



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

Graziela Maria da Silva Gatto

Mulheres e processos de subjetivação: experiências sobre o parto e o nascimento

CAMPINAS

2019

GRAZIELA MARIA DA SILVA GATTO

MULHERES E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: EXPERIÊNCIAS SOBRE O PARTO
E O NASCIMENTO

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA
GRAZIELA MARIA DA SILVA GATTO, E
ORIENTADA PELA PROF^a. DR^a. JULIANA LUPORINI
DO NASCIMENTO.

CAMPINAS
2019

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G229m Gatto, Graziela Maria da Silva, 1983-
Mulheres e processos de subjetivação : experiências sobre o parto e nascimento / Graziela Maria da Silva Gatto. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Juliana Luporini do Nascimento.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Parto. 2. Corpo. 3. Poder. 4. Subjetivação. I. Nascimento, Juliana Luporini do, 1974-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Women and process of subjectivation

Palavras-chave em inglês:

Parturition

Boby

Power

Subjectivation

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Juliana Luporini do Nascimento [Orientador]

Rafael Afonso da Silva

Kleverton Bacelar Santana

Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos

Data de defesa: 27-08-2019

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-3241-5863>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1925025789957793>

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO
GRAZIELA MARIA DA SILVA GATTO**

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

MEMBROS:

- 1. Prof^a. Dr^a. Juliana Luporini do Nascimento – FCM / UNICAMP (PRESIDENTE)**
- 2. Prof. Dr. Rafael Afonso da Silva – FCM / UNICAMP (TITULAR)**
- 3. Prof. Dr. Kleverton Bacelar Santana – PPGF / UFBA (TITULAR)**
- 4. Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Lisboa Nobre Pereira – PPGPSI / UFRN (TITULAR)**
- 5. Prof^a. Dr^a. Michele de Freitas Faria de Vasconcelos – DPS / UFS (TITULAR)**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

Data: 27/08/2019

À minha filha, Luiza.

*Debaixo d'água tudo era mais bonito, mais azul, mais colorido, só faltava respirar,
mas tinha que respirar.
Debaixo d'água se formando como um feto, sereno, confortável,
amado, completo, sem chão, sem teto, sem contato com o ar,
mas tinha que respirar, todo dia.
Todo dia, todo dia, todo dia,
todo dia, todo dia.*

*Debaixo d'água por enquanto, sem sorriso, sem pranto, sem lamento,
sem saber o quanto esse momento poderia durar,
mas tinha que respirar.
Debaixo d'água ficaria para sempre, ficaria contente,
longe de toda gente, para sempre no fundo do mar,
mas tinha que respirar, todo dia.
Todo dia, todo dia, todo dia,
todo dia, todo dia.*

*Debaixo d'água protegido, salvo, fora de perigo, aliviado, sem perdão e sem pecado,
sem fome, sem frio, sem medo, sem vontade de voltar,
mas tinha que respirar,
Debaixo d'água tudo era mais bonito, mais azul, mais colorido só faltava respirar,
mas tinha que respirar, todo dia.
Todo dia, todo dia, todo dia,
todo dia, todo dia, todo dia.
Todo dia, todo dia, todo dia,
Todo dia, todo dia.*

Debaixo D'água (Arnaldo Antunes, 2001).

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Após intensos quatro anos e meio de imersão nesta pesquisa, é chegada a hora de agradecer a todos que contribuíram para a concretização deste momento. Esta tese foi escrita a muitas mãos e sou profundamente grata a toda a rede de apoio que participou deste processo.

Inicialmente, agradeço aos meus protetores espirituais que me acompanham e me orientam em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido, Bruno Machado, por todo amor, cuidado e companheirismo, que vão desde o incentivo a participar da seleção do doutorado até a parceria na maior aventura de nossas vidas: nossa filha. À Luiza, por ter me escolhido como mãe, por me (des)construir cotidianamente e por me mostrar as infinitas facetas do amor.

Aos meus pais, Gisélia e Deraldo, pelo amor incondicional. Aos meus irmãos, Gleide e Júnior, pela parceria cotidiana. Aos meus cunhados, Priscilla e André, por todo o apoio. Aos meus sobrinhos, Lorena, Eduardo e Cecília, pelas risadas e pela leveza de nossos encontros. Sou grata de fazer parte da nossa família.

À família Machado, meu profundo respeito e carinho por todo o acolhimento. Em especial, à minha sogra, Rosângela, por cuidar tão bem de Luiza em todos os momentos que necessitei. Agradecimentos carinhosos ao Sr. Machado, à Diana, ao Ryu e ao Anderson.

Aos meus amigos e minhas amigas, que compreenderam as minhas ausências e me fortaleceram em cada raro encontro. Agradecimentos especiais a Aline Belém, Aline Teles e Sydney Teles (e nossa Clarinha), Giceli Carvalho, Márcio Moura e Taísa Belém.

À amiga Luciana Oliveira, agradeço pela parceira de vida, de doutorado e de maternidade. Apesar de longe fisicamente, estivemos muito próximas durante este momento, fortalecendo uma a outra em cada desafio que se apresentava. Sim, nós conseguimos, Lu!

Às amigas que o doutorado na Unicamp me presenteou, em especial, Maria Fernanda, Juliana Fonseca e Renata Rodrigues. E à minha grande amiga, Livia Nicolucci, pelo acolhimento e pela parceria em todos os momentos vividos em Campinas.

À minha orientadora, Juliana Luporini, por aceitar meu projeto e por acolher minhas necessidades, incentivando-me a trilhar meu próprio percurso profissional e pessoal. Agradeço pelas longas conversas e necessárias orientações.

À Secretaria de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, especialmente, Mariana Pedroso. Agradeço pela atenção e gentileza constantes.

À Prefeitura Municipal de Campinas, por meio dos profissionais que compõem o Distrito Norte de Saúde, pela disponibilidade e pelo auxílio na execução da pesquisa de campo.

Às mulheres mães e profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher/Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha, que gentilmente concederam as entrevistas. Agradeço pela confiança e pelo compartilhamento de experiências.

Aos membros da banca de doutorado, nas pessoas do Prof. Dr. Kleverton Bacelar, da Prof^a. Dr^a. Michele Vasconcelos, do Prof. Dr. Rafael Silva e da Prof^a. Dr^a. Teresa Nobre; e dos membros suplentes: Prof. Bruno Machado, Prof^a. Dr^a. Liliana da Escóssia e Prof. Dr. Nelson Filice. Agradeço por aceitarem o convite. Por vocês, tenho profunda admiração profissional e pessoal, sendo uma honra tê-los junto a mim neste momento. Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Kleverton Bacelar não somente pela amizade, mas por toda a orientação para a construção da parte teórica da tese.

À Universidade de Salento (Lecce/Itália), nas pessoas do Prof. Dr. Prorettore Domenico Fazio (caro Mimmo), da Prof^a. Dr^a. Elena Laurenzi e da Prof^a. Dr^a. Marisa Forcina. Agradeço pelo acolhimento na Universidade, pelo consentimento para participar das aulas e do grupo de pesquisa. Foram momentos engrandecedores para minha vida profissional.

À Faculdade Pio Décimo (Aracaju/Sergipe), local em que exerço a docência em Psicologia, por ter me concedido a licença para qualificação profissional pelo tempo necessário para a conclusão das atividades do doutorado.

Por fim, à Universidade Federal de Sergipe, local onde realizei a graduação em Psicologia e o Mestrado em Psicologia Social, agradeço por todas as pessoas que compartilharam comigo suas vivências e seus saberes, especialmente, minhas queridas e meus queridos mestres. Obrigada por me ensinarem sobre a importância da produção coletiva do cotidiano e, principalmente, que as instituições públicas de ensino são espaços constantes de elaboração crítica e de luta em favor do acesso gratuito a uma educação qualificada.

RESUMO

A pesquisa tem como eixo central analisar processos de subjetivação das mulheres por meio das experiências do parto e nascimento, que realizaram acompanhamento de pré-natal e do parto na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou na rede privada do Distrito Norte de Campinas/São Paulo, estando, assim, sob prerrogativas da humanização e do Programa Rede Cegonha, instituído pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2011. Pretendemos incorporar ao processo de implantação de políticas públicas de humanização do parto e nascimento compreensões sobre diferentes configurações de relação de poder exercidas nesse cenário, e da relação entre corpo, governamentalidade e Estado. A partir de contribuições foucaultianas e de autores que compreendem gênero como construção político-cultural, discutimos o modo como políticas públicas de saúde e seus programas se afirmam como instâncias de produção de corpos e identidades socioculturais. Ao tomarmos o corpo como campo de análise e o entendendo como recanto de produção de distintos discursos e práticas, questionamos: que corpo é esse? Como ele é/foi construído? Como a mulher percebe a si mesma frente às políticas de humanização do parto e nascimento? Por ressaltarmos a construção social da realidade, recorreremos à pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas divididas em 2 blocos de critérios distintos. O primeiro bloco foi subdividido em: i) 4 entrevistas com puérperas primíparas, de raças e classes sociais distintas, maiores de 18 anos, com filhos(as) de até 2 anos de idade, representantes do Distrito Norte de Saúde do município de Campinas/São Paulo e que realizaram acompanhamento de pré-natal e de parto no SUS de forma majoritária; ii) quatro entrevistas com puérperas primíparas que compartilhavam dos mesmos critérios citados, exceto que tivessem sido acompanhadas pelo sistema privado de saúde. O segundo bloco foi composto por nove entrevistas com profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher/Eixo Obstétrico responsáveis pelo Programa Rede Cegonha. Os dados produzidos foram submetidos à análise de discurso de base foucaultiana, especialmente sobre os processos de subjetivação (resistência e sujeitamento) e sobre o biopoder. Por meio dos resultados, destacamos: i) a importância das experiências do parto e nascimento na vida das mulheres entrevistadas; ii) o corpo como lugar de controle e de resistência; iii) a presença de aspectos relacionados ao governo de si nos discursos das mulheres primíparas; iv) a importância do acesso à informação no processo de autogoverno das puérperas entrevistadas; v) as mulheres do setor privado de saúde demonstraram maior reflexão sobre o uso de seus direitos, demonstrando que o governo de si não é exercido de forma igualitária; vi) o desafio da necessidade de investimentos contínuos no setor público de saúde em prol de uma assistência qualificada em relação aos cortes orçamentários e ao sucateamento das políticas públicas de saúde. Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a análise crítica de práticas discursivas e não discursivas das políticas de saúde sobre o parto e o nascimento e, principalmente, destacar as potencialidades provenientes do encontro das mulheres consigo e com seus próprios corpos a partir da experiência do parto e nascimento.

Palavras-chave: Parto e nascimento, Corpo, Poder, Subjetivação.

ABSTRACT

The research has its central axis in the analysis in the subjectivation of women that undergo the experiences of childbirth and birth, specifically those who underwent natal and prenatal care in the SUS – Sistema Único de Saúde (Unique Health System) and/or in the private sector of de North District of Campinas / Sao Paulo. The research is, therefore, about the prerogatives of humanization of the Programa Rede Cegonha (Stork Web Program), implemented by the Brazilian Health Ministry in 2011. Our goal is to incorporate in the process of implantation of public policy of humanization in childbirth and birth, the comprehension of different configurations of power relations exerted in these scenarios and the relation between body, governmentality and the State. From a Foucaultian and other authors contributions and basis who understand gender as a political and cultural construction, we discuss the way that health public policy and their programs assert themselves as instances of production of bodies and socio-cultural identities. As we take the body as a field of analysis and by the way of understanding its nook of production through distinct discourses and practices, we question: what body is this? How was and is it built? How does the woman perceive herself when confronted with policies of humanization of childbirth and birth? Since we underscore the social construction of reality, we resorted to a qualitative research in which we realized 17 semi structured interviews divided in 02 blocks of distinct criteria. The first block was subdivided in: i) 04 interviews with postpartum primiparous women of different races and social background, over 18 years of age, with children aged up until 02 years, representing the North Health District of the municipality of Campinas/São Paulo that realized, in their majority, childbirth and birth monitoring in the SUS – Unique Health System; ii) four interviews with post-partum primiparous women that shared the same criteria above mentioned, except that they were monitored by the private health system/sector. The second bloc was composed of nine interviews with professionals that hailed from the Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Obstetric Axis (National Women's Health Technical Area) responsible for the Stork Web Program. The produced data was submitted to foucaultian based discourse analysis, especially concerning the process of subjectivation (resistance and subjection) and biopower. By the means of the results, we highlight: i) the importance of childbirth and birth experiences in the lives of the interviewed women; ii) the body as a place/locus of control and resistance; iii) the presence of aspects linked to self-government in the discourse of primiparous women; iv) the importance to accessing information in the process of self-government of the post-partum women interviewed; v) the women in the private health sector demonstrated deeper reflections about the use of their rights, which attests that self-government isn't exerted in an egalitarian manner; vi) the challenge that comes from the necessity of continued investments in the public health sector in favor of a qualified assistance X budget cuts and scrapping of public health policy. We intend, with this research, to contribute to the critical analysis of discursive and non-discursive practices in the health policy of childbirth and birth and, mainly, highlight potentialities outcropping from women meeting/knowing themselves and their own bodies through the experiences of childbirth and birth.

Keywords: Parturition, Body, Power, Subjectivation.

SUMÁRIO

1. Apresentação	13
2. Introdução	17
3. Objetivos	20
3.1. Objetivo Geral	20
3.2. Objetivos Específicos	20
4. Sobre os processos de subjetivação	21
4.1. Delineando percepções sobre a concepção de sujeito	22
4.2. Sujeitos x Indivíduos	30
4.3. (Des) compreendendo a identidade	32
4.4. O que é ser mulher?	36
5. Sobre o corpo, a governamentalidade e o Estado	46
5.1. Relações entre o corpo e o Estado	46
5.2. Questões quanto ao processo da governamentalidade	51
5.3. Nuances acerca da criação do Programa Rede Cegonha	55
5.4. Por outros corpos das mulheres	61
6. Percurso metodológico	67
6.1. Procedimentos metodológicos	67
6.2. Nuances sobre o acesso as pessoas entrevistadas	70
6.3. Considerações sobre as análises	74
6.4. Universo do estudo	80
6.4.1. Apresentação das mulheres primíparas	80
6.4.2. Apresentação das profissionais do Programa Rede Cegonha	82
7. Discursos das Mulheres Primíparas	87
7.1. Da expectativa à realidade: da gestação ao parto	87
7.2. A chegada do grande dia: o parto	94
7.3. Sobre os corpos em construção	101
7.4. Sobre as mulheres em construção	105

8. Discursos das Profissionais da Rede Cegonha	109
8.1. Histórico, objetivos e estruturação estratégica do Programa Rede Cegonha	109
8.2. Os componentes organizativos da Rede Cegonha e suas ações	116
8.2.1. Componente Pré-Natal	116
8.2.2. Componente Parto e Nascimento	118
8.2.3. Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança	122
8.2.4. Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação	123
8.3. Sobre os corpos em construção	124
8.4. Sobre as mulheres em construção	129
9. Análises dos Discursos	137
9.1. Componente Pré-Natal	137
9.2. Componente Parto e Nascimento	141
9.3. Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança	146
9.4. Sobre os corpos em construção	147
9.5. Sobre as mulheres em construção	150
10. Considerações Finais	156
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICE I	167
APÊNDICE II	169
APÊNDICE III	171
APÊNDICE IV	175
APÊNDICE V	179
APÊNDICE VI	180
ANEXO I	181
ANEXO II	182

1 APRESENTAÇÃO

O problema que orienta esta pesquisa foi fruto de inquietações vivenciadas a partir da experiência profissional da pesquisadora. O exercício da função de apoiadora institucional de serviços do Programa Rede Cegonha (RC) – Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Eixo Obstétrico, entre o período de 2011 a 2014, foi um divisor de águas tanto na vida profissional quanto na pessoal.

A partir da imersão no campo do parto e nascimento sob a perspectiva daquele que propõe o programa – o Ministério da Saúde (MS) –, surgiram alguns questionamentos, tais como: as mulheres mães conseguiam identificar as práticas enunciadas pelo programa? Como elas se sentiam diante dessas propostas? Quais os efeitos dessas ações em seus corpos? Como as mulheres mães se percebiam após a experiência do parto e nascimento?

Sabemos que há uma linha tênue nesse processo e que a seguiremos durante todo o trabalho: a questão do governo da mulher sobre o seu corpo. Mesmo quando falamos de boas práticas do parto e nascimento, ainda assim, estamos falando de um controle sobre o corpo dessa mulher. Um controle que foi rebatido historicamente pelos movimentos de cunho feminista, inclusive em lutas contra a normalização da mulher e, conseqüentemente, do seu corpo enquanto instrumento meramente reprodutor.

Eis que após décadas de reivindicações feministas é criado um programa público de saúde que trata, dentre outras questões, dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, destacando novamente o viés prioritário da reprodução. A partir dessas considerações, retomamos a questão da linha tênue do governo da mulher sobre o seu corpo: há uma pluralidade das lutas de cunho feminista, há um rol distinto de mulheres com diferentes anseios e desejos – que inclusive podem desejar outras vivências para si.

Entretanto, também reconhecemos a importância de significativas transformações ocorridas no âmbito da assistência ao parto e nascimento com a atuação da RC. Desta maneira, apesar de tratarmos com mais afinco sobre questões que a envolvem ao longo deste trabalho, faz-se necessária aqui a sua breve apresentação no intuito de substanciarmos algumas considerações iniciais.

Instituída em 24 de junho de 2011, mediante portaria ministerial de nº 1.459, a Rede Cegonha tem como objetivo promover mudanças nas lógicas de atenção materno-infantil até então ofertadas nos territórios brasileiros. Conforme sua portaria, a RC deveria ser organizada de forma a prover continuamente ações de atenção à saúde materna e infantil para a população. Para alcançar este fim, a RC foi pensada a partir de quatro componentes

principias de atuação: i) Pré-Natal; ii) Parto e Nascimento; iii) Puerpério e Atenção Integral a Saúde da Criança; e iv) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Tais componentes são trabalhados com base nas seguintes diretrizes:

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo¹.

Especificamente, a função de apoiador institucional de serviços¹ era direcionada ao acompanhamento de maternidades elencadas como prioritárias, mediante acordo pactuado em âmbito interfederativo. Tal acordo culminava na construção de um plano de ação regional à luz das diretrizes sinalizadas na portaria e pautado em um planejamento das reais necessidades da rede de atenção à saúde daquele território em questão.

Com uma carga horária de 20 horas semanais, os apoiadores de serviços tinham a maior parte das suas agendas direcionadas à inserção direta nas maternidades. A partir de reuniões com gestores, profissionais e, quando possível, usuários, fomentavam a criação de estratégias para a melhoria da assistência, baseados nos indicadores de monitoramento instituídos pelo Ministério da Saúde.

Dentre esses indicadores, tínhamos: acolhimento com classificação de risco, garantia do direito ao acompanhante, contato pele a pele na primeira hora de vida do bebê, implantação dos quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), incentivo à criação de espaços de cogestão, dentre outros. Especificamente, em Sergipe – local onde a função de apoiador de maternidade aqui citada foi exercida – houve a pactuação para a cobertura da RC em todo o território sergipano, ou seja, nas sete regiões de saúde.

Nessa configuração, o Ministério da Saúde contratou duas apoiadoras para o acompanhamento de quatro maternidades – cada apoiadora acompanhava duas maternidades. As demais maternidades – total de cinco – foram acompanhadas por apoiadores contratados pelo próprio Estado de Sergipe. Foi um período de grandes desafios, de intensas discussões, de muitos entraves, de criação de redes de apoio, e também de muitas mudanças.

¹ Devido a mudanças institucionais e programáticas, este cargo foi extinto. Mais detalhes serão trazidos no capítulo que trata sobre o discurso das profissionais.

Por se tratar de um programa que postulava mudanças na lógica da atenção materno-infantil, era de se esperar que suas propostas fossem de encontro a algumas práticas consideradas pelos profissionais como usuais^{II}. De início, estava posto um dos primeiros desafios: como acessar os profissionais que, por vezes, exerciam suas práticas baseadas naquilo que lhes foi ensinado na formação universitária e propor que repensassem suas ações?

Não foram raros os momentos em que eles se recusaram a participar das reuniões do colegiado gestor, nas quais eram pensadas estratégias coletivas para melhoria da assistência. As justificativas eram diversas: que primeiro era necessário mudar as práticas dos serviços que acompanhavam as mulheres antes delas chegarem à maternidade; que as maternidades estavam lotadas por falha da rede; que as mudanças deveriam ser direcionadas primordialmente às instâncias universitárias.

De fato, muitos dos questionamentos eram plausíveis, entretanto, a realidade do cenário assistencial pulsava (e ainda pulsa!) por mudanças. Alguns exemplos podem ser citados como: os casos ainda presentes de violência^{III} obstétrica^{IV} (âmbito público e privado), a alta taxa de mortalidade materna (63,53 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos)⁵ e a presença de vazios assistenciais, dentre outros.

Um ponto tensionador foi quanto à formação universitária da pesquisadora ser distinta da área médica. Como pensar o processo de trabalho com alguém que não compartilhava dos mesmos saberes? Por vezes, a própria pesquisadora se questionava sobre qual caminho a seguir. Entretanto, neste ponto, destacamos a importância das redes de apoio e elas vinham de distintas formas nesse cenário. Pelo MS, tínhamos o auxílio dos profissionais das maternidades tidas como referência na assistência ao parto, como a exemplo do Hospital Sofia Feldman (HSF). Oficinas com esses profissionais e visitas técnicas ao HSF foram tanto

^{II} Uso da ocitocina sintética (hormônio sintético introduzido no soro fisiológico e aplicado na mulher para gerar contrações do útero com o intuito de acelerar o trabalho de parto), manobra de Kristeller (pressão na parte superior do útero para facilitar a saída do bebê), parto em posição litotômica (corpo deitado com face virada para cima), dentre outras práticas².

^{III} Segundo Outhwaite e Bottomore “Não existe uma definição consensual ou incontroversa de violência. O termo é potente demais para que isso seja possível. Não obstante, um entendimento do termo ditado pelo senso comum é, *grosso modo*, que a violência classifica qualquer agressão física contra seres humanos, cometida com a intenção de lhes causar dano, dor ou sofrimento”^{3:803}. Ao afirmarem a inexistência de uma definição consensual, os autores sinalizam também para a possibilidade de ampliação do seu uso.

^{IV} “A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo”⁴. Para mais informações, assistir aos documentários brasileiros “O Renascimento do Parto 1” (2013) e “O Renascimento do Parto 2” (2018).

ofertadas às maternidades como aos apoiadores. Foram momentos renovadores de compartilhamento de experiências.

Outra ação teve como base a atuação de um conjunto de apoiadores, que não somente aqueles vinculados à RC. Neste ponto, destacamos a existência de uma rede de apoiadores ministeriais no território, especialmente aqueles vinculados diretamente à Política Nacional de Humanização (PNH). Por meio do manuseio das ferramentas da política, auxiliavam na construção de propostas junto aos apoiadores dos serviços e dos profissionais das maternidades.

Por fim, mas não menos importante, ressaltamos a atuação dos demais profissionais das maternidades que, desde o início da proposta, fizeram-se presentes nas articulações de estratégias que visavam mudar as práticas até então instituídas. De fato, podemos dizer que algumas maternidades avançaram mais do que outras nas mudanças propostas – como a exemplo da efetiva implantação do direito ao acompanhante. No entanto, temos que levar em consideração os contextos institucionais de cada serviço.

