadora.

Riscos e desconforto

Tratando-se de uma pesquisa opinativa, mensuramos como mínimo o risco de sua participação nesse estudo.

Confidencialidade

Sua identidade será mantida em sigilo, sob a responsabilidade do pesquisador, e somente ele vai ter acesso a essas informações. Você não será identificado pelo nome em nenhuma publicação dos resultados da pesquisa.

Benefícios

Não haverá benefício direto ao participar deste estudo, porém as informações fornecidas poderão contribuir na assistência à saúde materno- infantil.

Custos

Não haverá nenhum custo na participação deste estudo.

Dúvidas

Você poderá esclarecer qualquer dúvida a respeito deste estudo e de sua participação com o pesquisador que apresentou esse TCLE. Poderá, também, procurar por Rebeca de Cassia Daneluci, pelo email rdaneluci@usp.br ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, situado Av. Professor Mello Moraes, 1721 –Bloco G, 2º andar, sala 27 CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182.

Consentimento

Eu li e entendi os propósitos deste estudo e concordo em participar do mesmo. As dúvidas que tive foram esclarecidas pelo pesquisador. Estou ciente de que minha participação é totalmente voluntária e de que posso desistir de participar em qualquer momento do processo.

Este documento está elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Data_____

Nome do(a) participante voluntário(a)_____

Assinatura do(a) participante voluntário(a)_____

Eu, abaixo assinado, expliquei ao participante voluntário o procedimento a ser utilizado no estudo, seus riscos e benefícios.

Data_____

Nome da pesquisadora: Rebeca de Cassia Daneluci

Cargo ou função: Psicóloga-Pesquisadora

Inscrição no Conselho Regional n.º 06/86050

Assinatura do(a) pesquisador(a)_____

Apêndice C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às mulheres ou responsáveis legais

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às mulheres ou responsáveis legais

Nome do participante: _____

Doc. de identidade nº. _____. Gênero: M () F () Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ N.º _____

Apto.: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: () _____

Pesquisa: Instituições públicas de Saúde materno-infantil e mulheres: decisões e lugares de saber.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem o objetivo conhecer como as mulheres participam, em uma instituição pública de saúde, das decisões referentes à sua gestação, parto e cuidados posteriores.

Participação

Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, você tem o direito de recusar e desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

Procedimentos

Se você concordar em participar deste estudo, você será convidado frequentar grupos abertos, com outras mulheres também assistidas por este hospital, e/ou entrevistas, com duração de aproximadamente uma hora e meia, bem como aceitar a permanência da pesquisadora em diferentes setores da instituição: atendimento pré-natal, pós-parto, ambulatório e consultas.

Riscos e desconforto

Tratando-se de uma pesquisa em que trabalharemos a partir de suas opiniões, mensuramos como mínimo o risco de sua participação nesse estudo. No entanto, caso você sinta necessidade de algum encaminhamento posterior, nos comprometemos na ajuda deste.

Confidencialidade

Sua identidade será mantida em sigilo, sob a responsabilidade do pesquisador, e somente ele vai ter acesso a essas informações. Você não será identificado pelo nome em nenhuma publicação dos resultados da pesquisa.

Benefícios

Não haverá benefício direto ao participar deste estudo, porém as informações fornecidas poderão contribuir na assistência à saúde materno- infantil.

Custos

Não haverá nenhum custo na participação deste estudo.

Dúvidas

Você poderá esclarecer qualquer dúvida a respeito deste estudo e de sua participação com o pesquisador que apresentou esse TCLE. Poderá, também, procurar por Rebeca de Cassia Daneluci, pelo email rdaneluci@usp.br ou ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, situado Av. Professor Mello Moraes, 1721 –Bloco G, 2º andar, sala 27 CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP E-mail: ceph.ip@usp.br - Telefone: (11) 3091-4182.

Consentimento

Eu li e entendi os propósitos deste estudo e concordo em participar do mesmo. As dúvidas que tive foram esclarecidas pelo pesquisador. Estou ciente de que minha participação é totalmente voluntária e de que posso desistir de participar em qualquer momento do processo.

Este documento está elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Data _____

Nome do(a) participante voluntário(a) ou responsável legal _____

Assinatura do(a) participante voluntário(a) ou responsável legal _____

Eu, abaixo assinado, expliquei ao participante voluntário o procedimento a ser utilizado no estudo, seus riscos e benefícios.

Data _____

Nome da pesquisadora: Rebeca de Cassia Daneluci

Cargo ou função: Psicóloga-Pesquisadora

Inscrição no Conselho Regional n.º 06/86050

Assinatura do(a) pesquisador(a)_____