Como mencionado, a experiência enquanto apoiadora institucional de serviços da Rede Cegonha foi um divisor de águas. Após a imersão nessa temática, surgiram questionamentos para a formulação deste trabalho, como também de práticas em outros campos profissionais da pesquisadora. Entretanto, a experiência mais importante foi aquela da vida pessoal, tendo em vista que a pesquisadora engravidou durante o processo de produção do trabalho e teve um parto completamente natural^V. Foi uma vivência positivamente transformadora e em constante elaboração.

Por fim, no ímpeto destas informações e das inquietações decorrentes da inserção nesse cenário, a presente pesquisa foi tomando forma e se configurando naquilo que é atualmente apresentado.

^V Mais informações acessar o relato de parto da pesquisadora intitulado “*Luiza, de Graziela*”, publicado no livro *Sobre Parir e Renascer*². O livro foi organizado por um coletivo de 6 mulheres, composto por 4 puérperas – sendo a pesquisadora uma delas – e 2 doulas. O e-book do livro está disponível de forma gratuita por meio do site da Editora Diário Oficial do Estado de Sergipe (EDISE), órgão suplementar da Empresa Pública de Serviços Gráficos de Sergipe (SEGRASE), <https://segrase.se.gov.br/edise/produto/185/impreso>.

2 INTRODUÇÃO

O objetivo central da tese é analisar processos de subjetivação das mulheres por meio das experiências do parto e nascimento. Para tanto, trazemos algumas considerações que nos auxiliaram na sua construção.

Ao tomarmos como referência o modo histórico como a questão da sexualidade provocou uma medicalização dos corpos das mulheres e de seu sexo em favor do estabelecimento da instituição familiar e da saúde da população, propomos um olhar mais apurado para a questão do parto e nascimento.

Se por um lado o período gravídico (gravidez, parto e nascimento, puerpério) envolve uma série de estratégias que culminam no controle tanto do corpo quanto dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; por outro, ele também pode servir de palco para experiências de produção e ressignificação dos corpos dessas mulheres, a partir de atos de resistência que podem culminar em processos de autogoverno.

Nesta pesquisa, apesar de considerarmos a importância de todo o ciclo gravídico para a construção dos processos de subjetivação das mulheres mães, optamos por dar maior enfoque à questão do parto e nascimento em específico. Defendemos que são neles que os exercícios de poder sobre os corpos das mulheres se mostram com mais veemência, principalmente por meio de intervenções profissionais.

Ao estabelecermos como pano de fundo a implantação e implementação de um programa de saúde de cunho público que “visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”¹, atemo-nos a alguns questionamentos que nortearam nossos estudos.

Neste sentido: que corpo é esse? Como ele é/foi construído? Como a mulher percebe a si mesma frente às políticas de humanização do parto e nascimento? Assim, temos o intuito de incorporar ao processo de implantação de políticas públicas de humanização do parto e nascimento uma compreensão sobre as diferentes configurações de relação de poder exercidas neste cenário, e da relação entre o corpo, a governamentalidade e o Estado.

Como proposta para pensar estas questões, fazemos uso de contribuições foucaultianas e de autores que compreendem o gênero como construção político-cultural e que afirmam o corpo como local de produção de discursos e práticas e de espaço de tensão entre formas de sujeição e forças de experimentação⁶⁻¹².

De posse dessas informações, a tese se estrutura a partir da seguinte configuração: i) dois capítulos teóricos; ii) um capítulo referente ao percurso metodológico; iii) dois capítulos referentes à produção de discursos provenientes das entrevistas realizadas com mulheres primíparas e profissionais do MS responsáveis pela RC; e iii) um capítulo sobre a análise desses discursos.

O primeiro capítulo de cunho teórico analisa o conceito de subjetividade e sua respectiva construção, especialmente em relação às mulheres. Enquanto estratégia metodológica de análise, primeiramente, o pensamento foucaultiano sobre a concepção de sujeito é visitado. Posteriormente, por meio de contribuições de autoras como Simone de Beauvoir e Marisa Forcina, trazemos discussões quanto às compreensões conceituais dos sujeitos mulheres, identidades e subjetividades.

De maneira especial, esse capítulo foi fruto da experiência de um breve estágio vivenciado na Universidade de Salento, Lecce, Itália, no primeiro semestre do ano de 2017. Durante esse período, questões sobre a concepção do sujeito mulher foram trabalhadas por meio do acompanhamento de grupo de pesquisa e aulas ministradas sobre a temática, aliados a discussões teóricas supervisionadas.

O segundo capítulo teórico apresentado destaca as relações de poder presentes na interação entre o corpo da mulher, a governamentalidade e o Estado. Para isso, são utilizadas contribuições foucaultianas e de autoras que circundam por essa temática, como a exemplo de Barbara Duden, Elisabeth Vieira e Judith Butler. Além disto, foram abordadas, mesmo que de forma breve, singularidades em relação ao Programa Rede Cegonha e questões que permitem repensar outras possibilidades de existências para os corpos das mulheres.

O capítulo do percurso metodológico traz informações relevantes para o processo de construção da pesquisa. Tendo em vista as experiências do parto e nascimento vivenciadas pelas mulheres, a metodologia escolhida para esta pesquisa é de cunho qualitativo, que corrobora para a análise de vivências em suas especificidades temporais e locais, constituindo a representação de determinada realidade^{13,14}.

Para aprofundar as problemáticas elencadas na pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas – como brevemente mencionado acima – com mulheres primíparas e profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher/Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha. As entrevistas foram submetidas à análise de discurso de base

foucaultiana, particularmente, sobre os processos de subjetivação (resistência e sujeitamento) e sobre o biopoder^{VI}.

Como estratégia para a análise das entrevistas, primeiramente foi realizada a produção de dois capítulos distintos que abarcaram, respectivamente, os discursos produzidos pelas mulheres e os discursos produzidos pelas profissionais. Após essa exposição, um capítulo direcionado à análise dos discursos em si foi construído. Por fim, seguimos para as considerações finais, nas quais pontuações referentes à pesquisa são ressaltadas.

Relevante destacar que todas as entrevistas foram realizadas a partir do consentimento dos sujeitos em participar do estudo, por meio da concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Além disso, todo o processo da pesquisa em campo apenas foi executado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp – Campus Campinas através do CAE 61922916.5.0000.5404.

De forma geral, esperamos que os resultados produzidos nesta pesquisa contribuam para a análise crítica de práticas discursivas e não discursivas em torno das políticas públicas de saúde sobre o parto e nascimento. E que, principalmente por meio da ampliação das discussões sobre gênero, possamos ratificar as potencialidades provenientes do encontro das mulheres consigo e com seus próprios corpos a partir da experiência do parto e nascimento.

^{VI} Os conceitos estão assim dispostos por seguirem a ordem em que aparecem nas obras de Michel Foucault. Em *Vigiar e Punir*, Foucault¹⁵ aborda o poder disciplinar abrangendo as subjetividades sujeitadas e as que resistem. Sendo que a noção de biopoder aparece no capítulo final da *História da Sexualidade I – A vontade de saber*¹⁶.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar processos de subjetivação das mulheres por meio das experiências do parto e nascimento, que realizaram acompanhamento de pré-natal e do parto na rede do Sistema Único de Saúde e/ou na rede privada do Distrito Norte de Campinas/São Paulo, estando, assim, sob as prerrogativas da humanização e do Programa Rede Cegonha, instituído pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2011¹.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o conceito de subjetividade e sua respectiva construção na perspectiva foucaultiana.
- Destacar configurações de relações de poder presentes na interação entre o corpo da mulher, a governamentalidade e o Estado, a partir de contribuições foucaultianas e demais autores.
- Evidenciar os discursos produzidos pelas mulheres e pelas profissionais da Rede Cegonha na relação entre corpo, mulher e políticas públicas de saúde sobre o parto e nascimento.
- Ressaltar os distintos olhares e percepções do encontro da mulher consigo e com seu corpo a partir da experiência do parto e nascimento.

4 SOBRE OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

O objetivo deste capítulo é analisar o conceito de subjetividade e sua respectiva construção, especialmente em se tratando das mulheres. Para tanto, isso nos leva a um caminho de revisitar leituras e de se abrir a outras, até então não visitadas.

Entendemos que o ato da leitura é um exercício renovador pela constante imersão em contextos diferenciados dos anteriores, que provocam, conseqüentemente, distintas sensações, compreensões e análises. Em entrevista concedida ao repórter Heitor Ferraz da Revista Cult^{VII}, Peter Pál Pelbart¹⁷, ao tratar de leituras que desnorteiam, remete-se a uma fala de Kafka: “só vale a pena ler livros que nos ferem e trespassam, nos abalam como a morte de um amigo íntimo, que quebram um mar de gelo que há dentro de nós”.

Neste sentido, de quebrar o gelo construído em torno de supostas convicções, recorreremos a reflexões trazidas por Michel Foucault e autoras de cunho feminista, no tocante as compreensões sobre sujeitos mulheres, identidades, subjetividades e suas nuances. Assim como de notórios comentadores que circulam pela temática e auxiliam a construir perspectivas críticas sobre essas questões na contemporaneidade.

Apesar de o texto tratar das mulheres – sim, no plural mesmo, pois não existe um modelo único de ser mulher^{VIII} – não temos como intuito o aprofundamento em discussões restritas sobre o “feminino”, mas, sim, da utilização de análises que auxiliem a compreender posicionamentos sobre a questão das mulheres e a construção histórica-social em torno de suas subjetividades sob uma perspectiva mais ampla. Neste ponto, recorreremos a Simone de Beauvoir,

Quando emprego a palavra “mulher” ou “feminino” não me refiro evidentemente a nenhum arquétipo, a nenhuma essência imutável; após a maior parte de minhas afirmações cabe subentender: “no estado atual da educação e dos costumes”. Não se trata aqui de denunciar verdades eternas, mas de descrever o fundo comum sobre o qual se desenvolve toda existência feminina singular^{18:9}.

Como estratégia metodológica de análise, primeiramente, visitamos o pensamento foucaultiano sobre a concepção de sujeito, entrelaçando-o a contribuições de demais autores.

^{VII} Nesta mesma edição consta o Dossiê “Ditadura Heteronormativa: a cultura que insiste em não reconhecer e aprender com as diferenças sexuais e de gênero”¹⁷.

^{VIII} Por esta razão nos distanciamos da ideia de um sujeito universalizante difundido no histórico dos movimentos de cunho feminista, pois quando recorreremos ao termo mulheres é justamente para ressaltar a diversidade desses sujeitos, e não a sua unicidade.

Entendemos esse recorte como relevante para a compreensão subsequente do modo como os sujeitos mulheres e suas consequentes subjetividades foram e ainda são construídos.

4.1 Delineando percepções sobre a concepção de sujeito

Décadas após o falecimento de Foucault, suas obras ainda são foco de intensos debates, em especial no tocante à concepção de sujeito. Inclusive, podemos afirmar, por meio de sua própria fala, ser este um dos pontos centrais de seus estudos.

Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo do meu trabalho nos últimos vinte anos. Não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise.

Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos^{19:231}.

Kleverton Bacelar²⁰ sinaliza que diante de uma obra tão vasta e assistemática escrita por Foucault, os comentadores se utilizam de distintos critérios e formas diversas para agrupar os escritos do filósofo. Nessa perspectiva, destaca como principais: i) a mais frequente, no qual sua obra estaria disposta em períodos metodológicos (arqueologia, genealogia, ética); ii) relação entre teoria/prática (dimensão das práticas discursivas e extra discursivas); iii) questão do mesmo e do outro; iv) temática geral do problema do sujeito.

Assim como proposto por Bacelar²⁰ em seu estudo, este texto terá como base a última perspectiva supracitada, pelo fato dela englobar as demais e por ser, em decorrência, o tema central foucaultiano. Entretanto, por se tratar da mais frequente e fundamentar a questão do sujeito, importante elucidarmos a primeira opção. Nesse sentido, Salma Muchail²⁰ destaca três momentos como sendo decorrentes de uma possível classificação da trajetória dos estudos de Foucault.

O primeiro, intitulado “arqueológico”, compreenderia as obras da década de 1960, entre elas: *A História da Loucura* [1961]²², *O nascimento da clínica* [1963]²³, *As palavras e as coisas* [1966]²⁴ e *Arqueologia do saber* [1969]²⁵. O segundo momento, denominado “genealógico”, teria como base as obras *Vigiar e Punir* [1975]¹⁵ e o Volume I da *História da Sexualidade – A vontade do saber* [1976]¹⁶. Por fim, o terceiro momento, centrado nas questões quanto à constituição do sujeito ético, abarcaria os Volumes II e III da *História da Sexualidade*, respectivamente denominados de *O uso dos prazeres*²⁶ e *O cuidado de si* [1984]²⁷.

Tendo em vista que essas “classificações” serão abordadas no decorrer do texto de modo transversal, destacamos, de forma abrangente, o percurso dos estudos foucaultianos a partir das seguintes considerações. Partindo da quebra da origem estática, datável, fixa dos fatos explicitada na arqueologia^{IX}, Foucault se direcionaria a compreender a formação dos discursos e das relações de saber-poder ao longo do tempo, por meio da construção do que ele mesmo intitularia como genealogia do poder, sendo essas estratégias utilizadas para analisar o modo como se estabelece o processo de construção do sujeito na sociedade, ou melhor, a forma como os seres humanos foram transformados em sujeitos no decorrer da história.

Nesta perspectiva, o texto *O Sujeito e o Poder*¹⁹, no qual Foucault realiza a afirmativa sobre o real objetivo de seus estudos no decorrer dos anos, corresponde à década de 1980, especificamente, ao terceiro momento sinalizado por Muchail²¹ X. Como mencionado, foi um período em que Foucault explicita questões relacionadas à constituição do sujeito como o tema geral de sua pesquisa.

Bacelar²⁰ defende que, em Foucault, se veem deslocamentos efetivados de uma obra a outra que demonstram mudanças de objeto (loucura, doença, criminalidade, sexualidade) e até de métodos e conceitos (arqueologia, genealogia e ética), no entanto, não haveria uma mudança na problemática (sujeito). Em suas análises, quando muito, haveria uma mudança em relação ao problema. Bacelar afirma que

como o sujeito constituinte (do sentido, da origem, da mudança) esteve sempre implicado e criticado nas análises de Foucault, restava lançar um olhar sobre o sujeito constituído, resultante das relações de saber-poder que sobre ele incidem, mas que resiste a esse dispositivo de saber-poder^{20:17}.

Neste aspecto, Foucault define três “modos de objetivação”^{19:231} presentes na história da sociedade que tinham como finalidade transformar os seres humanos em sujeitos. Tais modos, apesar de metodologicamente distintos, apresentariam relações entre si. O primeiro, intitulado como modo de investigação, teria a pretensão de atingir o estatuto de ciência. Como exemplos, ter-se-ia: a objetivação do sujeito no discurso da gramática, na filologia e na linguística; a objetivação do sujeito produtivo; como também a objetivação do sujeito pelo simples ato de estar vivo na história natural ou da biologia.

^{IX} Segundo Foucault²⁵, o método arqueológico seria uma técnica que se desvincularia da noção de imobilização do tempo e da substituição do fluxo dos acontecimentos como correlações que delineariam uma figura imóvel. “Em vez de seguir um calendário originário, em relação ao qual se estabeleceria a cronologia dos acontecimentos sucessivos ou simultâneos, a dos processos curtos ou duráveis, a dos fenômenos instantâneos e das permanências, tenta-se mostrar como pode haver sucessão e em que níveis diferentes encontram-se sucessões distintas”^{25:205}.

^X Devido à importância desse texto para a compreensão dos estudos foucaultianos, estudiosos do filósofo o classificam como um “texto testemunho”, deslocando-o de classificações em períodos ou momentos.

O segundo modo, denominado de práticas divisoras, referia-se ao sujeito dividido no seu interior e em relação aos outros. Como exemplos: o louco e o são, os criminosos e as pessoas de “bons comportamentos”, o doente e o sadio. Por fim, o terceiro modo – subjetivação – que seria aquele pelo qual o ser humano se tornaria sujeito. Como uma das formas de se abordar esta questão, Foucault se debruça sobre o domínio da sexualidade. Mais especificamente, em como os homens aprenderam a se reconhecer enquanto sujeitos de sexualidade.

Por subjetivação, Foucault compreende como “o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si”^{28:262}. A partir desta perspectiva, Judith Revel²⁹ reafirma que o termo “subjetivação” estaria relacionado ao processo pelo qual se impetra a constituição de um sujeito ou, em outras palavras, de uma subjetividade. Assim, o sujeito seria uma relação, uma forma, e não necessariamente uma substância, sendo a sua característica primordial o fato de não ser idêntico a si mesmo²⁰.

Paul Rabinow³⁰ ressalta uma característica distinta entre esse terceiro modo de objetivação e os demais, pontuando a presença de uma nova direção aos estudos de Foucault. Apesar de terem recebido interpretações mais claras e eficazes por meio das contribuições do filósofo, as práticas divisoras seriam técnicas de dominação aplicadas em populações definidas como marginalizadas. Assim, nos dois primeiros modos de objetivação, haveria predominância da passividade do ser humano, o que, de certa maneira, não ocorreria no terceiro modo, pois Foucault direciona o olhar para os processos de autoformação, ou seja, aqueles em que o homem se torna um ser ativo.

O autor supracitado afirma que, nas últimas análises publicadas por Foucault, há um enfoque nas classes dominantes, em especial, na burguesia francesa da metade do século XIX, nos cidadãos gregos, nos ascetas cristãos primitivos e nos Pais da Igreja. Acredita-se que Foucault estaria preocupado em isolar o modo pelo qual uma pessoa iniciaria uma atividade autoformativa³⁰.

Esta autoformação tem uma genealogia longa e complicada; acontece através de uma variedade de “operações nos corpos das pessoas, nas suas almas, nos seus pensamentos, na sua própria conduta”. Estas operações implicam caracteristicamente num processo de autocompreensão mediado por uma figura externa de autoridade, seja o confessor ou o psicanalista. Foucault nos mostra, por exemplo, como durante o século XIX havia uma vasta proliferação de discursos científicos sobre “sexo”, em parte porque o sexo era visto como uma chave para a autocompreensão^{30:35}.

Notamos, a partir dessa passagem, que mesmo sendo um processo de autocompreensão, no qual o sujeito se tornaria mais ativo que nos demais modos, ainda assim, há uma característica de sujeição nesse processo, na medida em que tal processo é mediado por uma figura externa de autoridade que conduz esse sujeito. De fato, o que se intitula de objetivação e de subjetivação não são instâncias independentes uma da outra.

Foucault acredita que do seu desenvolvimento mútuo emana algo que poderíamos denominar de “jogos de verdade”^{28:235}. Neste sentido, o mais relevante não seria descobrir as coisas verdadeiras, mas sim as regras pelas quais, em determinadas circunstâncias, aquilo que um sujeito possa discorrer seja proveniente da questão do verdadeiro e do falso.

Em suma, a história crítica do pensamento não é uma história das aquisições nem das ocultações da verdade; é a história da emergência dos jogos de verdade: é a história das “veridicções”, entendidas como as formas pelas quais se articulam, sobre um campo de coisas, discursos capazes de serem ditos verdadeiros ou falsos: quais foram as condições dessa emergência, o preço com o qual, de qualquer forma, ela foi paga, seus efeitos no real e a maneira pela qual, ligando um certo tipo de objeto a certas modalidades do sujeito, ela constituiu, por um tempo, uma área e determinados indivíduos, o *a priori* histórico de uma experiência possível^{28:235}.

Com base nesse jogo de verdades, destacamos que o ato de isolar e analisar a forma como a cultura produziu diferentes tipos de sujeitos pode ser considerado como o aspecto inovador da teoria foucaultiana, sendo esta uma das razões pelas quais as suas teorias continuam sendo debatidas nos distintos espaços formativos da sociedade, institucionais ou não. Aliado a esse relevante fator, também é notório o envolvimento de Foucault com a temática do poder.

A seu ver, as relações de poder tendiam a aparecer imbricadas com as questões do sujeito, principalmente, quando este era colocado em relações de produção e de significação. Entretanto, ele afirmava que não havia instrumentos de trabalho para se estudar as relações de poder, a não ser pelos modos de pensá-lo por meio dos modelos legais, ou seja: “o que legitima o poder? Ou então, modos de pensar o poder de acordo com um modelo institucional, isto é: o que é o Estado?”^{19:232}.

Neste ponto, estrategicamente, fez-se imperativo se estender as dimensões de uma conceituação de poder, caso se desejasse utilizá-la no estudo da objetivação do sujeito. No entanto, Foucault se questionava o quanto seria necessária uma teoria do poder, tendo em vista que quando esta se coloca enquanto uma objetivação prévia, ela não mais poderia basear

um trabalho analítico^{XI}, mas, ao mesmo tempo, também aquele não existiria sem uma conceituação dos problemas. Dessa forma, como alternativa tática e problematizadora, essa conceituação deveria ser pautada em um pensamento crítico, em uma verificação constante.

O filósofo atenta ao fato de que a noção de poder e seus distintos mecanismos de exercício se utilizam de estratégias já presentes na maioria das sociedades. Dessa forma, como modo de desarticular linhas previamente estabelecidas, seria necessária a construção de uma nova economia das relações de poder, compreendendo esta tanto em um sentido teórico quanto prático. Dever-se-ia descobrir – ou pelo menos se arriscar a descobrir – quais os problemas aos que a economia estaria relacionada e, principalmente mais do que isso, o modo como estão imbricadas nas suas relações.

Abordar o tema do poder através de uma análise do “como” é, então, operar diversos deslocamentos críticos com relação à suposição de um “poder” fundamental. É tomar por objeto a análise *relações de poder* e não um poder; relações *de poder* que são distintas das capacidades objetivas assim como das relações de comunicação; relações de poder, enfim, que podemos perceber na diversidade de seu encadeamento com essas capacidades e estas relações^{19:242}.

Como linha de pensamento, salienta a relação evidente entre racionalização e excessos do poder político. Entretanto, antes de se cair na tentação de considerar a racionalização da cultura ou da sociedade como um todo, propõe analisá-la como um processo em distintos campos, ou seja, através de racionalidades específicas. A partir desse pressuposto, propõe caminhar em direção à outra forma de economia das relações de poder, sendo esta mais empírica e mais relacionada ao presente, o que implicaria relações mais estreitas entre a teoria e a prática.

Assim, propõe, como ponto de partida, utilizarmos os modos de resistência já presentes na sociedade para ir de encontro às distintas formas de exercício de poder. Como exemplo, refere-se a diferentes lutas intituladas como antiautoritárias – oposição ao poder dos homens sobre as mulheres, psiquiatra sobre o doente mental, enfim – demonstrando o que elas teriam em comum. Em suma, sugere que o objetivo central dessas lutas seria atacar, mas não necessariamente uma instituição de poder ou grupo, e sim uma técnica, um modo de poder.

Esta forma de poder aplica-se à vida cotidiana imediata que categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os

^{XI} Para Bacelar²⁰, a questão do saber (verdade) e do poder nunca interessaram a Foucault de modo autônomo, sendo esta a razão por nunca ter feito uma teoria geral do poder.

outros têm que reconhecer nele. É uma forma de poder que faz dos indivíduos sujeitos^{19:235}.

No tocante a esse modo de poder que transforma os indivíduos em sujeitos^{XII}, o filósofo destaca dois significados para a palavra sujeito: “sujeito a alguém pelo controle e dependência, e preso a sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento”^{19:235}. Ressaltamos que, em ambos os sentidos, há uma forma de poder que o subjuga e o torna o sujeito a, sendo esse um ponto central de análise.

Ao se referir às lutas, o filósofo pontua a existência de três tipos: i) contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); ii) contra as formas de exploração, que têm por finalidade separar os indivíduos daquilo que produzem; e iii) contra ao que liga o indivíduo a si mesmo e o submete aos outros. Respectivamente, seriam as lutas contra a sujeição, contra os modos de subjetivação e contra as formas de submissão.

De fato, essas lutas sempre estiveram presentes na história da sociedade, seja de forma concomitante, seja de modo isolado. Além disso, podemos afirmar que, como salienta o filósofo, todos os fenômenos de sujeição acabam sendo derivados de demais processos econômicos e sociais. Assim, não podem ser estudados isentos de sua relação com os mecanismos de dominação e exploração. Entretanto, não podemos esquecer que elas fixam relações intrincadas e circulares com as demais formas.

A explicação para que esse tipo de luta – sujeição – prevaleça sobre as demais se deve ao fato que desde o século XVI, uma forma distinta de política de poder se desenvolveu de modo contínuo, neste caso, o Estado. Surpreendentemente, o Estado tem em suas práticas uma forma de poder tanto individualizante quanto totalizante, sendo esta característica absorvida a partir das práticas exercidas pelas instituições cristãs, o que se intitularia como tecnologia de poder pastoral. Nesse composto, Foucault destaca que podemos classificar o Estado enquanto uma matriz moderna da individualização, ou melhor, como uma nova forma do poder pastoral.

Em suma, podemos destacar três características desse poder pastoral. A primeira seria uma mudança no seu objetivo, pois se antes era preconizado conduzir o povo a sua salvação em outro mundo, agora, devemos assegurá-lo neste. A segunda é que houve um reforço na administração do poder pastoral mediante o Estado ou por uma de suas instituições públicas, como a exemplo da polícia. Por fim, a terceira, que enfocaria a multiplicação dos objetivos e agentes do poder em direção ao saber sobre o homem. Neste sentido, haveria dois

^{XII} Mais adiante serão explanadas algumas considerações conceituais sobre indivíduo x sujeito.

pontos concomitantes: um polo globalizador e quantitativo, referente à população (totalizante); e outro analítico, referente ao indivíduo (individualizante).

Baseado em Foucault, Rabinow³⁰ sinaliza que, quando o crescimento, o cuidado da população e a promoção da vida se tornam centrais para o Estado, articulando-se à arte de governar, estar-se-ia diante de um novo modelo de poder. A este modo de exercício de poder e saber – fatos extremamente relacionados – sobre a vida dos homens, Foucault denomina de biopoder.

Biopoder coliga-se ao redor de dois polos distintos no começo da idade clássica. Um polo é a espécie humana: pela primeira vez na história, categorias científicas (espécies, população, fertilidade e assim por diante) ao invés de categorias jurídicas, tornam-se objeto de sistemática e contínua atenção e intervenção política. O outro polo do biopoder é o corpo humano: o corpo tratado não diretamente na sua dimensão biológica, mas como um objeto a ser manipulado e controlado. Um novo conjunto de operações e procedimentos, estas junções de saber e poder que Foucault chama “tecnologias”, reúne-se ao redor da objetificação do corpo^{30:41}.

Como desvincular o homem dessa objetificação do corpo? Dessas tecnologias que têm por intuito normalizar as ditas “anomalias” sociais? Nesta perspectiva, como possível alternativa para se resolver esse problema político, social, filosófico e ético da sociedade, Foucault destaca que não é somente uma questão de desvincular o indivíduo do Estado nem de suas respectivas instituições, mas, sim, tanto do Estado quanto da forma de individualização que, porventura, a ele se liga. Nas palavras do filósofo, “temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos”^{19:239}.

Conforme Revel²⁹, seria no eixo da subjetivação que Foucault finalmente formularia, de modo mais preciso, o lugar do embate aos sujeitamentos exercidos pelas práticas de dominação. Neste ponto, retomamos o aspecto potencializador da teoria foucaultiana, principalmente, quanto à sinalização de outra possibilidade de existência para os sujeitos, que permeou seus estudos sobre a história das subjetividades. Assim como Revel destaca:

O problema da produção histórica das subjetividades pertence, portanto, ao mesmo tempo, à descrição genealógica das práticas de dominação e das estratégias de governo às quais se pode submeter os indivíduos, e à análise das técnicas por meio das quais os homens, trabalhando a relação que os liga a si mesmo, se produzem e se transformam^{29:85}.

Ao tratar, inclusive, dos “modos de subjetivação” ou “processos de subjetivação” do homem, esta autora ressalta um fato curioso ao comentar sobre os dois tipos de análises colocados acima. Neste caso, se há modos de objetivação que tornam os seres humanos em sujeitos, isso significa dizer que apenas existem sujeitos objetivados. Sendo assim, os modos de subjetivação são, na verdade, práticas de objetivação²⁹.

Entretanto, a maneira como o homem estabelece a relação consigo mesmo via um determinado conjunto de técnicas, consente a ele o ato de se constituir enquanto sujeito de sua própria existência. Essa é uma das grandes intuições foucaultianas: um sujeito que se produz, que é responsável por seus próprios caminhos, que resiste^{XIII}. Nesse sentido, adentra a discussão a problemática da liberdade.

Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre as ações dos outros, quando as caracterizamos pelo “governo” dos homens, uns pelos outros – no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas – a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado (trata-se então de uma relação física de coação) – mas apenas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar^{19:244}.

É nesse escapar que encontramos as potencialidades da vida, que só se fazem em movimento. Neste ponto, a partir de Foucault, abrimos uma ressalva quanto aos inconvenientes de analisar as relações de poder em instituições fechadas. Dentre eles, destacamos o fato de se correr o risco de constantemente assegurarmos a própria conservação da instituição. Por essa razão, como alternativa, devemos, primordialmente, analisar as instituições por meio das relações de poder, e não o contrário; estabelecendo sempre que o ponto de apoio para pensar as relações deve estar aquém das instituições.

Por esse motivo, optamos, nesta pesquisa, por realizar uma ponte – em permanente construção – entre as profissionais responsáveis pela implantação da Rede Cegonha e as mulheres, estas mesmas que atravessaram e foram atravessadas pelos serviços de assistência ao parto, mas que resistem, que vivem, que se transformam em novos sujeitos a

^{XIII} A questão das resistências aparece desde o Volume I da obra *História da Sexualidade*¹⁶ e permeia os demais estudos foucaultianos, culminando nos processos de subjetivação, ou seja, nos processos de constituição do sujeito, sendo estes mais explícitos nas últimas obras do filósofo, nas quais, como mencionado, ele afirma o ponto central de suas pesquisas: a questão do sujeito. Desta forma, a presente tese acompanha essa trajetória, principalmente ao demonstrar a importância das resistências no percurso dos estudos foucaultianos sobre o processo de constituição dos sujeitos.

partir da experiência do parto e nascimento. Afinal, a resistência somente ocorre por dentro, em relação.

4.2 Sujeitos x indivíduos

Antes de adentrar em demais questões que envolvem o processo de constituição do sujeito, optamos por realizar uma pausa explicativa e reflexiva de significativa importância. Apesar desta questão não ser tema central de análise desta pesquisa de doutorado, ressaltamos uma polêmica em torno de discussões conceituais relacionadas aos termos “indivíduo” e “sujeito” nas obras foucaultianas.

Apesar da temática da constituição do sujeito ser seu tema central de pesquisa, por vezes, essa distinção não é tão evidente em suas produções, ficando a cargo da interpretação de seus comentadores. Possivelmente, essa questão da definição conceitual sujeito x indivíduo não tenha sido algo primordial para Foucault, pelo motivo das definições, de forma geral, não serem sua estratégia metodológica principal, e sim as articulações que as envolvem. Já que parte do pressuposto de que quando tal ação é realizada, arrisca-se a perder o seu caráter analítico. Porém, pelo fato da sua obra tratar do sujeito, isso não deixa de ser um ponto curioso.

Nesta pesquisa, especulamos que tal problemática tenha sido proveniente da divisão distinta dos modos de objetivação propostos pelo filósofo. No terceiro, em especial, há maior enfoque na subjetivação em si. Talvez seja este fato que substancie alguns comentadores de Foucault sobre uma possível distinção conceitual entre indivíduo e sujeito em suas obras. Ou até mesmo quando Foucault sinaliza como solução para a propagação da rede de poder sobre os homens, a promoção de novas formas de subjetividade por meio da recusa da individualidade que tem sido imposta aos seres ao longo dos séculos. Ou ainda por outras perspectivas aqui não elucidadas pelo limite epistemológico desta pesquisa.

Como forma de contribuir para essa discussão, Márcio Fonseca³¹ retoma a importância da atuação conjunta dos mecanismos estabelecidos por Foucault para o processo da constituição do sujeito: os processos de objetivação e subjetivação. A partir de sua interpretação, compreende que os processos de objetivação seriam aqueles relacionados às práticas nas quais a nossa cultura se utilizaria para produzir o homem em um objeto.

Isto se daria por meio dos mecanismos disciplinares, que sustentariam a constituição do indivíduo moderno em um objeto útil e dócil. Já os processos de subjetivação

seriam práticas nas quais a nossa cultura produziria o homem em um sujeito. Em suas palavras, aquelas práticas que “constituem o indivíduo moderno, sendo ele um sujeito preso a uma identidade que lhe é atribuída como própria”^{31:25}.

Sobre a diferenciação entre os termos sujeito e indivíduo em Foucault, Fonseca³¹ destaca a referência utilizada pelo filósofo em relação à inexistência de uma definição de sujeito na Antiguidade Clássica. Nesse entendimento, não haveria uma teoria do sujeito para os gregos, o que não significaria que eles não tenham definido um campo de condições para a existência do homem. Esse campo não seria o do sujeito, mas aquele do indivíduo, tendo em vista a procura deste em se constituir enquanto mestre de si.

Não se fala em constituição de sujeito na Antiguidade clássica, porque não houve naquele domínio um mecanismo de subjetivação que, elaborando uma identidade que seria assumida como própria, teria constituído um sujeito. Daí Foucault afirmar que o que se percebe entre os gregos é a busca do indivíduo em constituir-se enquanto mestre de si, não havendo assim algo que se aproximasse à constituição de um sujeito como ocorre na atualidade^{31:26}.

Baseando-se nessa compreensão, quando é feita referência aos processos de objetivação e subjetivação, estar-se-ia sempre falando em relação ao indivíduo, sendo que o termo “sujeito” seria o resultado do processo de constituição do indivíduo frente aos mecanismos de subjetivação circundantes na atualidade. Recorrendo a Jean Grondin, Bacelar²⁰ assinala que o conceito de sujeito teve dois significados relevantes na história do Ocidente. O primeiro, antigo e medieval, denominado de ontológico. O segundo, moderno, denominado de antropológico.

Em relação ao primeiro, destaca a sua criação na filosofia grega, tendo sido este sistematizado pela metafísica de Aristóteles. Nessa perspectiva, o sujeito seria “aquilo de que se fala ou a que se atribuem qualidades ou determinações ou a que são inerentes qualidades ou determinações”^{20:17}. Especificamente, este sentido se encontraria presente na terminologia gramatical, tendo em vista que essa tradição do pensamento ocidental se estruturou a partir da retomada das teses lógico-ontológicas da filosofia grega.

Já o segundo conceito seria o moderno na medida em que “sua elaboração começou com o racionalismo cartesiano e encontrou sua culminação na filosofia kantiana e no idealismo alemão. Trata-se do EU, espírito ou consciência, como princípio determinante do conhecimento e da ação”^{20:18}. Ao levar em consideração a influência cartesiana no âmbito do pensamento, o autor destaca o esquecimento do sentido originário do sujeito – lógico e ontológico –, não reconhecendo, assim, a sua capacidade de transformação. Para o autor, disto

resulta o costume contemporâneo de se equivaler homem a sujeito, empregados geralmente como sinônimos.

Nesse sentido, Bacelar²⁰ destaca duas observações importantes em Grondin: “o *subjectum* designa qualquer coisa de objetivo no sentido moderno do termo, enquanto que o <<*objectum*>> é apenas subjetivo, é somente um objeto para o pensamento”^{20:19}. A partir dessa compreensão, nada obriga a se pensar o sujeito como algo necessariamente humano, sendo esta uma das façanhas do pensamento moderno. Na perspectiva de Bacelar²⁰,

O sujeito “moderno” é uma forma disciplinada e disciplinadora da organização do vivente-homem como ser social. O que está na base desse “eu idêntico”, do “indivíduo” moderno é autocontrole resultante de exercícios disciplinares do corpo que geram conformidade a um modelo objetivo fornecido pelas ciências humanas normalizadoras^{20:26}.

Apesar das contribuições trazidas por comentadores de Foucault quanto à temática conceitual, tais como Fonseca³², a presente pesquisa não se focalizará nessas distinções por motivos já mencionados. Entretanto, corrobora com a perspectiva elaborada por Bacelar²⁰. Dessa forma, nesta pesquisa, optamos por seguir o entendimento geral foucaultiano de que enquanto sujeitos, proeminentemente, estar-se-ia diante de um processo de sempre estar sujeito a. Seja a alguém, seja a uma identidade que lhe é dada como sua, seja na relação consigo mesmo por meio das resistências do existir e/ou de seus modos de vida^{XIV}. Ressaltamos, assim, a possibilidade de potencialidades distintas, partindo, inclusive, das próprias relações de objetivação e subjetivação, tendo em vista que estas se encontram inter-relacionadas.

No tocante à questão da identidade, alguns pontos necessitam de maior atenção. Principalmente, por esta pesquisa tratar dos sujeitos mulheres e da relação com o processo do parto e nascimento e suas respectivas nuances, temas estes historicamente marcados e associados a cunhos identitários.

4.3 (Des) compreendendo a identidade

Revel²⁹ traz relevantes considerações sobre a questão da identidade a partir do processo de subjetivação foucaultiano. De início, para fundamentar seus argumentos, reforça que a des-historialização de um conjunto de conceitos e a conseqüentemente transformação

^{XIV} Mais adiante serão abordadas questões referentes aos modos de vida.

deles em chaves universais de compreensão tem se tornado cada vez mais frequente. Isto não seria indiferente aos estudos foucaultianos, como a exemplo da genealogia, a qual pressupõe uma historicização, mas que, a seu ver, leituras contemporâneas baseadas no filósofo têm se eximido deste relevante fator. Como modo de alicerçar seus pensamentos, parte daquele que considera um dos pontos mais problemáticos das leituras baseadas em Foucault, que seriam aquelas relacionadas à identidade no contexto da biopolítica.

De início, destaca que a crítica da identidade é bem anterior às formulações biopolíticas, tendo surgido em um primeiro nível no âmbito da análise da divisão entre razão e des-razão, ainda presente na *História da Loucura* [1961]²². Nesse momento, Foucault associava sistematicamente a identidade ao poder do mesmo. Em se tratando do conceito de identidade, a autora destaca:

A identidade é, de fato, aquilo a que nos obriga a *episteme* da “*âge classique*”: o que se nos é apresentado em aparência como uma figura da alteridade – aquilo que o mesmo não pode reconhecer como pertencente a si – acaba sendo, apesar de tudo, definido como uma variação, uma derivação ou um descarte com respeito a este último. Toda alteridade aparece, portanto, como prisioneira de uma identificação que a remete paradoxalmente àquilo que ela não é (sob a espécie do negativo, do duplo invertido, da exterioridade); e tal estratagema dialético de captação daquilo que, mesmo assim, deveria dar-se como diferente, não idêntico e não identitário, corresponde explicitamente a um gesto de poder, ou seja, a um ato violento^{29:136}.

Neste entendimento, haveria no dito funcionamento da razão moderna o exercício de uma “exclusão inclusiva”^{29:136}, no qual a identificação seria um de seus instrumentos primordiais. Com base nessa perspectiva em questão, compreende-se que o ato de identificar pressuporia uma dupla objetivação: “como objeto do discurso e como objeto de práticas, ou seja, construído sob a forma paradoxal de um *sujeito objetivado* dos saberes e dos poderes, dos discursos e das práticas”^{29:136}.

No entanto, por conta das resistências, destacar-se-ia a presença de subjetividades não identitárias dentro dos modos de subjetivação, que pareceriam escapar à ordem objetiva do saber. O ponto é questionar: como fazer para que essas subjetividades não identitárias se distanciem da identificação e da subordinação imediatas impostas pelos sistemas de saber / poder nos quais estão inseridas? Sem respostas dadas, emerge um grande desafio: como estabelecer uma linha de distintiva?

Pois bem, entendemos que há uma distinção entre aquilo que as relações de poder constroem sob a forma de uma identidade e o modo pelo qual a subjetividade pode apoderar-

se das relações de poder construindo algo para si mesmo. No primeiro caso, marcado pelo sujeitamento, no qual as identidades seriam fixadas por meio de determinações que, em sua teoria, estariam designadas a desvelar a dita verdade do sujeito. No segundo, a recusa de certa identitarização das subjetividades conduziria ao exercício de outro tipo de relação consigo e com os outros. Esse seria denominado de modo de vida.

Revel²⁹, ao se referir a uma fala realizada por Foucault, destaca a possível importância do modo de vida, pois este poderia ser compartilhado por sujeitos diversos. Inclusive, podendo eclodir dessa relação algo totalmente distinto dos modelos institucionalizados. Nesse entendimento, um modo de vida poderia proporcionar a formação de uma ética e de uma cultura.

o modo de vida não exclui nem a diferença de idade, nem a diferença social ou de status; mesmo assim, ele não pretende de modo algum reduzir a multiplicidade das diferenças que nos atravessam (e fazem de cada um de nós aquilo que é) a algo que nos faria voltar à ordem do idêntico, do mesmo. Tais diferenças, enquanto diferenças, *subsistem no modo de vida*. O modo de vida é precisamente o fato de colocar em comum as diferenças enquanto diferenças, e a construção, a partir desse tecido diferencial, de algo que tenha a ver com o comum – entendido como compartilhamento das diferenças^{29:139}.

Essa perspectiva é totalmente distinta da ideia de concepção de si mesmo como um outro. Assim, partindo do pressuposto que um modo de vida é uma ética, na concepção foucaultiana, ele é um modo dos homens estarem juntos, ou seja, seria uma experimentação de uma pólis, de uma política. Segundo Revel²⁹, esse caráter político da ética se contraporiria às compreensões corriqueiras de leituras foucaultianas que enquadrariam a ética enquanto um retorno à moral ou a uma ordem defensora de sãos valores.

Foucault não compreendia a ética a partir da problematização de um comum que se produziria por meio das diferenças e que as coloca em jogo através de formas inovadoras de se conduzir a própria existência. “Quando se fala de uma ética ou de uma política dos ‘modos de vida’, fala-se de uma vida que pelo motivo de implicar singularidades irreduzíveis, apresenta-se sempre como qualificada, situada, especificada”^{29:140}.

Ao analisar essas singularidades como situadas e especificadas, Gros³² destaca que uma das maiores contribuições foucaultianas foi justamente promover esse deslocamento na compreensão sobre a concepção de sujeito^{XV}. Ao afirmar as singularidades como situadas,

^{XV} Algo mais bem formulado nos últimos estudos foucaultianas, ou seja, aqueles pautados nos processos de subjetivação.

ele não queria dizer simplesmente que o sujeito seria determinado historicamente, mas que participaria ativamente desse processo.

Para ponderar essa discussão, Gros³² remete a três conceitos trabalhados por Foucault: as técnicas de si, as práticas de subjetivação e o cuidado de si, que acabam, por fim, corroborando com a discussão travada no decorrer deste texto. Para o autor, as técnicas de si seriam técnicas de base histórica, na qual o sujeito vai construindo uma relação consigo mesmo por meio de um conjunto de exercícios físicos e mentais, em uma abordagem de um projeto de vida determinado, como a exemplo do controle das paixões.

As práticas de subjetivação ou de si seriam modos de estilização da existência, nos quais somente teriam sentido dentro de uma conjuntura de liberdade, permeado por um jogo de práticas diferenciadas. Enquanto o cuidado de si se remeteria a uma concepção grega e latina, a qual não se remeteria a nenhuma investigação sobre a própria intimidade nem a alguma injunção psicológica.

Cuidado de si é submeter-se a um certo número de exercícios, não para se conhecer melhor, mas para intensificar a presença junto a si mesmo. O tomar cuidado de si é uma forma de atenção e de vigilância para consigo mesmo, que não age segundo o modo da decifração. O que importa é recolher-se, concentrar-se, e não decifrar a própria identidade secreta^{32:294}.

Nesse sentido, Gros³² compreende que as técnicas ascéticas de si, cujo paradigma é o cuidado de si dos gregos, acabam por construir uma exterioridade ética, sendo esta completamente distinta da concepção de uma identidade íntima tão difundida na contemporaneidade e influenciada pela famosa indagação: “quem sou eu?”. Mas antes de tudo direciona-se a uma construção de um eu forte, capaz de responder às solicitações do mundo.

Penso que o estudo das “técnicas de si”, a descrição das “práticas de subjetivação” e a análise do “cuidado de si” tenham, no final das contas, como objetivo principal para Foucault, não contestar, mas sair das duas grandes matrizes da cultura ocidental para pensar o que é um sujeito: a matriz prática da confissão cristã que pensa o sujeito como determinado por uma identidade secreta que seria preciso descobrir (é a pergunta: quem sou?); a matriz teórica da problemática transcendental que pensa o sujeito como instância pura de conhecimento (é a pergunta: o que posso conhecer?)^{32:295}.

Dessa forma, esse autor sintetiza as principais contribuições foucaultianas em relação à concepção de sujeito como sendo: i) o sujeito não deveria ser analisado como uma essência eterna, pois se constrói por meio de técnicas históricas; ii) o sujeito não deveria ser analisado como uma estrutura *a priori*, mas como aquele que se transforma em meio a um

processo de subjetivação, que é também um jogo de liberdade; e iii) o sujeito deveria ser analisado enquanto substância ética, e não como estrutura cognitiva. Assim, destaca em Foucault uma potencialidade em pensar a realidade de outra forma: problematizando-a.

Ao contribuir com a discussão, Fonseca³¹ ressalta que, por ser normalizado pela disciplina, o sujeito moderno não possuiria em seu processo de constituição a marca da relação consigo que caracterizaria a ética. Assim, ao ser impedido de ser ético, o indivíduo moderno seria sujeito. “Sujeito de uma identidade que entende como própria e que é o resultado dos mecanismos de objetivação e de subjetivação do poder normalizador”^{31:140}.

Dessa maneira, reafirma, como proposta foucaultiana, a possibilidade de que o indivíduo do presente construísse uma ética que representasse uma possibilidade de constituição de si um tanto diversa daquela que o enquadra enquanto um objeto e um sujeito. Mas isso não quer dizer que se deve idolatrar o mundo antigo, mas sim, apontar relevantes distinções e, por que não, outras possibilidades³¹.

Entretanto, apesar das significativas contribuições de Foucault para o estudo e compreensão do sujeito, Rabinow³⁰ aponta certa limitação prática quanto à implicação foucaultiana em resolver os próprios desafios apontados por ele. Não, pelo menos, de forma extensiva e pragmática, como fosse talvez esperado pelos pesquisadores mais ávidos e sustentados pelo âmbito da prática tradicional.

Se analisássemos atividades políticas suas nos últimos vinte anos, teríamos uma indicação do escopo das lutas contra a totalização e objetificação do sujeito. Mas nestas lutas ele tem sido um cidadão como qualquer outro, não reivindicando direitos especiais para si, nem qualquer relação direta e privilegiada entre o seu trabalho intelectual e suas ações^{30:47}.

No entanto, defendemos neste estudo a perspectiva da potencialidade dos pensamentos produzidos por Foucault e sua conseqüente habilidade em provocar incômodos, inquietações, problematizações. É no encontro com demais realidades que podemos construir outras formas de compreensão de se fazer o mundo e de se construir sujeitos, como a exemplo, inclusive, no âmbito das mulheres.

4.4 O que é ser mulher?

Partindo das contribuições foucaultianas quanto à questão do sujeito, ao falar das mulheres, uma singularidade acaba sendo abordada nesse processo. Com base nesse cenário,

as leituras de cunho feminista contribuem veemente na construção de uma nova perspectiva em relação ao sujeito mulher.

Como mencionado, não é intuito deste trabalho se aprofundar na temática do feminino em si, mas, sobretudo, compreendemos que as distintas questões dos feminismos estão aqui inseridas, atravessando cada página escrita. Em se tratando deste ponto, além da relevante contribuição às discussões referentes ao “o que é ser mulher?”, atribui-se a Beauvoir¹⁸ o pioneirismo quanto à postulação do construtivismo dos estudos de gênero.

Embora a análise da estudiosa Judith Butler no tocante à obra da autora “*O segundo sexo*”, datada de 1949, sinalize uma ambiguidade – gêneros como concomitantemente “escolhidos” e “construídos culturalmente” – entende-se que Beauvoir tenha antecipado o percurso que boa parte dos movimentos feministas e dos estudos de gênero aprofundariam posteriormente³³.

Fiel à sua concepção existencialista, ao afirmar que ninguém nasce mulher, mas se torna uma, Beauvoir aponta que as mulheres, assim como qualquer ser humano, deveriam se definir primordialmente e de modo singular como liberdade autônoma. Entretanto, ao se tratar das mulheres, isso se tornaria um dos seus grandes paradoxos. Pois se de um lado haveria reivindicações básicas referentes aos seus direitos enquanto seres humanos, de outro o mundo do homem acabaria lhe impondo outra função: assumir-se enquanto o Outro, sendo este um objeto³⁴.

De fato, podemos destacar mudanças nessa relação homem e mulher ao tomar como referência o cenário contemporâneo. No entanto, essas mudanças necessitam de mais artifícios para a sua efetiva institucionalização, tendo em vista que muitos movimentos contrários ocorrem de distintas formas, sejam elas explícitas, e pior, sejam elas implícitas.

Ao analisar os sujeitos mulheres, Marisa Forcina³⁵ parte da noção de sujeito, não no sentido metafísico como historicamente reconhecido e também rebatido por Foucault. Dessa forma, desvincula-se da tradicional desagregação adotada pelo debate político feminista. Segundo a sua visão, além daquele ter dividido o sujeito-masculino do objeto-feminino, pautado pela recusa de toda e qualquer construção do dito mundo dos homens, também considerou como ultrapassada toda e qualquer questão referente à subjetividade, pois partia-se do pressuposto que aquela coincidia com o pensamento patriarcal.

A autora não tem como intuito defender uma passagem da mulher enquanto ser assujeitado para um ser sujeito, inclusive por defender que essa visão de um progresso linear e construtivo é falsa. Na sua visão, as mulheres não se tornam sujeitos somente quando vivem em clima de autonomia ou quando se vêm reconhecidos os seus direitos. “Somos sujeitos com

base e enquanto estamos de acordo em estabelecer relações constitutivas e construtivas com os outros e com nós mesmos. Este é o sentido que a nova subjetividade feminina, consciente de si, atribui à política”^{35:9} ^{XVI}. Inclusive, como diria Foucault, o modo de vida é a experimentação de uma pólis, ou seja, de uma política.

Para sustentar seu argumento, Forcina³⁵ direciona-se ao corpo, defendendo que mais que uma definição baseada no biológico e na natureza, ele seria uma expressão da cultura. A questão apontada é que talvez a noção de corpo da mulher tenha sido trabalhada de forma excessiva no decorrer da história, pautada sob aspectos meramente de submissão e de reprodução. Ao partirmos desse entendimento abordado pela autora, podemos inferir que tal ação possa ter ocultado ou impossibilitado visibilidades quanto à potência do corpo da mulher e conseqüentemente de si mesma.

Nesse sentido, a autora propõe “alinhar os corpos a uma real e concreta pertinência de si, construindo uma outra linguagem do corpo, portadora de valores diversos e não daquelas tradicionalmente presas em papéis, que veem uma subordinação igualmente tradicional da mulher”^{35:13} ^{XVII}. Mas como tal ação se concretizaria? Nesse ponto, ela ressalta que, em vez de pensarmos em uma vida autêntica e universal^{XVIII}, seria mais prudente pensar a diferença como estratégia de construção de uma nova identidade.

A identidade, então, por ser um instrumento heurístico indispensável para a consciência de si e do mundo, e pela orientação de si no mundo, muitas vezes, pressupõe condições de homogeneidade e de igualdade, centradas sobre uma natureza humana biologicamente entendida e naturalmente definida. Sobre este fundo comum crescem e se sedimentam os estereótipos, mas isso acontece porque não se deixa qualquer espaço para a pluralidade, a contingência e a diferença, que são as características mais próprias da “condição humana” e da vida política^{36:12}.

A partir deste exposto, a autora reconhece um poder duplo da identidade. Se por um lado, poderia ser compreendida enquanto um princípio homologado; por outro também pode ser fecundo, quando se abre espaço para as contingências, as pluralidades e as

^{XVI} “*Siamo soggetti in base e in quanto siamo in grado di stabilire relazioni costitutive e costruttive con gli altri e con noi stessi. Questo è il senso che la nuova soggettività femminile, consapevole di sé, attribuisce alla politica.*” Tradução nossa.

^{XVII} “*di conformare i corpi a una reale e concreta significanza di sé, costruendo un altro linguaggio del corpo, portatore di valori diversi e non di quelli tradizionalmente imprigionati nei ruoli che vedono un’altrettanto tradizionale subordinazione della donna.*” Tradução nossa.

^{XVIII} Em suas palavras, uma vida autêntica e universal seria um mesmo modo de vida aplicado a todos. Mas como tal, haveria uma certa contradição em termos: “pois a autenticidade remete a concretização de si (*autos-entitas*), ao contrário da universalidade que remete a uma abstração, mediante o qual um impessoal uno reassume em si a pluralidade do vivido”^{35:65} Tradução nossa. “*in quanto l’autenticità rimanda alla concretezza del sè (autos-entitas), al contrario l’universalità rimanda all’astrazione, mediante la quale un impersonale uno reassume in sé la pluralità dei viventi.*”

diferenças. No tocante a estas últimas, compreende como sendo um princípio que se coloca em relação entre “o plano do vivido e das relações na pluralidade da condição humana e de sua experiência”^{36:13}.

Destacamos aqui que, ao reconhecer a duplicidade da identidade, a autora abre precedentes para se pensar em uma amplitude do conceito. O que remete a fazer uma associação ao que o próprio Foucault sinaliza como uma distinção: uma coisa é aquilo que as relações de poder constroem sob uma forma de uma identidade, outra completamente diferente é pensar o modo pelo qual a subjetividade se apodera das relações de poder e constrói uma relação consigo mesma.

Ao falar da identidade, Foucault compreende a importância de determinados grupos^{XIX} se afirmarem a partir dela até certo ponto, mas que, em longo prazo, não seria necessário realizar questionamentos quanto a ela. Na verdade, propõe o exercício de se desvincular de qualquer ação que se conecte a identidade, pois essa seria uma forma de enquadramento limitante estabelecida pelo sistema dominante.

A identidade é útil enquanto for somente um jogo, um procedimento para manter relações sociais e de sexo/prazer que criam novas amizades. Mas se a identidade se torna o problema de nossa existência sexual e se as pessoas acham que elas devem “descobrir” a sua “identidade própria” e que essa deve se transformar na lei, no princípio e código de suas existências; se a sua questão perene for: “Será que isto está de acordo com minha identidade?”, nesse caso eu acho que elas voltarão a um tipo de ética muito próxima da antiga virilidade heterossexual. Se nós tivermos que nos reportar à questão da identidade terá que ser de nossa pessoa única. Mas as relações que devemos manter conosco mesmo não são de identidade, mas sim de diferenciação, criação, inovação. É muito tedioso ser o mesmo. Não devemos excluir a identidade se ela dá prazer às pessoas, mas não devemos concebê-la como uma regra universal^{28:739}.

Neste ponto, Bacelar²⁰ sinaliza que apesar desse pronunciamento de Foucault, o filósofo não tematizou nem mobilizou nenhum conceito sobre a subjetividade corporal que lhe possibilitasse se contrapor a dita forma moderna de sujeito^{XX}. Críticas ao filósofo quanto a

^{XIX} Nesse ponto, Foucault se referia à constituição dos movimentos gays no século XX tomando como referência a questão da identidade sexual e tentando demonstrar a importância primordial de se evitar os obstáculos decorrentes dos processos da identidade, da individualização e da naturalização a eles corriqueiramente correlacionados²⁹.

^{XX} A partir de uma perspectiva foucaultiana, Jana Sawicki³⁷ evidencia o uso da obra do filósofo como uma caixa de ferramentas – no sentido de somente usar aquilo que seria útil e descartar todo o resto –, ressaltando que uma das metas dos estudos dele seria “aliviar o sofrimento humanamente produzido, associado a processos de ‘normalização’, ou aquilo a que ele em última instância referiu-se como ‘o governo da individualização’. Ele acreditava que essa abordagem crítica podia produzir efeitos (na forma de outras pesquisas genealógicas, bem como de ativismo político) que poderiam conduzir ao alívio do sofrimento – a tornar as vidas de algumas

questões identitárias também aparecem em Butler³⁸ ao se referir, especificamente, ao caso de um hermafrodita francês do século XIX – Herculine Babin (no nascimento, foi-lhe atribuído o sexo feminino, sendo posteriormente e legalmente obrigada a mudar o seu sexo para o masculino).

Segundo a autora, embora na obra *História da Sexualidade: Volume I*¹⁶, o filósofo tenha argumentado a coexistência da sexualidade e do poder, denuncia em Foucault a ausência do reconhecimento das relações de poder que condenaram e construíram a sexualidade de Herculine. “Na verdade, ele parece romancear o mundo dos prazeres de Herculine, que é apresentado como o ‘limbo feliz de uma não identidade’, um mundo que ultrapassa as categorias do sexo e da identidade”^{38:140-1}.

Neste sentido, o suposto negligenciamento do filósofo quanto às questões de gênero na produção das subjetividades – que, segundo Scott³⁹, são sempre atravessadas pelo gênero –, tornou-se a principal crítica feminista a sua obra^{40 XXI}. Entretanto, Michele Perrot⁴¹ sinalizará que as mulheres, em especial, a questão da histerização dos seus corpos, foi um dos conjuntos estratégicos trabalhados por Foucault em uma das primeiras publicações da obra “*História da Sexualidade I – A vontade de saber*”^{16 XXII}.

Por meio dos estudos foucaultianos, a autora reitera que foi pela sexualidade que as mulheres constituíram um objeto digno de problematização.

Histerização do corpo da mulher: tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização^{16:99}.

peças mais toleráveis”^{37:450}. Na perspectiva da autora, Foucault fornece ferramentas, problematizando as configurações presentes, não indicando, assim, certezas a serem seguidas³⁷.

^{XXI} Aliada a denúncia da construção de uma noção universalizante do sujeito a partir de uma realidade masculina. “O feminismo problematiza não só a teoria do sujeito, como faz Foucault, mas denuncia a noção universalizante do sujeito a partir do sujeito masculino, que desconsidera a multiplicidade da experiência feminina, que em sua forma particular de eroticidade, de racionalidade ou de suas práticas de resistência”^{41:54}. Apesar das críticas, reconhece-se que a incorporação das problematizações feministas aos estudos genealógicos foucaultianos é bastante enriquecedora.

^{XXII} O embate foi que ao se deparar com a tecnologia de poder pastoral do Estado, Foucault se dedicou ao aprofundamento desses estudos, elucidando a sua importância para a compreensão do processo de constituição dos sujeitos.

Contribuindo para o contraponto de questões como estas, Bacelar²⁰ destaca uma singularidade nos escritos foucaultianos, assim como, um desafio a seus leitores.

Não obstante, é possível garimpar em vários momentos da obra, quase nas entrelinhas, nos subentendidos de seu discurso, o que Foucault nunca dizia, mas que, no entanto, está presente naquilo que ele diz. Não redizer o que ele disse, mas tentar reconstruir, mediante referências esparsas, os “pressupostos” da crítica foucaultiana da modernidade, desvelando-lhe as intenções. Talvez haja em sua obra um sujeito em negativo que comande a negação do Sujeito^{20:28}.

Em relação a essa problemática e de modo curioso, o autor sinaliza que a questão da diferença parecia ser o argumento principal da crítica foucaultiana. Como incentivo à discussão, Bacelar²⁰ se refere a um elogio feito por Foucault a Gilles Deleuze no tocante a uma das obras deste, no qual o filósofo em questão pontuava a importância das diferenças na constituição dos sujeitos, sendo elas compreendidas tanto por aquilo que os atravessavam quanto pelo que os dispersavam. No entanto, ao mesmo tempo, denuncia que especificar em que momento Foucault fundamentaria esse conceito em sua obra seria, provavelmente, uma tarefa impossível de se realizar.

Como estratégia para fundamentar seu posicionamento quanto à problemática da identidade e das mulheres, Forcina³⁵ recorre à filosofia da diferença, sendo essa uma de suas relevantes contribuições. Partindo do pressuposto que a filosofia da diferença postula que a construção das cadeias lógicas prescinde do princípio da igualdade⁴², a autora sinaliza que,

pensar a diferença não é pensar o reverso da igualdade, não é pensar a oposição ou a superação da oposição na reciprocidade da identidade bem estruturada, mas é pensar outra identidade. Por isso na política a diferença não se opõe a igualdade, mas se põe ao contrário, em uma própria direção política de uma igualdade antilinear. Por outro lado, devemos deixar claro que diferença não é diversidade, ou seja, que se opõe a alguma coisa do outro, mas é aquilo que é irredutível a qualquer identidade, que não pode ser utilizado como manifestação de linguagem pura e originária e que, em vez, manifesta-se somente como “sinal” e “marca”^{35:70-1 XXIII}.

^{XXIII} *“pensare la differenza, non è pensare il rovescio dell’uguaglianza, non è pensare l’opposizione o il superamento dell’opposizione nella reciprocità di identità ben strutturate, ma è pensare oltre l’identità. Per ciò in politica la differenza non si oppone all’uguaglianza, ma si pone semmai, invece, proprio nella direzione di un’uguaglianza antilivellatrice. Inoltre, dovrebbe essere ormai palese che differenza non è diversità, ossia ciò che si oppone a qualcosa d’altro; ma è ciò che è irriducibile a qualsiasi identità, ciò che non può essere attinto come manifestazione di linguaggio puro e originario e invece si manifesta solo come “traccia” e “segno”*. Tradução nossa.

Interessante é pensar que a partir da perspectiva da filosofia da diferença, especialmente trabalhada por Deleuze⁴², vemos a importância do artefato relação com o Outro para o processo da construção de si.

Nada aprendemos com aquele que nos diz: faça como eu. Nossos únicos mestres são aqueles que nos dizem “faça comigo” e que, em vez de nos propor gestos a serem reproduzidos, sabem emitir signos a serem desenvolvidos no heterogêneo. Em outros termos, não há ideomotricidade, mas somente sensório-motricidade. Quando o corpo conjuga seus pontos relevantes com os da onda, ele estabelece o princípio de uma repetição, que não é a do Mesmo, mas que compreende o Outro, que compreende a diferença e que, de uma onda e de um gesto a outro, transporta esta diferença pelo espaço repetitivo assim constituído^{42:31}.

Entretanto, apesar de recorrer à filosofia da diferença e da relevância dada a compreender a identidade a partir das diferenças, ainda vemos nas discussões trazidas por autoras de cunho feminista certa ambiguidade representada na negação/afirmação da identidade por meio da afirmação da diferença sexual. O que, de certa forma, não é algo exclusivo dessas linhas de pensamento em questão, mas um paradoxo presente tanto em estudos de cunho feminista quanto em diversos outros de perspectivas afirmativas de concepção de sujeitos.

Sobre essa questão, Forcina³⁵ sinaliza talvez uma alternativa. Ao se referir ao pensamento da diferença sexual, proposta cuidadosamente trabalhada por parte do feminismo contemporâneo, enfoca a existência de uma transcendência não objetiva dos sujeitos mulheres, mas conscientes de uma relação participativa com o mundo, relação esta que se basearia nos princípios da liberdade autônoma, assim como pontuado por Beauvoir¹⁸.

Na perspectiva de Forcina³⁵, o pensamento da diferença sexual partiria do corpo para afirmar tanto um valor quanto uma dignidade. Além de se apropriar da memória, dos gestos reais e simbólicos que o poder dominante, por assim dizer, o poder patriarcal, ocultou durante décadas. Dessa forma, a partir da afirmação da diferença sexual, ter-se-ia a possibilidade de se construir uma história distinta daquela aprovada e aplicada pelo sistema dominante.

É a possibilidade real e operativa de interrogar e desmitificar o saber oficial no método, no percurso e na finalidade. É a possibilidade concreta de interrogar a ciência e revelar o arbítrio e a violência que se operou no confronto da natureza, e também do nosso próprio quiasma de natureza e cultura. É a possibilidade prática de reexaminar os lugares da política, onde, embora a recorrente metáfora do corpo político, própria da dimensão corpórea, e com essa dimensão feminina, foi expulsa. É a possibilidade de

reexaminar o valor da justiça por existir uma justiça que deve ser outra justiça^{35:72 XXIV}.

Neste ponto, fazemos uma ressalva quanto aos estudos de gênero contemporâneos. Ao se desvincularem da noção da distinção de cunho sexual, eles propõem possibilitar a ampliação de uma discussão crítica quanto à construção de subjetividades, discussão esta que ultrapassaria os muros reguladores que envolveriam o entendimento da sexualidade, que culminariam, por exemplo, em predeterminismos como a tríade sexo = mulher = mãe. No entanto, novamente questionamos: não se estaria diante da construção de novas posturas identitárias, sendo esta a sina dos estudos de cunho afirmativos?

Isso não quer dizer que não seja relevante desconstruir os espaços identitários dominantes que subjagam outras formas de existência, pois é necessário se pensar em outras formas. Apenas é interessante permanecer com esse questionamento em modo constante de sobreaviso para não se cair naquilo que se critica. Nesse sentido, é relevante destacar como esse paradoxo se construiu na relação entre a história do feminismo e do conceito de gênero.

Mariza Corrêa⁴³ ressalta que foi nos entremeios da relação entre os movimentos feministas dos anos setenta e o surgimento dos estudos de gênero dos anos noventa que o conceito de gênero passou a ser utilizado como sinônimo de mulheres. A estratégia utilizada teve como objetivo obter determinado reconhecimento desse campo de pesquisa em questão, tendo em vista que o termo “gênero”, por se aproximar mais da terminologia científica das ciências sociais, estaria desvinculado das percepções feministas, não tão bem quistas na sociedade daquela época³⁹.

Ao se referir ao cenário brasileiro, Corrêa⁴³ assinala que analisar a articulação entre feminismo e formulação do conceito de gênero se tornou extremamente significativo na medida em que,

nós, pesquisadoras, éramos também militantes e que, se nos desiludimos com algumas das crenças inscritas em nossas palavras de ordem, não foi porque nosso compromisso maior era com fazer ciência social, mas sim porque nosso compromisso maior era com a tentativa de compreender a sociedade brasileira, para mudá-la^{43:25}.

^{XXIV} “È la possibilità reale e operativa di interrogare e demistificare il sapere ufficiale nel método, nei percorsi e nelle finalità. È la possibilità concreta di interrogare la scienza e svelarne l'arbitrio e la violenza con cui ha operato nei confronti della natura, e anche di noi stesse chiasma di natura e cultura. È la possibilità pratica di riesaminare i luoghi della politica, dove, nonostante la ricorrente metafora del corpo politico, proprio la dimensione corporea e con essa la dimensione femminile è stata espulsa. È la possibilità di riesaminare il valore della giustizia per avere una giustizia che va oltre la giustizia.” Tradução nossa.

No entanto, Érica Melo⁴⁴ destaca que ambos, feminismo e gênero, ao trabalharem em nome das mulheres, acabaram destacando a mesma diferença que pretendiam recusar: a diferença sexual. Dessa forma, por meio da prática de uma militância identitária, a afirmação da diferença / desigualdade acabaria se traduzindo em reificação de dicotomias, separações e segregações. O jogo de poder ao qual, a partir da militância, tenta-se contrapor, permanece inalterado: não apenas rejeição do diferente, mas, sobretudo, “obsessão pela diferença”^{45:107}.

Dessa forma, permanece a primazia do uno que supostamente deveria se transformar em vários: mulheres⁴⁶. Partindo desse pressuposto, por que não pensar que o único princípio básico do uno seria justamente a diferença? Não no sentido das diferenças biológicas, e sim nas formas distintas de singularidades que constituem os diferentes tipos de sujeitos. Como mencionado, esse é um dos pontos críticos das teorias de cunho afirmativo, mas é necessário sempre ampliar possibilidades.

A própria Forcina³⁵ relembra que a ideia de democracia difundida pelos gregos já tinha em si um aspecto excludente, ao não considerar como cidadãos, por exemplo, mulheres e escravos. Na visão da autora, talvez ainda decorrente desse modelo excludente, a cidadania das mulheres funciona como um bode expiatório para nos mostrar as promessas e dilemas da ausência da atual democracia. Para a autora, a crise da representação das mulheres não seria uma questão de ausência do desejo delas de representar ou de serem representadas, mas uma denúncia de como a representação realmente se efetua.

Trata-se, portanto, de construir também uma cidadania feminina, e esta construção se delinea mais como uma atitude que uma ideologia. Trata-se de reconhecer uma outra forma de cidadania de acordo com o impulso criativo orientado criticamente no confronto com o sistema dominante, um confronto que possa mostrar a condição histórica do desenvolvimento deste sistema para além de seus paradigmas de referência que definam as orientações culturais e políticas atuais^{35:123 XXV}.

É importante ressaltar que não negamos que o ato de parir é da ordem do biológico e, como tal, podemos afirmar – pela potência das discussões feministas em torno da diferença sexual – que esse processo pode proporcionar às mulheres uma possibilidade outra de escrita da história. Mas é mais do que isso, até mesmo porque defendemos que o processo do parto e nascimento é uma das formas de produção e ressignificação do corpo.

^{XXV} “*Si trata, dunque, di costruire anche una cittadinanza femminile, e questa costruzione si delinea più come un’attitudine che un’ideologia. Si tratta di riconoscere un’altra forma di cittadinanza intesa come slancio creativo orientato criticamente nei confronti del sistema dominante, uno slancio che vuole andare oltre le condizioni storiche dello sviluppo di questo sistema, oltre i suoi paradigmi di riferimento che delineano gli orientamenti culturali e politici attuali*”. Tradução nossa.

Acreditamos que, dentro de todo esse processo, há uma pluralidade de resistências em exercício^{XXVI}. Assim, visualizamos que a possibilidade da desconstrução social e cultural sobre a maternidade – pontuados pelos estudos de gênero – podem vislumbrar outros caminhos para essa potencial ação. É preciso pensar epistemologicamente nas contribuições das distintas abordagens, e não somente nas suas dicotomias, respeitando, assim, os limites e alcances de cada uma.

Por opção metodológica e por acreditarmos que os estudos de gênero permitem uma significativa ampliação crítica para a existência dos corpos, por estes estarem em constante produção e transformação, este trabalho tende a evidenciar tais estudos. Entretanto, sempre valorizando a potencialidade presente nos distintos feminismos.

Compreender que esse sistema de imagens, representações e signos compõem o pensamento da lógica discursiva da identidade social dominante é fundamental para que os feminismos possam transformá-lo e abrir novas possibilidades de ser. Se entendemos que os feminismos abrem outras possibilidades de subjetivação e de existência para as mulheres, é necessário que levemos em conta a linguagem e o discurso, meios pelos quais se organizam a dominação cultural e a resistência. Não se trata de negar a “realidade” e a “experiência”, reduzindo-as à existência linguística, nem a ação social, ao determinar a “morte do sujeito”, como atacam os críticos do pós-estruturalismo, mas desconstruir essas noções consideradas pré-discursivas, apontando sua historicidade, como aponta Joan W. Scott (1991), em relação à noção de experiência^{48:31}.

No embalo de pensarmos sobre a noção de experiência – sendo esta mediada por um corpo – damos entrada ao segundo capítulo. Ao afirmarmos que o parto é uma das formas de produção dos corpos das mulheres, destacamos, em contraponto, distintas configurações de relações de poder presentes nesse cenário.

^{XXVI} Nesse sentido, ao levarmos em consideração a proposta foucaultiana sobre resistência, reafirmamos que ela somente ocorre em relação. É por dentro, por meio da vivência dessas estruturas que ela se exercita, que eclode, ou seja, na micropolítica das relações. Nesse sentido, podemos usar como analogia as contribuições de Suely Rolnik⁴⁷ quanto a uma análise dos movimentos políticos de esquerda. A autora pontua tanto aquilo que os promove, mas também o que os limita. Nesse bojo, pontua que as táticas de redução das ações da esquerda direcionadas somente ao plano do macropolítico – como a exemplo do lançamento de portarias ministeriais – torna-as insuficientes diante das novas estratégias de poder do capitalismo, sendo necessário também resistir micropoliticamente. Deste modo, por meio das relações e dos sujeitos a quem essas políticas públicas se direcionam⁴⁷.

5 SOBRE O CORPO, A GOVERNAMENTALIDADE E O ESTADO

Neste capítulo, propomos destacar as configurações de relações de poder presentes na interação entre o corpo da mulher, a governamentalidade e o Estado, a partir de contribuições foucaultianas e de autores que debatem sobre a temática.

De início, optamos por elucidar uma discussão enfocando a construção histórica sobre o corpo e a influência do Estado nesse processo, seguida de um breve panorama da RC. Neste ponto, elucidamos nuances inerentes ao seu processo de implantação e implementação, principalmente, sob a perspectiva de líderes de movimentos sociais de cunho feminista, a partir de entrevistas publicadas em sites jornalísticos, à época de sua criação^{XXVII}.

Por fim, refletimos sobre a possibilidade de outros olhares em direção aos corpos das mulheres. Esperamos, assim, que esta estratégia possa nos auxiliar para pensarmos criticamente em outras existências e compreensões acerca dos seus corpos.

5.1 Relações entre o corpo e o Estado

Com intuito de auxiliar na compreensão sobre como a noção de corpo foi construída no decorrer da história, inicialmente, recorreremos às contribuições foucaultianas no tocante às influências do Estado sobre este processo. Na obra *Em defesa da sociedade*, Foucault defende que o século XIX foi marcado pela tomada da vida pelo poder, o que em suas palavras seria “uma espécie de estatização do biológico”^{49:286}.

Para melhor compreensão, o autor nos remonta à teoria clássica da soberania, na qual o direito de vida e de morte seria um dos seus atributos essenciais. Nessa configuração, podemos dizer que a vida e a morte dos súditos dependiam da vontade do soberano, a quem cabia o exercício “de fazer morrer ou de deixar viver”^{49:287}. É importante ressaltar que, sob a forma moderna, esse direito somente estaria condicionado à defesa do soberano e à sua sobrevivência enquanto tal.

Entretanto, reforçamos que, neste mesmo século, foi vivida uma das mais relevantes transformações no direito político que veio complementar, e não substituir, o velho direito da soberania: “o direito de fazer viver e de deixar morrer”^{49:287}. Foucault afirma que

^{XXVII} No capítulo referente aos discursos das profissionais – produzidos através das entrevistas semiestruturadas descritas no percurso metodológico da tese –, trazemos informações mais técnicas quanto ao processo de implantação e implementação do Programa Rede Cegonha.

essas transformações se fundamentaram no âmbito dos mecanismos, das técnicas, das tecnologias de poder.

Com base nas elucidações foucaultianas, Giacoia Jr.⁵⁰ destaca que, apesar de o final do século XVII e, por conseguinte, o século XVIII terem sido marcados, na sociedade ocidental, por um tipo de poder característico da sociedade disciplinar, tem-se, no século XIX, o surgimento de outra grande tecnologia política: o biopoder. Ao frisar que uma tecnologia não substitui a outra, mas a integra, o autor define esse processo como “um ajustamento nas engrenagens do poder-saber, com seus consequentes jogos de verdade”^{50:293}.

O aspecto inovador do biopoder, que posteriormente Foucault define como biopolítica, é que, diferentemente da disciplina, a qual se direciona ao homem-corpo, aquele se dirige ao homem vivo, ao homem-espécie.

Logo, depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo da individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante, se vocês quiserem, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana^{49:289}.

O biopoder se ocupará necessariamente de um conjunto de processos, a exemplo das taxas de reprodução, da fecundidade da população e da proporção dos nascimentos e óbitos. Na perspectiva foucaultiana, quando aliados a uma diversidade de problemas econômicos e políticos, esses elementos constituíram-se como os primeiros objetos de saber e alvos de controle dessa tecnologia. Essa articulação do poder é tão marcante para Foucault que, na obra *História da Sexualidade I – A vontade de saber*¹⁶, ele reafirma seu posicionamento.

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois polos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos de vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo^{16:131}.

Se considerarmos que “o biopoder não normaliza, ele regulamenta, controla e gere a vida das populações”^{50:294}, então, destaca-se o modo como o corpo da mulher foi sendo medicalizado e educado em favor do gerenciamento da população. Baseando-se no

entendimento foucaultiano de que mesmo operando em esferas diversas, os exercícios de governar estariam localizados dentro do Estado ou da sociedade^{8 XXVIII}, reiteramos a atuação tanto do Estado quanto de distintos campos de saber, como a exemplo da medicina, sobre o corpo da mulher. Neste ponto, salienta Elisabeth Vieira,

A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar ideias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e consequente intervenção nesse corpo como estratégia social^{51:24}.

Por ser a mulher responsável pelo processo de gestar a vida e, por conseguinte, pelo dito futuro da população, foram criadas em torno dela responsabilidades pela saúde de seus filhos e de os tornarem bons cidadãos. Nesse sentido, Michele Perrot⁴¹ afirma que a sexualidade teria provocado uma medicalização dos corpos das mulheres e de seu sexo em prol de uma solidez da instituição familiar e da saúde da sociedade. Nesse entendimento, a família seria o permutador da sexualidade e da aliança. “Neste dispositivo, o corpo feminino é um cacife de poder, um lugar estratégico da esfera privada e pública, um ponto de apoio da biopolítica”^{41:70}.

Ao tratar da sexualidade, apesar do aspecto conservador da nossa sociedade em torno da temática, Foucault¹⁶ ressalta o modo como aquela auxiliou na constituição da sociedade enquanto tal, estando ela na encruzilhada entre corpo e população. Nessa concepção, a sexualidade dependeria tanto da disciplina (controle sobre a masturbação infantil, por exemplo), quanto da regulamentação (efeitos procriadores culminando em processos biológicos amplos que constituem a população).

Neste ínterim, frisamos que a valorização médica em torno da sexualidade no século XIX se deu pela posição privilegiada desta no tocante ao organismo e à população, ao corpo e fenômenos globais. No entanto, apesar da relevância da atuação da medicina nesse cenário, o emaranhado de instituições que discorrem sobre o corpo da mulher é extenso – a exemplo da religião, família, justiça, educação – sendo assim, ele está envolto por configurações de poder diversas.

Dizer que o sexo não é reprimido é ir de encontro a toda uma economia, ir de encontro a todos os interesses “discursivos”^{16:14} que a sustentam. Para contribuir na

^{XXVIII} Diante da sua relevância para a construção da pesquisa, o próximo tópico tratará da questão da governamentalidade foucaultiana.

compreensão sobre esses distintos poderes sobre os corpos, frisamos o posicionamento do filósofo:

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, os dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem, no entanto, ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e, no entanto, continuar a ser de ordem física. Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo. Essa tecnologia é difusa, claro, raramente formulada em discursos contínuos e sistemáticos; compõem-se muitas vezes de peças ou de pedaços; utiliza um material e processos sem relação entre si. O mais das vezes, apesar da coerência de seus resultados, ela não passa de uma instrumentação multiforme. Além disso seria impossível localizá-la, quer num tipo definido de instituição, quer num aparelho de Estado. Estes recorrem a ela; utilizam-na, valorizam-na ou impõem algumas de suas maneiras de agir. Mas ela mesma, em seus mecanismos e efeitos, se situa num nível completamente diferente. Trata-se de alguma maneira de uma microfísica do poder posta em jogo pelos aparelhos e instituições, mas cujo campo de validade se coloca de algum modo entre esses grandes funcionamentos e os próprios corpos com sua materialidade e suas forças^{23:28-9}.

Ao se remeter ao controle sobre o corpo, Barbara Duden⁵² se debruça sobre a história do corpo da mulher. Ela busca compreender o processo de autocriação e percepção da mulher sobre si mesma a partir de dois aspectos: o primeiro relacionado à interiorização de um conceito científico, e o segundo conectado às ativações da própria mulher via imagens tecnológicas. “Quero, por exemplo, saber como cheguei a um determinado nível hormonal e como aprendi a reconhecer as oscilações de tal nível. Na história do corpo pesquiso esta distância do meu corpo vivido”,^{52:17 XXIX}.

^{XXIX} “Vorrei per esempio sapere come sono arrivata a un determinato livello ormonale e come ho imparato a riconoscere in me le oscillazioni di tale livello. Nella storia del corpo cerco questa distanza dal mio corpo vissuto”. Tradução nossa.

Com essa perspectiva, ao tratar da gravidez vivida, Duden se interessa sobre os limites entre a experiência pessoal e os estados biológicos construídos estruturalmente em torno da gravidez e, por conseguinte, da mulher. A autora sinaliza, assim, zonas distintas de controle sobre o corpo. Duden denota o alcance do desenvolvimento tecnológico sobre os aspectos biológicos do corpo, o que implica no desencadeamento de um processo de anonimato do sujeito que porta um novo ser⁵².

Para isso, incita-nos a refletir sobre o uso das ultrassonografias gestacionais, na medida em que a partir do momento que o feto é localizado no ventre da mulher, esta perde sua centralidade enquanto ser social. Seu corpo vira público^{xxx} e a ela se torna um mero objeto desse novo sujeito. Nesse ponto, é notório o deslocamento da ação, no qual o sujeito mulher se torna objeto mãe em favor do sujeito filho, que ainda está em formação. É sobre esse olhar da sujeição da mulher diante da reprodução que diversos movimentos de cunho feminista se contrapuseram no decorrer da história⁵².

É relevante notar que, apesar das pautas das lutas feministas serem diversas, algumas se mostram constantes. Conforme Ana Paula Martins⁴⁸, o final do século XIX e início do século XX foram marcados por reivindicações de melhores condições de trabalho e conquistas dos direitos políticos. Na segunda metade do século XX temos os alicerces de uma construção de corrente teórica destinada a compreender as origens e as causas das desigualdades entre os sexos e, por fim, o surgimento de um feminismo mais contemporâneo conectado à questão da diversidade das mulheres.

Todas essas pautas se entrelaçam e se atualizam a partir de contextos históricos, sociais e políticos distintos, mas que se complementam. É interessante questionar os motivos pelos quais após tanta problematização em torno da nulidade da mulher frente à gestação de um filho, ainda assim, vemos mulheres parindo ou desejando parir. E esse parir não está estrito somente ao biológico em si, até mesmo porque existem várias formas de parir na atualidade (via inseminação artificial, barriga de aluguel etc.) Será que poderemos afirmar que as mulheres despertaram para as distintas potencialidades de sua existência e consequente ressignificação de sua “função reprodutora”?

Por outro lado, reconhecemos que, mesmo diante da existência de distintas formas de parir e de uma possível ressignificação da mulher em relação à sua dita “função reprodutora”, tal panorama não exime a permanência da normatização das mulheres pela

^{xxx} A autora feminista Colette Guilaumin defende que a ideia do corpo público da mulher está arraigada a uma apropriação da classe das mulheres pela classe dos homens, sendo essa sustentada por uma ideia de “natureza” das mulheres, a qual supostamente explicaria quem elas são. A partir dessa perspectiva, o corpo não se tornaria público pela gestação, pois ele já era em seu “princípio”⁵⁴.

Medicina e pelo Estado. Pois, mesmo nessas circunstâncias, temos a representação da mulher enquanto provedora da reprodução social, aliada ao desejo de algumas mulheres de se tornarem mães.

5.2 Questões quanto ao processo da governamentalidade

Ao tomarmos como referência a influência do Estado na questão do corpo e dos processos de governamentalidade trabalhados por Foucault, optamos por criar um tópico somente para este fim.

Ao aprofundar o modo de funcionamento do Estado, principalmente no tocante às suas distintas articulações, Foucault realiza uma discussão precisa sobre a arte de governar, registrado em um texto intitulado *A governamentalidade*⁸. Nessa perspectiva, amplia a noção do que seria efetivamente um governo. Para tanto, ele se vale de autores que se opõem à tradição maquiavélica e ressalta que a arte de governar também envolveria, dentre outras questões, governar uma casa, uma família, uma ordem religiosa.

Para o filósofo, apesar de parecerem observações terminológicas, os variados tipos de exercício de governo possuiriam uma relevante implicação política. Enquanto para Maquiavel o príncipe era, por definição, o único em seu principado, estando em posição de exterioridade, transcendência; para outros autores, a prática de governo seria múltipla na medida em que muitos poderiam governar: o pai de família, o pedagogo, o superior do convento. Haveria diferentes tipos de governo para os quais a gestão do príncipe em seu Estado seria apenas uma de suas modalidades⁸.

Como mencionado, ao fundo, a tese foucaultiana se apoia na ideia de que, mesmo operando em esferas diversas, os exercícios de governar estariam localizados dentro do Estado ou da sociedade. Assim, ao descrever a governamentalidade, Foucault atenta para a capilaridade do poder. Fala-se de exercícios, de configurações de relações de poder: do Estado em relação à população, da população em relação ao Estado, da população em relação a si mesma, dos sujeitos em relação a si próprios. Nesse sentido, há um exercício de governo sobre si. A partir desse entendimento, as mulheres para as quais as políticas de saúde são direcionadas possuiriam a arte de se autogovernarem^{XXXI}, sendo essa uma grande contribuição foucaultiana para a discussão⁸.

^{XXXI} A partir desse contexto, destacamos que o uso do termo governamentalidade – como associado ao exercício do governo dos sujeitos em relação a si próprios – sofreu alterações no percurso dos estudos foucaultianos, sendo

Foucault, entretanto, destaca que, apesar da existência de todas essas modalidades de governo que se cruzam no interior da sociedade e do Estado, há um modo específico que trata de definir qual a forma particular que se aplica a todo o Estado. Ele recorre, então, a La Mothe Le Vayer que aponta a existência de três tipos distintos de governo com formas específicas de ciência e de reflexão cada um: “O governo de si mesmo, que diz respeito à moral; a arte de governar adequadamente uma família, que diz respeito à economia; a ciência de bem governar o Estado, que diz respeito à política”^{8:280}.

Apesar de considerar que a política tenha a sua singularidade em relação à moral e à economia, o importante a se destacar é que essas artes de governar apresentam uma continuidade essencial entre elas, sendo estas, ascendente e descendente. Continuidade ascendente no sentido em que aquele que quer governar o Estado deve primordialmente saber governar a si, governar sua família, seus bens, seus patrimônios. Continuidade descendente na medida em que quando o Estado é bem governado, os pais de família sabem governar suas famílias, seus bens, seus patrimônios e, por sua vez, os indivíduos se comportam como devem. É na linha descendente que faz repercutir, na conduta dos indivíduos e na gestão da família, o bom governo do Estado, que nesta época já começa a ser denominado de polícia⁸ xxxii.

Ao trazermos outras perspectivas para a discussão da governamentalidade, Santiago Castro-Gómez⁵⁵ destaca que “qualquer narrativa da modernidade que não leve em conta o impacto da experiência colonial na formação das relações propriamente *modernas* de poder é não apenas incompleto, mas também ideológico”^{55:90}. Segundo seu entendimento, foi por meio do colonialismo que o poder disciplinar – caracterizador das sociedades e suas respectivas instituições – foi criado. Ao recorrer ao sociólogo Aníbal Quijano, afirma a existência de um dispositivo de poder gerador do “sistema-mundo moderno / colonial”^{55:91}, que se reproduz estruturalmente no interior de cada Estado nacional.

Seria por meio da colonialidade do poder que se justificaria a legitimação da espoliação colonial. Esta, legitimada por um imaginário, estabeleceria desmedidas diferenças entre colonizador e colonizado. A partir dessa compreensão, o colonizado seria como o “outro da razão”^{55:91}, o que justificaria o exercício do poder disciplinar pelo colonizador. “A maldade, a barbárie e a incontinência são marcas ‘identitárias’ do colonizado, enquanto que a

posteriormente denominado de governo de si. Entretanto, defendemos que tal alteração não impede o uso do termo governamentalidade para o fim supracitado.

^{xxxii} Ressaltamos que aqui polícia tem um sentido positivado, enquanto mecanismo de controle e vigilância sobre os corpos, e não um sentido negativo, como por vezes o atribuído à polícia na atualidade, como relacionada à arbitrariedade, ao desrespeito.

bondade, a civilização e a racionalidade são próprias do colonizador”^{55:91}. Por meio dessas contribuições, para esse autor, o conceito de coloniedade do poder, proposto por Aníbal, não somente ampliaria, como também, corrigiria o conceito de Foucault sobre o poder disciplinar. Tendo em vista que demonstraria que os dispositivos de controle trabalhados pelo Estado moderno se baseariam em estruturas mais amplas de poder.

Se tomada como referência essas supostas amplitude e correção do conceito, a biopolítica – entendida como um conjunto de tecnologias de poder-saber no qual a vida de cada ser humano estaria em destaque em relação à vida da população⁵⁶ – ganharia uma nova potencialidade. Dessa forma, a ideia de que haveria um processo de medicalização e educação dos corpos e do sexo das mulheres em nome da responsabilidade que elas teriam em relação à saúde de seus filhos seria pensada de um modo mais engenhoso e articulado de relações de poder.

Entretanto, questionamos: a partir da perspectiva foucaultiana, a mulher já não seria o outro da razão? E mais, não seria a potencialidade dos sujeitos em se autogovernarem uma alternativa de desvinculamento e ressurgimento de si? A partir destes questionamentos, apesar da relevância do assinalamento em direção a outras perspectivas, não se entende, neste estudo, que haveria uma correção do conceito foucaultiano sobre o poder disciplinar. Pois partimos do entendimento de que a fluidez do conceito e suas nuances já abarcariam certa amplitude na perspectiva de olhar distintas configurações de poder das relações que se constroem nos emaranhados dos discursos e das práticas.

Nesse sentido, trazemos como exemplo a autora Teresa de Lauretis⁵⁷ que, apesar de críticas quanto à teoria foucaultiana não ter se atido a questões de gênero⁴⁰, utiliza-se da ideia foucaultiana da sexualidade enquanto uma “tecnologia sexual”^{57:208} – produto de distintos discursos, epistemologias e práticas institucionalizadas – para pensar as tecnologias de gênero. Entretanto, corroboramos com o fato de que há modos diversos de se analisar os recortes históricos, o que é extremamente pertinente ao processo de produção de conhecimento e, por conseguinte, do modo de enxergá-los e trabalhá-los.

Ao recorrermos à atualidade, observações significativas quanto às políticas de saúde sobre o parto e nascimento carecem de destaques. Entendemos que, na medida em que elas sinalizam quais seriam os “melhores” modos de nascer – o que pode denunciar um caráter estritamente descritivo de práticas, sem desmerecer as relevantes ações quanto às potencialidades existentes nas mudanças da lógica materno-infantil – elas também acabam anunciando um protagonismo da mulher nesse processo. No entanto, possivelmente, pela influência do histórico de não pertencimento e percepção de seu próprio corpo, tal ação possa

soar como mais uma nova regra a ser seguida, como mais uma tecnologia do poder em ação sobre esse corpo da mulher mãe.

Isso nos remonta a questionar novamente sobre os processos de governo de si por parte da mulher nesse processo do parir e nascer. Fala-se em métodos não farmacológicos de alívio da dor (massagens, deambulação^{XXXIII}, banhos mornos), presença de profissionais qualificados no cuidado gestacional (enfermeiras obstetras, doulas^{XXXIV}), pesquisas de evidências científicas sobre os benefícios do parto normal, direito da mulher em escolher o seu parto, direito a acompanhante de livre escolha da mulher, contato pele a pele na primeira hora de vida do bebê^{XXXV 58:61}. Tais ações são de extrema relevância para a melhoria da assistência ao parto e nascimento, mas, por vezes, não se concretizam enquanto ferramenta de empoderamento^{XXXVI} dessa mulher.

Em que medida as mulheres têm poder de decisão sobre seus corpos? Escolher o modo de seu parto^{XXXVII} não significa necessariamente dizer que elas têm autogoverno sobre o processo. E não são somente pelas emergências que podem surgir em meio a um trabalho de parto – o que seria totalmente cabível a realização de intervenções médicas, vai mais além, é anterior a tudo isso. Às mulheres não foi dada a oportunidade do conhecimento e do autogoverno sobre si. Quando tais ações acontecem, essas mesmas mulheres correm o risco de esbarrar em paradigmas culturalmente estabelecidos de processos de dominação e controle que as relembram que seus corpos não são seus de fato^{XXXVIII}. Principalmente, quando associado a processos reprodutivos.

^{XXXIII} O ato de estimular que a gestante caminhe para acelerar o trabalho de parto⁶.

^{XXXIV} A palavra doula é oriunda do grego e significa “mulher que serve”. Atualmente, está relacionada à mulher que disponibiliza suporte físico e emocional às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal⁶.

^{XXXV} Parte dessas orientações consta no Manual de Boas Práticas publicado em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Manual apresenta uma classificação de práticas comuns na condução do parto normal, orientando os profissionais de saúde sobre o que poderia ou não ser realizado em determinados procedimentos. Ressalta-se que todas as orientações foram baseadas em evidências científicas.

^{XXXVI} Apesar de Foucault não trabalhar com este conceito, poderíamos pensá-lo por meio dos exercícios de poder praticados pelas mulheres, no tocante ao ponto de quando elas se apoderam de distintas configurações de poder e a partir delas produzem uma forma ser. Entretanto, frente à popularidade do termo na contemporaneidade e às possíveis distorções sobre o seu entendimento, recorreremos a Maurizio Lazzarato⁶⁰ quando ele se remete às feministas que intitulam por uma lógica e uma prática pós-identitária: “a construção de um pertencimento que já não significa designar ou ser designado por uma identidade, mas, muito pelo contrário, engajar-se num ‘devir’, que é *empowerment*, um devir capaz daquilo de que não seríamos capazes de outro modo^{60:147}”.

^{XXXVII} Neste ponto, destacaremos algumas terminologias: 1) parto natural (parto vaginal sem intervenções medicamentosas), 2) parto normal (parto vaginal com intervenções medicamentosas), parto cesárea (procedimento cirúrgico no qual é realizado um corte no abdômen e no útero para a retirada do bebê).

^{XXXVIII} Não podemos esquecer que dependerá de quais corpos estamos falando. Há discussões extremamente pertinentes realizadas pelos feminismos negros, que nos sinalizam que os corpos das mulheres negras não são tratados da mesma forma que os das mulheres brancas. Para maior aprofundamento na temática, sugerimos a leitura de “Mulheres, raça e classe” de Angela Davis, publicado em 2016 pela Editora Boitempo⁶¹.

Este percurso histórico e os destaques quanto à sexualidade das mulheres auxiliam a compreender como o Programa Rede Cegonha foi visto como um retrocesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres por determinados movimentos sociais de cunho feminista, principalmente frente à dificuldade de quebrar barreiras históricas quanto à percepção reducionista das mulheres enquanto figuras reprodutoras. Barreiras estas construídas tanto pelo Estado, quanto por concepções médicas e, inclusive, pela própria sociedade ao absorver a sexualidade como um tabu. Tendo em vista a polêmica criada em torno do referido programa algumas questões sobre esse assunto merecem destaque.

5.3 Nuances acerca da criação do Programa Rede Cegonha

A criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH) pelo Ministério da Saúde em 2003 teve como intuito provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde. Extinta em 2015, durante processo de mudanças políticas e estruturais no Ministério da Saúde, um de seus mais acentuados desafios se dirigiu para os distintos coletivos/equipes implicados nas práticas de saúde. A eles seria necessário superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder⁶².

Nesse contexto, entende-se por humanização a valorização dos vários sujeitos implicados no processo de produção de saúde⁶². Enquanto uma política transversal, a PNH se utilizava de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários. Baseando-se nesse discurso, a atuação da PNH no âmbito do parto e nascimento teve como um de seus campos de atuação o Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM / 2009-2011)⁶³.

As experiências do PQM posteriormente alicerçaram a concepção do processo de trabalho da RC, instituída no SUS por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 do governo federal:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis⁶³.

Conforme Martins e col.⁶⁴, o funcionamento do PQM e posteriormente da RC buscam criar condições políticas, institucionais e técnicas para mudanças de processos de trabalho. A RC, enquanto extensão do PQM, tem como principais focos de atuação: a qualificação da gestão e da atenção materna e infantil, a humanização do cuidado, a garantia de direitos das(os) usuárias(os) e a redução das taxas de mortalidade materno-infantil.

Ambas as iniciativas têm como proposta mudar a lógica de atenção do parto e nascimento até então vivenciada e cristalizada no modelo de assistência de saúde brasileiro, perspectiva esta ainda centralizada no molde hospitalocêntrico^{XXXIX} e que, por vezes, legitima práticas de caráter desumanizador. É imprescindível destacar dados alarmantes desencadeados por esse cenário, como a exemplo da taxa de mortalidade materna que gira em torno de 60 óbitos maternos para 100 mil nascidos vivos. Além dos 55,6% da taxa de cesárea, colocando o Brasil na posição da segunda maior taxa do mundo, perdendo somente para a República Dominicana (56%)^{XL}.

Para melhor compreensão do estudo, embora esta questão exija maiores explanações, destacamos, mesmo que brevemente, críticas de movimentos de cunho feminista quanto à criação da RC. O fato de ela ter sido colocada, pelo Ministério da Saúde, como programa central na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁶⁶ ^{XLI} foi um dos questionamentos mais acentuados por tais movimentos. Apesar da importância da implantação e implementação de programas de cunho público para as mulheres, a centralidade da RC – como principal programa da referida política – foi considerada um retrocesso para as políticas de gênero do país.

^{XXXIX} Este termo faz referência à centralidade do hospital no cuidado à saúde das mulheres gestantes e à significativa importância atribuída à figura do profissional médico, em contraponto a existência de propostas distintas. Nestas, este mesmo cuidado pode ser ofertado fora do ambiente hospitalar – em situações de baixo risco de saúde – e também com a presença de outros profissionais da saúde, como a exemplo da enfermeira obstetra.

^{XL} Aproveitamos para afirmar que a cesárea é um importante procedimento cirúrgico que pode salvar vidas. O que denunciemos é seu uso indiscriminado, podendo culminar no risco à saúde tanto da mulher gestante quanto do bebê. Como forma de fortalecer ações para diminuição das taxas de cesárea, o Ministério da Saúde lançou o Projeto Parto Cuidadoso em março de 2018. Dentre seus objetivos, temos a implantação de critérios para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas no decorrer do tempo em um mesmo hospital e entre distintos hospitais⁶⁵.

^{XLI} Criada em 2004, a PNAISM⁶⁶ tem como objetivos gerais: “i) Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; ii) Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; iii) Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde”^{66:67}. A PNAISM engloba ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo este criado em 1984 e que contemplou, de forma histórica, o ideário feminista na atenção à saúde, contrapondo-se aos tradicionais programas materno-infantis, que refletiam uma visão restrita sobre a mulher.

De início^{XLII}, temos a entrevista concedida a repórter do Blog Viomundo, em 05 de abril de 2011, por Telia Negrão⁶⁷ – cientista social e até então secretária executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Nela, a referida cientista social reafirmou o retrocesso em relação à criação do programa. Neste ponto, segundo sua perspectiva, a mulher deixou de ser o sujeito principal do evento reprodutivo com os pressupostos pontuados pela RC.

Do ponto de vista de atenção integral à saúde das mulheres, que é nosso paradigma desde a década de 1980, a Rede Cegonha é reducionista, um retrocesso nas políticas de gênero, pois as mulheres deixam de ser sujeitas principais no evento reprodutivo, de estar no centro do processo⁶⁷.

Evidenciamos que quando Telia Negrão⁶⁷ se refere à mulher deixar de estar no centro do processo, ela se remete ao fato de que o evento reprodutivo é muito mais abrangente que simplesmente a decisão de gerar e ter uma criança. Como ficam as mulheres que não desejam ou não podem ter filhos? Quais as opções efetivas de assistência para elas? Há uma discussão mais abrangente que envolve os direitos reprodutivos e sexuais^{XLIII} das mulheres que ultrapassam a lógica centrada na atenção materno-infantil.

Encadeada a essa discussão, outra questão marcante⁶⁸ foi quanto à Medida Provisória nº 557 de 26 de dezembro de 2011⁷¹ ^{XLIV} que instituiu o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna. Sobre a questão da mortalidade materna, alguns pontos necessitam ser abordados. Relevante destacar que embora a proporção da mortalidade materna brasileira tenha diminuído no decorrer das décadas, ainda assim, é notavelmente elevada se comparada a países mais desenvolvidos. Segundo informações do DataSus^{XLV} e notícia vinculada em matéria jornalística⁷⁰, a proporção da mortalidade materna no Brasil entre os anos 1996 a 2015 foi de 60 óbitos maternos para 100 mil nascidos vivos.

Levando-se em consideração os dados entre 2010 e 2015, houve redução de 12% – saindo de 67,9 para 60 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos. Entretanto, apesar de significativa, ainda é baixa se comparada à recomendação da Organização Mundial de Saúde

^{XLII} A partir deste momento, exporemos questionamentos em relação ao programa, tendo como base matérias jornalísticas sobre a temática publicadas próximo ao lançamento da RC. Não pretendemos com isto estancar a discussão nem levantar “bandeiras” ou “favoritismos”, mas expor diferentes posicionamentos e pensar criticamente sobre eles.

^{XLIII} Neste ponto, destacamos também as mulheres homoafetivas e seus respectivos desejos.

^{XLIV} Destaca-se que atualmente, a referida medida provisória está em desuso.

^{XLV} Informações disponíveis em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

– 20 mortes maternas para 100 mil nascidos vivos. Utilizando-se das contribuições de Diniz⁷¹, Cavalcanti⁷² refere-se à terminologia “paradoxo perinatal brasileiro” ao destacar a discrepância entre a significativa medicalização do processo do nascimento e o acúmulo de desenvolvimento tecnológico em contraponto às elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil. O que demonstra tanto a necessidade constante não somente da implementação e implantação de ações para a melhoria da assistência à saúde das mulheres gestantes, quanto da participação ativa de gestores, profissionais de saúde e controle social nesse processo.

Um significativo desafio brasileiro é que apesar da redução da taxa de mortalidade materna, ainda assim, estamos longe do parâmetro dos 35 óbitos maternos pactuados com a OMS nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁷³. O ano de 2015 marcou o fim das ações do ODM, entretanto a redução da mortalidade materna permaneceu na agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional por meio dos Novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Neles, o Brasil propõe alcançar a meta de 30 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, até o ano de 2030.

Retornando à Medida Provisória nº 557 de 26 de dezembro de 2011⁶⁹, segundo a matéria “Entidades Feministas repudiam MP de Nascituro” veiculada pelo Blog Viomundo⁶⁸, em 14 de janeiro de 2012, a medida foi considerada uma continuidade da RC. Compreendia-se, assim, que tal medida também postulava uma visão reducionista do papel da mulher enquanto mãe e reprodutora. Dentre seus pressupostos, a MP garantiria auxílio-transporte às gestantes atendidas pelo SUS e cadastradas no Sistema. Entretanto, os movimentos argumentavam que a divulgação dos dados das gestantes que receberiam o auxílio poderia propiciar o aumento do controle sobre essas mulheres e suas respectivas ações.

Além do interessante questionamento: como ficariam as mulheres não grávidas que não tem condições financeiras de se locomoverem para as instituições de assistência à saúde quando delas necessitassem? Pois, sim, apesar dos avanços do SUS, muito por conta da grande extensão territorial do Brasil e escassez tanto de recursos econômicos – também causados, dentre outros fatores, por desvios de verbas e conseqüente sucateamento da saúde – quanto humanos, ainda se têm muito presentes os chamados “vazios assistenciais”. Problemática esta de difícil solução, principalmente quando associada ao avanço das estratégias do neoliberalismo e tentativas de privatização da saúde como modo de resolver a questão. Tempos sombrios para uma política de assistência à saúde da população que se propõe universal e gratuita.

Em relação ao pretense controle postulado na MP sob as gestantes, segundo matéria produzida por Lilian Milena⁷⁴, da Agência Dinheiro Vivo, no site da GGN, em 12 de janeiro de 2012, ele foi visto como ato persecutório da MP, na medida em que as gestantes poderiam se sentir inibidas para interromper uma possível gravidez indesejada. De certa forma, defendia-se que essa ação daria margem à aprovação do Estatuto do Nascituro que, dentre outras questões, vislumbrava a criminalização do aborto^{XLVI}. Discussões extremamente delicadas e necessárias na sociedade brasileira, em que ainda a questão do direito ao aborto se mostra como um tabu. Sabemos que há uma relevante influência de concepções de cunho religioso que se mostram contrárias à realização do processo, no entanto, é necessário pensar criticamente sobre o aborto e nas distintas consequências de uma gravidez indesejada.

Neste segmento, destacamos críticas quanto ao direito sexual e reprodutivo das mulheres. Em entrevista já mencionada, Telia Negrão⁶⁷ alegou que a RC era de cunho restritivo se comparada à Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos⁷⁵, sendo esta já existente. Neste ponto, entendia-se que a primeira abarcaria somente às mulheres que queriam ter filhos, em contraponto a segunda que seria mais ampla. Nesse sentido, tendo em vista esse suposto recorte, poder-se-ia questionar de que forma o princípio da RC referente à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, pontuado em sua respectiva portaria, poderia ser trabalhado na prática, levando-se em consideração esse direcionamento materno-infantil.

Inclusive, a Rede de Saúde Feminista reivindicou ao Ministério da Saúde o retorno da proposta do Plano Integral de Saúde da Mulher (PAISM). De acordo com as colocações pontuadas por essa rede, tal plano já realizava significativas pontuações sobre as necessidades e possíveis melhorias na atenção à saúde da mulher. Ações estas consideradas mais amplas, e não conectadas necessariamente a questões maternas. Questões estas que ainda permanecem em aberto e no entrave constante de distintas opiniões. Pois assim como as demais questões, a atenção materna também necessita de um olhar mais apurado. Exemplos disso são os dados mencionados sobre a mortalidade materna, além dos casos de violência obstétrica presentes, infelizmente, em muitas das práticas de assistência à saúde.

Embora Thomas Laqueur⁷⁶ afirme que, baseando-se em evidências históricas, quase tudo que se refere ao sexo já contém em si uma reivindicação sobre o gênero, por muito tempo, o sexo feminino foi concebido como inferior ao sexo masculino. Sendo assim, ao tomar como referência essas críticas postuladas por segmentos de movimentos sociais de

^{XLVI} O Estatuto do Nascituro encontra-se em tramitação através do projeto de lei nº 478 de 2007.

mulheres, reivindica-se que ao restringir a mulher à função materna, a RC traz à tona novamente a função da mulher como reprodutora. Função esta debatida por autores como a exemplo de Elisabeth Badinter⁷⁷ que, quebrando todas as lógicas em torno da maternidade, afirma o caráter cultural do instinto materno em detrimento de sua concepção inata.

Essa mesma autora⁷⁷ salienta a importância dos movimentos feministas para a desconstrução histórica deste papel. Dessa forma, não soaria estranho que os movimentos se posicionassem contrários a quaisquer ações que remetessem a essa concepção específica e restritiva da mulher como reprodutora. Em posição de defesa ao programa, Rosamaria Carneiro⁷⁸ refere-se a Cecim e Cavalcanti^{XLVII} ao dizerem que, pela primeira vez na história do Brasil, a maternidade tornou-se um direito e reconhecimento de cidadania. Nesse sentido, não se trataria de uma imposição moral ou biológica da maternidade, e sim, do fato de uma política de saúde ter se tornado uma prioridade governamental.

Quanto às críticas de parte dos movimentos em relação à terminologia da Rede Cegonha e à construção social sobre o termo cegonha^{XLVIII}, esses mesmos autores apontam para outro direcionamento: “o termo cegonha vem atrelado à ideia de transporte, e não de gestar e de parir, cabendo, portanto, à mulher parir, mas, à sociedade, viabilizar o seu transporte e suporte”^{78:51}. De certo, por ser um programa de âmbito nacional, é razoável que apesar de sua relevância no campo das políticas públicas de parto e nascimento, ele esteja sujeito a críticas, principalmente por seu caráter universal. Entretanto, defendemos, neste estudo, que as possibilidades de repensar suas estratégias permaneçam em pauta constante, no intuito de que distintas necessidades sejam debatidas e atendidas.

Por fim, reafirmamos que a construção de espaços coletivos plurais, a garantia aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como o enfoque ao gênero são estratégias relevantes para oxigenar novas discussões com base em distintos focos. Entretanto, por si somente, não garantem mudanças nas práticas assistenciais. Apesar da importância de uma portaria ministerial que preza pelo repensar das lógicas de cuidado até então exercidas, é sabido que as práticas e discursos em torno do corpo feminino foram estrategicamente construídos ao longo da história. Sendo seu processo de desconstrução bastante árduo, mas não impossível.

A legitimação de determinadas áreas de conhecimento, como a exemplo da medicina, e inclusive, práticas de governamentalidade ditadas pelo próprio Estado foram

^{XLVII} A página referente à matéria foi excluída da internet. No entanto, tendo em vista a importância do discurso produzido, recorreremos ao material produzido por Carneiro⁷⁸ com base em sua leitura.

^{XLVIII} A cegonha seria aquela que traz os bebês para as suas respectivas famílias enroladas em um pedaço de pano fixado a seu bico. Nesta percepção, a mulher não teria nenhuma participação ativa no ato de gerar e parir seu bebê, caso este fosse seu desejo.

pensadas e exercitadas sobre o corpo da mulher. Dessa maneira, é notória a importância de destacarmos o caráter multifatorial que envolve essa discussão, principalmente para a compreensão de como esse corpo feminino foi construído e de como essa construção ainda influencia nas propostas pautadas pelas políticas públicas e seus programas, como a exemplo da Rede Cegonha. No entanto, acreditamos que esse corpo também é múltiplo e pode se refazer constantemente.

5.4 Por outros corpos das mulheres

Como mencionado, a presente pesquisa parte do corpo da mulher como campo de análise. Neste sentido, concebe-o como um recanto tanto da produção dos distintos discursos e práticas⁷ quanto dos espaços de tensão entre formas de sujeição e forças de experimentação¹². Pretendemos aqui ampliar a discussão em direção aos espaços que estão para além da alienação de si, promovida pelo modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento e que se torna recorrente nos discursos de distintos profissionais, de membros da sociedade e até das próprias mulheres^{XLIX}.

Se, como atesta Dagmar Meyer¹¹, educação e saúde são dois dos campos de conhecimentos e práticas que mais produzem, atualizam e repetem o que a mulher mãe é ou deve ser, então, a “autoridade científica” dessas instâncias revela significativas estratégias de naturalização e universalização de imagem e valores que as mulheres mães têm de si. Ao lembrar Duden⁵², haveria assim um processo de distanciamento entre a gravidez vivida e a gravidez postulada pelos mecanismos de poder e fortificada por meio dos instrumentais tecnológicos de acompanhamento da gestação, sendo estes contribuintes para esse processo de naturalização e universalização. Nesse entendimento, as políticas públicas e os programas decorrentes delas, como a exemplo da Rede Cegonha, mostrar-se-iam como instâncias de produção de corpos e identidades socioculturais.

Entende-se que as estratégias de naturalização e universalização se materializam, reiteram-se por meio de normas regulatórias nos corpos dessas mulheres, que por vezes desconhecem o próprio corpo que habitam⁷. Entretanto, é por meio das reiterações dessas

^{XLIX} O que demonstra o enraizamento de determinadas práticas e discursos construídos historicamente em torno do corpo da mulher, recaindo sobre ela – quando destituída de sua própria análise crítica – o desconhecimento em relação à possível potencialidade de seu corpo.

normas que o corpo também se reinventa, demonstra seus estranhamentos e seus modos distintos de ser.

A performatividade não é, assim, um “ato” singular, pois ela é sempre uma reiteração de uma norma ou conjunto de normas. E na medida em que ela adquire o status de ato presente, ela oculta ou dissimula as convenções das quais ela é uma repetição^{7:167}.

A partir de Judith Butler, Berenice Bento⁶ defende que é por meio dos estudos de gênero que podemos avançar na desnaturalização e na dessencialização das identidades de gênero. Por vezes, a mulher estranha esse corpo idealizado pelas políticas públicas de humanização do parto e nascimento. Ela já não o sente como sendo seu, percebe-o desconectado de sua própria realidade. Há transformações significativas – seu corpo mudou, as condições sócio-históricas nas quais ela está inserida mudaram. Nesse turbilhão, a mulher pensa e age sobre o que a afeta. Percebe-se um contínuo deslocamento das relações de poder que perpassam esse corpo, pois o poder não vacila, ele se desloca⁹.

Para transitar em tal campo, parece bastante congruente a estratégia de leitura adotada por Guacira Louro¹⁰ para quem antes de pretendemos “ler” os gêneros e as sexualidades tomando como referência os “dados” dos corpos, seria mais assertivo pensarmos tais dimensões como sendo discursivamente inscritas nos corpos e se expressando através deles. Nesse sentido, pensando em formas de gênero e de sexualidade que se fazem e se transformam histórica e culturalmente.

Não se pretende, com isso, negar a materialidade dos corpos, mas o que se enfatiza são os processos e as práticas discursivas que fazem com que aspectos dos corpos se convertam em definidores de gênero e de sexualidade e, como consequência, acabem por se converter em definidores de sujeitos^{10:80}.

Sobre os discursos e práticas enquanto definidores de sujeitos, Meyer⁷⁹ se vale de Marilyn Yalom para formular o que denomina de “politização do feminino e da maternidade”^{79:81}. A autora defende que, nas sociedades ocidentais, revivemos um posicionamento das mulheres mães no centro das políticas de gestão da vida, um reflexo da maior responsabilização sobre os projetos de vida de seus filhos, atuais ou futuros. Tal controle não foge ao processo de gestão de vida como biopolítica⁵⁶.

Mas ao mesmo tempo, vivemos um processo de (re)descoberta da vida dessas mulheres, nem que seja por meio de afirmações de direito.

Já não se espera mais o imperador dos pobres, nem o reino dos últimos dias, nem mesmo o restabelecimento apenas das justiças que se crêem ancestrais; o que é reivindicado e serve de objeto é a vida, entendida como as necessidades fundamentais, a essência concreta do homem, a realização de suas virtudes, a plenitude do possível. Pouco importa que se trate ou não de utopia; temos aí um processo bem real de luta; a vida como objeto político foi de algum modo tomada ao pé da letra e voltada contra o sistema que tentava controlá-la. Foi a vida, muito mais do que o direito, que se tornou objeto das lutas políticas, ainda que estas últimas se formulem através de afirmações de direito^{16:136}.

As leituras foucaultianas nos demonstram que os mecanismos de poder não se mostram uniformemente como algo negativo, enclausurador. Sendo assim, elas nos demonstram também outras formas de existência que vão se produzindo concomitante a sua atuação. Segundo Foucault, onde há poder, há resistência, ou melhor, resistências.

As resistências não se reduzem a uns poucos princípios heterogêneos; mas não é por isso que sejam ilusão, ou promessa necessariamente desrespeitada. Elas são o outro termo das relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irredutível. Também são, portanto, distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. Grandes rupturas radicais, divisões binárias e maciças? Às vezes. É mais comum, entretanto, serem pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irredutíveis^{16:106-7}.

Contribuindo com a discussão, Kátia Aguiar⁸⁰ destaca que indicar a importância da temática do poder na atualidade aparece, especialmente, como desmistificação da relevância dada ao Estado enquanto uma figura central de análise e no destaque à noção de governamentalização do Estado, no tocante às táticas de governo que permitem definir a cada instante o que compete ou não ao Estado. Para a autora, o que se coloca em questão não é a dominação efetiva de um Estado enquanto poder constituído, mas, sim, o seu determinismo. Principalmente, no fato de que somente nele se localize uma política que, na verdade, também lhe é constituinte.

Nesse âmbito, no qual as distintas configurações de poder se manifestam tendo em vista a sua dissociabilidade e fluidez, ao afirmar que toda sociedade precisa de um poder, Castoriadis⁸¹ distingue poder e Estado, alertando o leitor sobre a atuação limitada deste último.

Dado o que conhecemos da psique humana e das questões levantadas pelo processo de maturação da psique, haverá sempre necessidade de leis, de limitações coletivamente decididas do agir humano, que podem sem dúvida ser interiorizadas pelo indivíduo em curso de socialização, mas jamais poderão ser integralmente interiorizadas a ponto de se tornarem intransgressíveis, pois não teríamos uma sociedade de indivíduos autônomos, mas uma sociedade de autômatos. Portanto, haverá sempre um poder. Mas poder não quer dizer Estado. O Estado é uma instância de poder separada da sociedade, constituída em aparelho hierárquico e burocrático, que faz face à sociedade e a domina (embora não possa permanecer impermeável a sua influência). Tal Estado é incompatível com uma sociedade democrática. As poucas funções indispensáveis que o Estado atual cumpre podem e devem ser restituídas à comunidade política^{81:154}.

Nesse campo das distintas configurações de poder, vários atores sociais vão discutir a relação estabelecida entre Estado e sociedade, com o intuito de compreender algumas formas de articulação dessa sociedade, e a compreendendo como uma das peças fundamentais nesse jogo de táticas de controle, inclusive controle sobre os corpos. A partir das leituras realizadas, elucidações sobre a relação das mulheres com seus corpos, especialmente por meio da experiência do parto, começam a se delinear de forma mais concreta, auxiliando no desmonte dessas táticas de controle.

Se, como atesta Carneiro⁸², a mulher mãe estaria diante de um processo diferenciado em relação à sexualidade por meio da experiência do parto e nascimento, então, poderíamos dizer que um novo corpo estaria sendo produzido. Recorrendo-se a Adrienne Rich, Carneiro afirma que estaríamos diante de uma proposta de pensamento a partir do corpo, de um “corpo pensante”^{82:267}. A autoria dos discursos produzidos por esse corpo pertence a quem o sente e com ele se experimenta, reinventa-se. Como diria Foucault, “Meu corpo é como a Cidade do Sol, ele não tem lugar, mas é dele que saem e irradiam todos os lugares possíveis, reais ou utópicos”^{83:14}.

No embalo desse corpo que pensa e de onde saem diversos lugares, Luce Irigaray⁸⁴, ao ministrar uma conferência sobre a saúde mental das mulheres, questionou a ausência de homens na plateia. Segundo a autora, tal ausência seria um reflexo de como a questão da loucura das mulheres foi construída, pois, na verdade, as mulheres não eram ouvidas. Assim, parte do princípio de que tanto as ideias, os discursos, quanto os desejos, os sonhos não foram construídos pelas mulheres e, sim, pelos homens. Dessa forma, questionamos: Onde estão as mulheres? Seria possível construir uma nova história a partir da apropriação do corpo? A experiência do parto e nascimento poderia ser uma dessas portas de saída?

Baseada em uma influência psicanalítica, Irigaray⁸⁴ propõe uma recusa à submissão das mulheres a uma função abstrata de reprodução e de um papel social “assujeitado” regido, segundo ela, por uma certa ordem de divisão de trabalho: produtor x reprodutora. De acordo com a sua concepção, as mulheres não deveriam renunciar ao que são para serem mães, no sentido de que a mãe não deixa de ser uma mulher – de ter anseios, desejos, por exemplo – pelo fato de ter gerado um ser. Para isso, propõe uma reapropriação da função maternal, pois compreende que as mulheres sempre são mães desde o momento que já são mulheres, porém mães em um sentido mais amplo, não restritivo a ter uma criança.

Nesse sentido, a autora defende que as mulheres procriam e criam outras coisas além de outros seres humanos, como por exemplo: amor, desejo, expressão social, arte, linguagem, política etc. Entretanto, como essa criação foi historicamente negada às mulheres, seria preciso que elas se reapropriassem dessa dimensão maternal mais ampla, possivelmente, ainda não tão bem habitada por elas. Para isso, propõe um desafio: a criação de palavras, de uma linguagem que nomeie a relação ao mesmo tempo mais antiga e mais atual com o corpo da mulher mãe. Palavras estas que não fechem os caminhos ao corpo – como já realizado de modo significativo pela história – mas que falem através deste corpo. Dessa forma, para efeitos deste estudo, reafirmamos que a experiência do parto e nascimento seria um destes modos de criação de um novo modo de existir.

Seguindo as contribuições de Castro-Gómez⁵⁵, a sociedade estaria diante de um intrigante desafio. Conforme sua análise, o dito “fim da modernidade”^L sugeriria uma crise de um determinado dispositivo de poder que tinha como pressuposto compreender o outro por meio de uma lógica na qual as diferenças eram reprimidas. No entanto, tal crise não corresponderia a uma total debilitação da estrutura mundial pela qual tal dispositivo se operaria. Pelo contrário. O autor defende que a presente reorganização global da economia capitalista se sustentaria exatamente na produção das diferenças, “portanto, a afirmação celebratória destas, longe de subverter o sistema, poderia contribuir para consolidá-lo”^{55:87}.

Dessa forma, como se desvincular dessas novas configurações de poder? Como se recriar a partir das políticas públicas de humanização do parto e nascimento? Apostamos que é pelo corpo e pelas vivências deste, em especial, nas experiências do parto e nascimento, que

^L Sendo este compreendido como “apenas a crise de *uma configuração histórica do poder* no contexto do sistema-mundo capitalista, que no entanto assumiu outras formas em tempos de globalização, sem que isso implique no desaparecimento desse mesmo sistema-mundo”^{55:87}.

as mulheres podem se apoderar das distintas relações de poder que as cercam e escrever uma nova história de percepção de si, ou seja, de seus processos de subjetivação.

No embalo de levarmos em consideração os distintos discursos e linguagens das mulheres, respeitando suas respectivas historicidades e experiências, é que a proposta dos capítulos dos discursos (mulheres primíparas e profissionais) e das análises das entrevistas se construirá. Por meio das apreciações dos diversos modos de vida que se fazem por meio das resistências, das práticas de liberdade e dos sistemas dominantes que conduzem os processos do parto e nascimento, outros corpos se delineiam e se expõem ao mundo.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia trabalhada na pesquisa é de cunho qualitativo e se volta à análise dos discursos produzidos por mulheres primíparas e por profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha.

O objetivo central da tese foi analisar processos de subjetivação das mulheres por meio das experiências do parto e nascimento. Dessa forma, como estratégia metodológica, partimos dos discursos produzidos por elas como referência para a análise dos enunciados pelos profissionais. Por mais claramente que esse objetivo possa ser apresentado, ainda assim, é impossível isolá-lo das circunstâncias em que ele aparece: na política pública da Rede Cegonha.

Considerando que o processo de análise de uma política pública considera seus impactos e funções cumpridas por ela, busca determinar sua relevância^{LI}, analisar sua eficiência^{LII}, sua eficácia^{LIII} e a sustentabilidade de suas ações^{LIV} que servem como um meio de aprendizado para os atores públicos⁸⁵, este trabalho está ancorado no seguinte tripé, exposto não necessariamente nesta ordem:

- 1) análise do discurso jurídico-político da Rede Cegonha, ou seja, do discurso normativo e dos discursos dos profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher/Eixo Obstétrico;
- 2) referencial teórico foucaultiano como pano de fundo das análises (1 e 3), particularmente sobre os processos de subjetivação (resistência e sujeitamento) e sobre o biopoder; e
- 3) análise do discurso das mães primíparas que efetuaram o ciclo gravídico-puerperal no Programa Rede Cegonha e na rede privada de saúde.

6.1 Procedimentos metodológicos

A pesquisa qualitativa parte das expressões e atividades dos sujeitos em seus contextos, destacando sua particularidade local e temporal¹⁴. Nesse sentido, os pesquisadores

^{LI} Averiguar se ações, desenvolvidas por ela, são apropriadas para o problema enfrentado.

^{LII} Verificar se os produtos alcançados são gerados em tempo hábil, se o custo para tais produtos são os menores possíveis e se esses produtos atendem aos objetivos da política.

^{LIII} Avaliar a satisfação dos beneficiários das políticas com as ações governamentais, demonstrando que o Estado se preocupa também com a qualidade subjetiva de seus investimentos.

^{LIV} Capacidade de que seus efeitos positivos se mantenham após o término das ações governamentais na área foco da política pública.

qualitativos se atentam para o modo como a experiência social se constrói e produz significado.

Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores de investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado^{13:23}.

De posse dessa consideração, dezessete (17) entrevistas semiestruturadas foram realizadas, no período entre dezembro de 2016 e maio de 2017, com o intuito de qualificar e aprofundar a discussão proposta pela pesquisa. Os modelos dos roteiros das entrevistas estão disponíveis nos apêndices com as seguintes nomenclaturas: 1) Apêndice I – roteiro utilizado com as profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde / Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha; 2) Apêndice II – roteiro utilizado com as mulheres primíparas.

As entrevistas foram divididas em dois blocos. O primeiro bloco foi subdividido em: i) quatro entrevistas com puérperas primíparas, de raças e classes sociais distintas, maiores de 18 anos, com filhos(as) de até dois anos de idade, representantes do Distrito Norte de Saúde do município de Campinas / São Paulo e que realizaram acompanhamento de pré-natal e de parto no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma majoritária; ii) quatro entrevistas com puérperas primíparas que compartilhavam dos mesmos critérios supracitados, exceto que tivessem sido acompanhadas pelo sistema privado de saúde. O segundo bloco foi composto por nove entrevistas com profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha.

As entrevistas semiestruturadas assentam tanto perguntas abertas quanto fechadas, nas quais o entrevistado tem a deliberação de discorrer sobre o tema, sem necessariamente se conter apenas ao questionamento formulado⁸⁶. Isso justifica a pertinência de sua escolha nesta pesquisa, tendo em vista que se tratou de um contexto permeado por diversos sujeitos e diferentes configurações de poder, as quais necessitavam de uma maior liberdade e fluidez para o seu aparecimento e compreensão.

O tipo de amostragem elencado para a realização das entrevistas foi o “bola de neve”, que se define como um modo de amostra não probabilístico, no qual se faz o uso de cadeias de referência. “Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível

determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados”^{87:203}.

A execução desta amostragem parte, inicialmente, da leitura de documentos – como modo de obter informações sobre o campo – e / ou do acesso a informantes-chaves intitulos sementes. Esses têm como objetivo localizar pessoas com perfil adequado para a participação na pesquisa. Após esse momento inicial, postula-se que sejam solicitados às pessoas, indicadas pelas sementes, novos contatos condizentes com os critérios da pesquisa.

Por fim, o quadro de amostragem torna-se saturado quando não há novos nomes oferecidos ou quando os demais nomes encontrados não acrescentam novas informações ao quadro geral de análise. No caso desta pesquisa, foram utilizadas as duas estratégias citadas: primeiramente, leitura sobre o campo para, por fim, acessar os informantes-chaves. O quadro de amostragem foi saturado quando não houve mais nomes a serem indicados.

Em relação aos critérios, destacamos algumas observações. A escolha de serem púrpuras primíparas partiu do pressuposto da existência de uma memória primeira e única em relação à experiência do parto e nascimento, o que poderia possibilitar maior fluidez nos discursos, sem a interferência de outras experiências de parto. No tocante ao direcionamento do Distrito Norte de Saúde, optamos por esse recorte por esta ser a região atrelada à Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), à qual a pesquisadora se encontra vinculada, sendo essa uma das alternativas para ações de devolutiva de investimento público da área de educação, pautadas por um compromisso social das universidades públicas com a sua população adstrita.

O recorte social se encontra representado na escolha de mulheres de raças e de classes sociais distintas, atrelado ao cuidado ofertado tanto pelos serviços públicos quanto pelos serviços privados de saúde de assistência ao parto e nascimento. Partimos do pressuposto que os corpos das mulheres são compreendidos e trabalhados de formas distintas, a depender das práticas preconizadas nos espaços aos quais eles estão inseridos, ao que essas mulheres têm condições de arcar financeiramente pela assistência e as suas raças / cores^{LV}. Por essa razão, optamos por aquelas maternidades da região que, concomitantemente, tanto atendiam partos via SUS quanto via sistema privado de saúde.

^{LV}Infelizmente, apesar de vergonhosas, essas são práticas existentes no cenário brasileiro. Inclusive, seria ingênuo acreditar que, juntamente ao histórico de manipulação e submissão do corpo da mulher, a questão econômica não fosse um fator diferenciado neste processo. Com isto, não se afirma que a violência obstétrica seja algo presente somente nos serviços públicos, inclusive porque ela pode vir velada nos serviços privados, mas acreditamos que há sim uma relevante distinção nesse processo.

Por fim, em relação à idade limite de dois anos da criança, destacamos que essa é a faixa de idade preconizada pela portaria da Rede Cegonha para o acompanhamento inicial do desenvolvimento infantil. Após essa idade, a criança continua sendo acompanhada pelos serviços do SUS, mas referenciada a outros programas.

No tocante às profissionais da Área Técnica, foi utilizado o critério da escolha daquelas que, no momento da pesquisa, acompanhavam ou já haviam acompanhado diretamente as ações da Rede Cegonha pontuadas na Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher no Ministério da Saúde. A sugestão para a realização das entrevistas com profissionais que já não mais exerciam a função partiu das próprias técnicas, tendo em vista a relevância dessas profissionais para a história do programa^{LVI}.

6.2 Nuances sobre o acesso às pessoas entrevistadas

Pela proximidade pessoal da pesquisadora com a profissional^{LVII} que foi submetida à entrevista piloto, o convite para ela participar da pesquisa foi realizado via mensagens de um aplicativo de celular. Enquanto informante-chave, propôs o nome de algumas profissionais e entrou em contato direto com elas.

Após esse momento, lançamos o convite para cada uma tanto por e-mail quanto por mensagens de um aplicativo de celular. Ao passo do aceite, combinávamos dia e horário de melhor conveniência para elas para a realização da entrevista. Por conta das limitações dos custos financeiros e a questão territorial, todas as entrevistas com este grupo foram realizadas via Skype. A média de duração das entrevistas variou de uma hora a uma hora e 30 minutos. Reforçamos que elas somente foram realizadas após concordância dos participantes via confirmação escrita em e-mail eletrônico – os modelos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizados na pesquisa estão disponíveis nos apêndices: i) Apêndice III direcionado ao TCLE dos profissionais do Ministério da Saúde; e ii) Apêndice IV referente ao TCLE das mulheres primíparas.

^{LVI} Atualmente, vivemos no Brasil um processo intenso de mudanças político-econômicas, o que têm refletido em propostas de reformas nas áreas da Saúde, da Assistência Social, da Educação, da Previdência Social, do Trabalho, dentre outras em prol da “superação da crise”. No entanto, o que estamos vivenciando é um desmonte paulatino dos serviços públicos e dos direitos sociais garantidos por lei aos cidadãos brasileiros. Neste contexto, dentro da esfera do Ministério da Saúde, muitos das profissionais que participaram da criação da RC deixaram de exercer suas funções após mudanças governamentais oriundas da Presidência da República, por meio das quais, por iniciativa própria ou não, foram realizadas exonerações de importantes cargos.

^{LVII} Inclusive, foi ela quem sugeriu a utilização da amostragem “bola de neve” ao propor ser uma semente frente à indicação das demais profissionais.

No tocante ao acesso às mulheres primíparas, inicialmente pensamos que o contato poderia ser realizado via grupo de puérperas, tendo em vista que essa ação, teoricamente, poderia se encaixar como uma das alternativas para o acompanhamento realizado pelos Centros de Saúde às mulheres em situação de pós-parto e de seus bebês. No entanto, a partir do contato com os profissionais de referência dos Centros e inserção no campo, tal prática não foi percebida^{LVIII}.

Os profissionais alegaram dificuldade em reunir conjunta e mensalmente as mulheres para esse fim – inclusive, porque não havia um número fixo de usuárias –, ficando muitas vezes a cargo dos técnicos de referência o acompanhamento individual dos casos. Assim, fizemos uso de uma lista de usuárias elencadas pelos profissionais. Primeiramente, eles entraram em contato com as mulheres e, após a concordância delas, entrávamos em contato. Ao final das entrevistas, como poderia existir usuárias que, por alguma razão, não compareciam ao serviço, era solicitado a elas que indicassem mulheres gestantes da região.

Afirmamos que, pelo fato de a pesquisadora ter trabalhado diretamente como apoiadora institucional de serviços da Rede Cegonha pelo próprio Ministério da Saúde, o acesso aos profissionais foi mediado e facilitado por outros profissionais sem quaisquer impedimentos. Por este caso em questão, destacamos a importância da análise de implicação da pesquisadora nesse processo, tendo em vista que se, por um lado, tal acesso traz vantagens, como, por exemplo, acesso maior a determinadas informações, por outro, também pode apresentar entraves, como em relação às análises a serem produzidas. Ao tomarmos como base o campo da análise institucional, Gilles Monceau⁸⁸ traz considerações sobre o conceito de implicação.

Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não. Eu não tenho a possibilidade de decidir que não estou implicado na instituição universitária francesa, mesmo que eu possa ter posições bastante críticas, mesmo que eu queira tomar uma distância, eu sou tomado por essa instituição. Lourau tinha uma frase que eu guardo de memória porque ilustra bem essa ideia. Ele dizia: “*A instituição fala pelo ventre, falando por nossa boca*”^{88:21}.

Em outras palavras, o autor afirma que a implicação existe independente da vontade dos sujeitos. Como alternativa, propõe que se analise mais os modos de implicação –

^{LVIII} O que poderia ser visto como um importante analisador dos processos de cuidado em saúde ofertados pelos serviços do SUS. É sabido que o pós-parto é um momento intenso de mudanças, especialmente para as mulheres, sendo a depressão pós-parto uma das grandes preocupações. Os grupos de apoio de pós-parto poderiam funcionar como uma ferramenta de gestão do cuidado a essas mulheres a partir da sua captação em tempo hábil para possíveis acompanhamentos e intervenções.

sendo estes econômico, ideológico, organizacional, material, libidinal – do que necessariamente a sua quantidade ou existência. Dessa maneira, o que estaria em jogo seria a compreensão da relação estabelecida entre os sujeitos e as instituições, tendo em vista que a implicação possui efeitos que fogem ao conhecimento total dos envolvidos.

Como alternativa, René Lourau⁸⁹ defende que a implicação deveria ser estudada tanto individual quanto coletivamente. Entretanto, também assinala que tal atividade poderia ser bastante penosa, pois a sobreimplicação – sombra da implicação – poderia vir camuflada ao processo. Monceau⁸⁸ afirma que pelo conceito de sobreimplicação é possível compreender melhor o de implicação, tendo em vista que aquele seria uma impossibilidade de se analisar a implicação.

Conforme Lourau, “a implicação é um nó de relações; não é ‘boa’ (uso voluntarista) nem ‘má’ (uso jurídico-policialesco). A sobreimplicação, por sua vez, é a ideologia normativa do sobretrabalho, gestora da necessidade do ‘implicar-se’”^{89:190}. A partir desse entendimento, a sobreimplicação apresentaria aspectos de submissão a algo já estabelecido, sendo que os mecanismos existentes para tais submissões tanto poderiam surgir de forma explícita como implícita.

Quanto ao acesso às púérperas primíparas, ele se deu a partir de duas formas. No contexto do SUS, após autorização da pesquisa por parte da Prefeitura Municipal de Campinas (Anexo I), a coordenação do Distrito Norte de Saúde de Campinas indicou 4 (quatro) Centros de Saúde, representados por profissionais de referência para o contato. Após contato telefônico e algumas idas aos serviços, tais profissionais disponibilizaram os contatos de usuárias condizentes com os critérios da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em horários oportunos para as participantes, sendo feitas tanto nos respectivos serviços quanto nas residências das mulheres, quando de comum acordo. A média de duração das entrevistas variou de 25 minutos a uma hora, tendo em vista que as mulheres estavam com bebês e pausavam as falas para acolhê-los sempre que se fez necessário. Destacamos que as entrevistas somente foram realizadas após concordância dos participantes via assinatura do TCLE.

Ressaltamos que, dos quatro Centros de Saúde elencados pela coordenação do Distrito Norte de Saúde de Campinas, somente um deles não forneceu o contato das usuárias. No momento da realização do campo da pesquisa, a coordenadora de um dos serviços indicados estava de férias. A profissional responsável por substituí-la em todos os contatos realizados pela pesquisadora, tanto por telefone quanto pessoalmente, solicitava mais tempo para reunir as informações devido à quantidade de trabalho à qual estava submetida. Diante da

maior disponibilidade dos demais serviços, optamos por permanecer com as usuárias indicadas pelos demais.

No âmbito privado, foram convidadas mulheres primíparas que haviam realizado seus partos na Maternidade de Campinas ou na Maternidade PUC Campinas. Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) e da Secretaria Municipal de Campinas, aquelas atenderiam a partos tanto provenientes do SUS quanto de planos privados de saúde – sendo este um critério estabelecido. Diante da impossibilidade do acesso direto às mulheres via maternidades por questões institucionais, foi utilizada a estratégia de convite à participação da pesquisa por meio de redes sociais, em especial por uma comunidade virtual sobre parto humanizado^{LIX} bastante atuante na região de Campinas.

Algumas entrevistadas chegaram a indicar pessoas próximas que se encaixavam nos critérios da pesquisa, corroborando com a amostragem “bola de neve”. As entrevistas tanto foram realizadas nas residências das mulheres quanto via Skype^{LX}, a depender da escolha das entrevistadas. Reforçamos que somente depois da assinatura do TCLE (em caso presencial) ou por confirmação via e-mail (em caso de Skype), as entrevistas seriam iniciadas. Neste caso, houve três entrevistas realizadas por ferramenta virtual.

Ponto curioso em relação às entrevistas com as mulheres do SUS foi que, em alguns casos, foi necessária a ida por mais de uma vez na casa das usuárias, seja pela indisponibilidade no dia estipulado ou até mesmo pela desistência em participar (sem comunicação anterior à entrevistadora). Inclusive, em uma das situações, a usuária pediu para dizer que não estava em casa, fato confirmado por um integrante da família que veio mediar a situação, apesar de termos frisado a não obrigatoriedade em participar da pesquisa.

No caso das mulheres acompanhadas pelo sistema privado, tivemos um fato interessante. No momento em que divulgamos a pesquisa via rede social, logo ao final do dia, mais de uma mulher havia entrado em contato com a pesquisadora. Apesar dos critérios já estarem dispostos no convite, algumas que até mesmo não se encaixavam naqueles entraram em contato e se mostraram disponíveis a participar em outro momento. Isto nos leva a pensar que as mulheres querem falar sobre seus partos e suas vivências, destacando, de certa forma, como essa experiência foi marcante em suas vidas.

^{LIX} O grupo conta com mais de 3.700 membros escritos. Tem como proposta acolher gestantes, profissionais e ativistas da humanização do parto e nascimento, objetivando acolher aquelas mulheres que desejam ter um parto humanizado, sanar possíveis dúvidas e discutir sobre distintas possibilidades de equipes de assistência e situação dos atendimentos hospitalares em Campinas e Região. Mais informações acessar: < <https://www.facebook.com/groups/partohumanizado1/about/> > Acesso em: 26 jan. 2018.

^{LX} Algumas entrevistadas solicitaram que a entrevista fosse realizada via Skype por conta da logística com os bebês.

Quanto às questões institucionais, houve um fato analisador junto ao processo do acesso às maternidades. Segundo Lourau⁸⁹, o conceito de analisador refere-se aos acontecimentos reveladores e catalisadores, efeitos de uma configuração institucional que age sobre ela. São acontecimentos reveladores porque dissolvem o saber instituído, e catalisadores porque modificam as relações de força constitutivas das formas de representação instituída. Portanto, são manifestações que não estão em conformidade com o instituído e se encarregam da operação da análise, que não estaria a encargo do analista. Os analisadores são importantes dentro da perspectiva institucionalista, a qual não tem por pretensão construir um conjunto explicativo, mas, sim, apresentar os elementos de determinada conjuntura.

Pois bem, apesar da coordenação do Distrito Norte de Saúde de Campinas ter comunicado que a maioria de suas usuárias realizava os partos na Maternidade de Campinas, por conta dos critérios estabelecidos na pesquisa quanto ao SUS e planos privados, optamos pelas duas maternidades. Entretanto, de formas distintas, o acesso às mulheres via maternidades não ocorreu. Em se tratando da Maternidade de Campinas, foi realizada tentativa direta de visita à maternidade, porém necessitava de agendamento. Após tentativas por contato telefônico e e-mail, nenhuma resposta foi dada.

Quanto à Maternidade da PUC, após contato telefônico, um e-mail foi enviado e a resposta emitida foi que por conta da alta demanda das pesquisas e atividades realizadas pelos próprios alunos da instituição, temporariamente, o acesso de outros pesquisadores estava suspenso. Tais acontecimentos além de inerentes ao processo de uma pesquisa de campo – que lida mais diretamente com os imprevistos da realidade, exigindo um repensar constante das estratégias aplicadas – servem para pensar sobre as entrelinhas do processo. Por que o acesso direto às maternidades foi negado? Será que houve receio de se sentirem avaliadas, apesar deste não ser o objetivo direto da pesquisa?

É importante destacar que todo o processo da pesquisa em campo apenas foi executado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp – Campus Campinas através do CAE 61922916.5.0000.5404 (Anexo II).

6.3 Considerações sobre as análises

As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de discurso de base foucaultiana. Entretanto, antes de nos remetermos a considerações quanto ao delineamento sobre a análise dos discursos proposta por Foucault, é imperioso ressaltar, primeiramente, o que seria discurso.

Cesare Segre⁹⁰ sinaliza que os dicionários disponibilizam dois sentidos principais para a palavra discurso. O primeiro relacionado à exposição de determinado tema, sendo essa de forma escrita ou pronunciada em público, e o segundo relacionado ao ato de discorrer, ao ato de uma comunicação linguística. Segre afirma que “o <<discurso>> da primeira definição é produto do <<discurso>> da segunda definição”^{90:187 LXI}. Dessa maneira, primeiro ocorreria o ato de discorrer para depois as suas lapidações serem efetuadas.

Para falar de discurso, Patrick Charaudeau⁹¹ se remete, primeiramente, ao ato de linguagem. Para o autor, ele seria um encontro entre dois processos de produção e de interpretação, tendo em vista que depende dos saberes partilhados que circulam entre os protagonistas da linguagem. Tais protagonistas seriam o “EU, sujeito produtor do ato da linguagem e o TU, sujeito-interlocutor desse ato”^{92:613}. Os saberes compartilhados dizem respeito à dupla dimensão explícito/implícito do fenômeno languageiro.

Explícito no sentido do que é manifestado e implícito como referente ao espaço de sentidos múltiplos que dependem das circunstâncias de comunicação. Segundo Charaudeau⁹¹, esse fato confirma a assimetria entre o processo de produção e o processo de interpretação do ato comunicativo. Assim, destacamos que o processo de comunicação não é resultado de uma única intencionalidade.

A partir desse entendimento, é preciso tanto analisar as intenções declaradas do emissor quanto o que diz o ato de linguagem sobre a relação que liga o emissor e o receptor. Em outras palavras, deveríamos considerar não somente a intenção do sujeito comunicante como, também, qual ou quais sujeitos o texto faz falar. Em uma perspectiva semiolinguística, esse movimento de análise faz com que surjam os possíveis interpretativos⁹².

Charaudeau⁹² defende que, como qualquer comunicação linguística, há a passagem do abstrato (língua-código-gramática) ao concreto (fala-competência-performance), sendo esta constituída através de sons e sentidos em uma realização que pode indicar: i) o objeto efetivamente produzido; ii) o próprio fato de uma coisa ter sido realizada; e iii) o processo, isto é, a passagem do abstrato ao concreto.

No primeiro caso, falar-se-á de enunciados e de discursos – como uma sucessão de mais enunciados. Nesse sentido, um enunciado constitui uma entidade concreta, material, a relação de uma “frase”; e um discurso, a realização de um texto, ou seja, de várias frases. Dão-se, portanto, aqui, duas entidades concretas: o enunciado e o texto. No segundo caso,

LXI “El <<discurso>> de la primera definición es producto del <<discurso>> de la segunda definición”^{90:187}.

pode-se falar propriamente de enunciação, enquanto, no terceiro caso, de atividade linguística (atos linguísticos) preferencialmente.

Para Foucault, um enunciado não poderia ser definido enquanto uma unidade linguística, e sim, enquanto uma função enunciativa, que põe em jogo unidades diversas.

e essa função, em vez de dar um “sentido” a essas unidades, coloca-as em relação com um campo de objetos; em vez de lhes conferir um sujeito, abre-lhes um conjunto de posições subjetivas possíveis; em vez de lhes fixar limites, coloca-as em um domínio de coordenação e de coexistência; em vez de lhes determinar a identidade, aloja-as em um espaço em que são consideradas, utilizadas e repetidas. Em suma, o que se descobriu não foi um enunciado atômico – com seu efeito de sentido, sua origem, seus limites e sua individualidade –, mas sim o campo de exercício da função enunciativa e as condições segundo as quais ela faz aparecerem unidades diversas (que podem ser, mas não necessariamente, de ordem gramatical ou lógica^{25:129}).

A partir deste contexto, o filósofo defende que o enunciado pertenceria a uma formação discursiva. Sendo assim, podemos agora dar sentido a definição do “discurso”. Discurso, nas análises de Foucault, seria “um conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação”^{25:131}. Ao se remeter a uma análise mais detalhada do discurso, na obra “*A Ordem do Discurso*”⁹³, ele destaca aquilo que, por vezes, parece imperceptível nesse processo: o controle sobre a sua produção.

em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade^{93:9}.

Para o filósofo, na nossa sociedade, o conhecimento e a utilização dos procedimentos de exclusão, especialmente o de interdição, ocorre desde a década de 1870. Desde esse período, era sabido que não se tinha o direito de dizer tudo, de falar tudo em qualquer circunstância ou de qualquer um dizer qualquer coisa. Assim, ratificava-se: o tabu do objeto, o ritual da circunstância e o direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala. Essas problemáticas representariam o jogo dos três tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam, constituindo uma intrincada grade que não cessa de se modificar⁹³.

Foucault⁹³ ressalta os campos da sexualidade e da política como aqueles que exercem, de modo privilegiado, alguns dos poderes mais atemorizantes desta grade. Os discursos revelam sua ligação com o desejo e com o poder, na medida em que o poder não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo, mas aquilo que também é objeto de desejo. Conforme o filósofo, “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os

sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”^{93:10}.

De base desse contexto, propõe que, para analisar o discurso, em suas condições, seu jogo e seus efeitos, seria preciso optar por três decisões: i) questionar nossa vontade de verdade; ii) restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; e iii) suspender, enfim, a soberania do significante. Entretanto, para que isso ocorresse, tornava-se imperioso recorrer a determinadas exigências de método, que seriam as seguintes.

1) Princípio de inversão: ao lado dos ditos papéis positivos – como do autor, da disciplina, da vontade de verdade –, seria preciso reconhecer, ao contrário, o jogo negativo de um recorte e de uma rarefação do discurso.

2) Princípio de descontinuidade: não era pelo fato de haver sistemas de rarefação, que haja por baixo ou além deles um grande discurso ilimitado, ou um não dito ou um impensado que se deveria articular ou pensar. Pelo contrário, os discursos deveriam ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam, mas que também se ignoram ou se excluem.

3) Princípio de especificidade: não deveríamos transformar o discurso em um jogo de significações prévias. “Deve-se conceber o discurso como uma violência que fazemos as coisas, como uma prática que lhes impomos em todo caso; e é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade”^{93:53}.

4) Princípio da exterioridade: “não passar do discurso para o seu núcleo interior e escondido (...) mas, a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, passar às suas condições externas de possibilidade, àquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras”^{93:53}.

A partir desse olhar, seguimos para a análise dos discursos das mulheres primíparas e dos discursos das profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha. Neste momento, destacamos o modo como foi delineada a estruturação inicial para as suas respectivas análises. A inspiração para tal estruturação partiu da leitura de uma metodologia aplicada por Mary Jane Spink⁹⁴ em suas pesquisas no campo da Psicologia Social.

Spink⁹⁴ propôs a produção de mapas, sendo esta uma das técnicas iniciais para a análise de práticas discursivas. Os mapas se remeteriam “a um estilo de exploração de territórios que tem como pressuposto a existência objetiva de terrenos cujas características podem ser reproduzidas em imagens!”^{94:39}. De forma objetiva, os mapas seriam tabelas, nas quais as colunas se definiam por temas que eram reflexo do roteiro das entrevistas. No

entanto, essas colunas poderiam ser flexibilizadas, tendo em vista que os entrevistados, por vezes, traziam temas afins.

Na perspectiva da autora⁹⁴, os mapas teriam a capacidade de evidenciar o quanto às pessoas eram resistentes aos roteiros^{LXII}, considerando esse acontecimento como importante para o processo de análise, além de permitirem compreender a forma complexa como os diálogos se apresentariam em cada contexto. Com as devidas ressalvas metodológicas em relação ao modo interpretativo de como os discursos se apresentam – dentre outras que não cabem discutir aqui –, a utilização do mapa como um organizador de linha de pensamento foi uma ferramenta bastante interessante.

Dessa forma, foram produzidos três mapas, a saber: i) mapa das mulheres primíparas acompanhadas pelo SUS de forma majoritária; ii) mapa das mulheres primíparas acompanhadas pelo sistema privado de saúde; e iii) mapa das profissionais responsáveis pelo Programa Rede Cegonha. Para a construção das colunas, partimos de duas estratégias. A primeira foi que, como o objetivo do trabalho seria analisar os processos de subjetivação experimentados pelas mulheres em torno da experiência do parto e nascimento, vivenciada por meio dos seus corpos, compreendemos que era necessário visitar a trajetória de todo o processo gravídico, que envolvia desde o momento da descoberta da gravidez até o período do pós-parto.

A segunda estratégia compreendeu buscar na Portaria da Rede Cegonha o suporte para o acompanhamento de todo esse processo. Nesse sentido, chegamos aos quatro componentes organizativos da Rede Cegonha, a saber: i) Pré-Natal; ii) Parto e Nascimento; iii) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e iv) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Também foi constatado que cada componente continha um rol de estratégias a serem implementadas. Assim, as colunas foram montadas com base nessas estratégias, mais especificamente, naquelas que se destacavam nos discursos das mulheres, além de algumas considerações que auxiliaram a dar forma ao percurso vivenciado por elas.

Desse modo, as colunas do mapa das mulheres primíparas foram preenchidas com os seguintes temas: i) descoberta da gravidez; ii) número de consultas, realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, e acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno; iii) idealizações sobre o parto e vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; iv) visão sobre a assistência ao parto e Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas,

^{LXII} Ao nos alicerçarmos nos estudos foucaultianos quanto ao princípio da descontinuidade dos discursos, compreendemos que eles são práticas descontínuas, que se encontram, mas que também se repelem.

nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”⁹⁵; v) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; vi) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; vii) visão sobre parto humanizado; e viii) permanência ou mudança do tipo de parto realizado em experiência futura.

Por fim, como partimos do pressuposto de que é no corpo das mulheres que as práticas e discursos se inscrevem, influenciando, assim, em seus processos de subjetivação, adicionamos aos mapas pontos que abordassem essas questões. Foram elas: i) relação com o corpo; ii) O que é corpo?; iii) O que é ser mulher?; e iv) processos de subjetivação. Para melhor visualização, o modelo do mapa das mulheres está disponível no Apêndice V.

Destacamos que o mapa das mulheres primíparas acompanhadas pelo sistema privado de saúde sofreu uma pequena adaptação no item “realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção”. Por elas não terem sido acompanhadas pelo SUS, fizemos a equivalência do acompanhamento tomando como referência o médico particular das referidas mulheres.

No tocante ao mapa das profissionais responsáveis pelo Programa Rede Cegonha, tivemos uma peculiaridade. Diante de informações concernentes à implantação e implementação da RC e à importância de consolidarmos essas informações, mesmo que de forma breve, optamos também por dar forma aos discursos produzidos pelas profissionais sobre essa questão. Desse modo, o mapa das profissionais focou três pontos. O primeiro é referente à RC, no qual os temas das colunas foram: i) histórico; ii) objetivo; iii) estruturação; e iv) ações relevantes. O segundo é referente aos quatro componentes mencionados em sua portaria, sendo as colunas preenchidas por eles. O terceiro é referente às perguntas: i) o que é corpo?; ii) o que é ser mulher? – tanto na perspectiva do programa quanto na pessoal do profissional. O modelo do mapa das profissionais se encontra no Apêndice VI.

De posse das colunas elencadas, fizemos os recortes dos discursos relacionados a cada tema e preenchemos as colunas. Posteriormente, produzimos dois textos com base nas informações supracitadas: um centrado nas mulheres primíparas e outro centrado nas profissionais. Por conta do objetivo do trabalho, reforçamos que foram os temas destacados nos discursos das mulheres que subsidiaram os recortes realizados nos discursos das profissionais. Tais textos estão apresentados nos próximos capítulos e se intitulam: i) discursos das mulheres primíparas; e ii) discursos das profissionais.

Como base para análise dos discursos, recorreremos às contribuições foucaultianas no tocante aos processos de subjetivação, em especial, sob os conceitos de resistência,

sujeitamento e biopoder. Além desses conceitos terem sido trabalhados no corpo teórico da tese, eles foram retomados no capítulo das análises em si. Por hora, no próximo tópico, apresentamos quem foram as mulheres e as profissionais da RC entrevistadas na pesquisa.

6.4 Universo do estudo

6.4.1 Perfil das mulheres primíparas

Como mencionado, as entrevistas com as mulheres seguiram dois blocos distintos. O primeiro correspondeu a quatro mulheres que realizaram o acompanhamento do pré-natal e do parto pelo sistema público de saúde de forma majoritária. O segundo foi referente a quatro mulheres que realizaram o acompanhamento do pré-natal e do parto pelo sistema privado de saúde. Tais mulheres eram primíparas, de raças e classes sociais distintas, maiores de 18 anos, com filhos(as) de até dois anos de idade e representantes do Distrito Norte de Saúde do município de Campinas / São Paulo. Ao final, foi totalizado um quantitativo de oito mulheres entrevistadas, como nos mostram as tabelas abaixo.

NOME	IDADE	COR / RAÇA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA	IDADE DA CRIANÇA	PÚBLICO OU PRIVADO	TIPO DE PARTO
Esmeralda	29	Parda	Casada	Ensino Superior Completo	1 - 3 mil	< 1 mês	Público	Cesáreo
Jade	28	Parda	Casada	Ensino Médio Completo	1 - 3 mil	5 meses	Misto	Cesáreo
Rubi	25	Parda	Divorciada	Ensino Médio Completo	1 - 3 mil	4 meses	Misto	Normal
Safira	31	Indígena	Casada	Ensino Superior Completo	1 - 3 mil	< 1 mês	Público	Normal

Tabela 1. Mulheres primíparas acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde de forma majoritária.

NOME	IDADE	COR / RAÇA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	RENDA	IDADE DA CRIANÇA	PÚBLICO OU PRIVADO	TIPO DE PARTO
Cravina	30	Branca	Casada	Ensino Superior Completo	5-8 mil	3 meses	Privado	Normal
Dália	32	Branca	Casada	Ensino Superior Completo	> 8 mil	11 meses	Privado	Normal
Verbena	30	Branca	Casada	Ensino Superior Completo	3 - 5 mil	5 meses	Privado	Normal
Tulipa	33	Parda	Casada	Ensino Superior Completo	> 8 mil	< 1 ano	Privado	Cesáreo

Tabela 2. Mulheres primíparas acompanhadas pelo sistema privado de saúde.

Ressaltamos que, no decorrer das entrevistas, um novo cenário nos foi mostrado e fez com que adicionássemos o termo “de forma majoritária” aos acompanhamentos realizados pelas mulheres no SUS, assim como mencionado na Tabela 1. Foi percebido que duas das quatro dessas mulheres haviam realizado, no mínimo, uma consulta por plano de saúde ou por meio de pagamento particular. No entanto, os partos haviam sido realizados pelo Sistema Único de Saúde, o que nos fez colocar o termo “misto” no tocante ao seu acompanhamento.

Outro ponto a se considerar é em relação ao termo “sistema privado de saúde” utilizado na Tabela 2. Diante do que nos foi colocado durante as entrevistas, passamos a considerar por sistema privado de saúde tanto o plano de saúde quanto o modo de pagamento particular dos serviços. Isso pode incluir consultas, exames, procedimentos e até mesmo o parto. Nesse sentido, percebemos um fato: o pagamento particular pela exclusividade do profissional médico no momento do parto.

Tem se tornado uma prática corriqueira nos consultórios dos profissionais médicos a oferta do pagamento de uma taxa extra pela sua disponibilidade em um dos momentos cruciais da gestação: o parto. Por vezes, já nos primeiros contatos com os profissionais, essa informação é passada. Sendo assim, vemos mulheres fazendo o acompanhamento pré-natal via plano de saúde e o acompanhamento do parto via pagamento particular.

Os planos de saúde, assim como o sistema público, disponibilizam a lógica dos médicos plantonistas. Tal prática significa que, geralmente, o profissional que acompanhou as mulheres durante o pré-natal não será o mesmo no momento do parto. Tendo em vista a importância do vínculo, aquelas mulheres que podem arcar com esse custo financeiro têm optado por essa prática. Aquelas que por alguma razão não arcam com esses custos, acabam

caindo na lógica da “loteria do plantão”, na qual podem ser ou não atendidas por profissionais que respeitem as suas escolhas.

Para minimizar esse efeito da quebra do vínculo entre os profissionais que acompanham o pré-natal e as mulheres, a Rede Cegonha oferece como estratégia a visita antecipada das mulheres às maternidades, ainda quando acompanhadas pelos Centros de Saúde da Atenção Básica. Nessas visitas, é proposta uma apresentação da maternidade, de suas instalações e de seus profissionais, assim como de todos os passos a serem seguidos quando da admissão na instituição.

Apesar de não ser o ideal, ao se considerar o vínculo anteriormente construído entre o profissional e a mulher durante a gestação, destacamos a potencialidade da estratégia. Reconhecemos nela uma possibilidade viável frente à quase impossibilidade de se ter o mesmo profissional nos dois tipos de acompanhamento – pré-natal e parto.

Ao realizarmos uma comparação entre as Tabelas 1 e 2, podemos sinalizar pontos instigantes para análise. Primeiro, a faixa etária das mulheres em questão. Com variação de 25 a 33 anos, percebemos que as mulheres atendidas pelo SUS são abaixo dos 30 anos, enquanto as mulheres do sistema privado são acima desta faixa etária. Apesar de ambas estarem na faixa da idade fértil sinalizada pelo Datasus, 10 a 49 anos de idade, temos visto um acentuado aumento de mulheres grávidas após os 30 anos de idade. Período em que, teoricamente, haveria maior estabilidade profissional e financeira das mulheres.

Nesse sentido, trazemos o segundo ponto que seria a escolaridade. Na Tabela 1, temos metade das mulheres com o ensino médio completo e outra metade com ensino superior completo. Aquelas que têm somente o ensino médio completo são justamente as mulheres com a menor idade dentro da faixa etária sinalizada. Tal dado nos incita a questionar se não haveria uma correlação entre escolaridade, estabilidade profissional e maternidade.

Infelizmente, em nosso país, a maternidade é vista como um empecilho para a carreira profissional das mulheres mães, independente da sua condição financeira. Apesar de sabermos que há um peso maior para aquelas mulheres com menor poder aquisitivo, pois não têm com quem ou onde deixar as crianças. Dificuldade em pagar pelo serviço de babá, ausência de rede de apoio, escassez de vagas em creches são alguns impedimentos presenciados.

No tocante à questão econômica, vemos uma discrepância entre o poder aquisitivo das mulheres atendidas pelo SUS e pelo sistema privado de saúde. Se no SUS temos uma média que varia de 1 a 3 mil reais (variação entre um e três salários mínimos), temos, em metade das mulheres entrevistadas, no sistema privado, rendas que ultrapassam a 8 mil reais

(aproximadamente 8 salários mínimos). Tal fato pode substanciar algumas práticas exercidas por essas mulheres, como, por exemplo, a contratação particular do profissional médico ou de outros profissionais e serviços, como doula, acupunturista, aulas de yoga, enfim.

Associado ao poder aquisitivo, temos o recorte de raça/cor. Enquanto em três das quatro mulheres do SUS, a classificação de cor foi parda – sendo a outra mulher indígena –; nas mulheres do sistema privado, três das quatro das entrevistadas se intitularam como brancas e somente uma como parda. Isso nos leva a refletir se não estaríamos diante de uma amostra da divisão social legitimada pela cor e acesso a um determinado poder aquisitivo, tão recorrente em nosso país.

Como sinalizado, ter maiores condições financeiras possibilita o acesso a outros serviços que contribuem para experiências singulares em relação ao parto em si. Nesse contexto, a partir das tabelas, destacamos maior realização de partos normais no âmbito privado. Porém, ter um parto normal não significa ter um parto respeitoso, especialmente, quando a mulher não dispõe de condições financeiras para arcar com um parto particular. Este ponto será mais bem elucidado nos próximos capítulos.

Por fim, algo que também nos chamou atenção foi o fato de quase 100% das mulheres entrevistadas se denominarem casadas, sendo que somente uma das mulheres afirmou estar em processo de separação. Supostamente, tal ponto retrata a ideia da “família tradicional”, representada por uma figura masculina e outra feminina.

6.4.2 Perfil das profissionais do Programa Rede Cegonha

O bloco das profissionais do Ministério da Saúde responsáveis pela implantação do Programa Rede Cegonha foi composto por nove entrevistas.

De todas as pessoas que se encaixavam nos critérios, somente três não foram entrevistadas por incompatibilidade de agendas. Caso elas tivessem participado, teríamos entrevistado todas as pessoas que fizeram parte da gestão da Rede Cegonha na época da realização das entrevistas. Ressaltamos que a configuração atual das profissionais é distinta da época da realização da pesquisa de campo. Inclusive, a própria coordenadora não ocupa mais o cargo. A seguir, apresentamos os perfis das entrevistadas.

Todas as profissionais entrevistadas são mulheres, o que demonstra a presença absoluta delas na coordenação. Este fato nos remonta à importância da discussão de que as histórias das mulheres precisam ser produzidas e escritas por elas mesmas. Isso abrange tanto as profissionais da gestão das políticas públicas quanto às mulheres que delas fazem uso,

sendo, a essas últimas, designado um maior peso. A faixa etária do grupo em questão varia de 31 a 60 anos de idade, o que pode sinalizar uma pluralidade quanto às perspectivas de pensamento e vivências presentes na coordenação.

Ao tratarmos da escolaridade, vemos um grupo com formação preponderante na área da saúde, com exceção de duas mulheres com formação na área de ciências humanas e sociais. A qualificação profissional varia da especialização ao doutorado^{LXIII}. Com restrição ao cargo de coordenadora, todos os demais são cargos de assessoria técnica que concentram suas funções no acompanhamento e monitoramento das ações da Rede Cegonha.

^{LXIII} A qualificação das profissionais foi algo incentivado pelo Ministério da Saúde. Exemplo disto foi a oferta de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva vinculado a Fundação Oswaldo Cruz localizada no Rio de Janeiro / RJ.

NOME	IDADE	FORMAÇÃO	CARGO	FUNÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA REDE CEGONHA
Doris	31	Psicóloga e Mestre em Saúde Coletiva	Assessoria técnica da Coordenação de Saúde das Mulheres	Acompanhamento técnico da Rede Cegonha para os estados	Desde 2011
Erato	34	Enfermeira e Mestre em Saúde Coletiva	Analista técnica de políticas sociais e coordenadora adjunta da Coordenação de Saúde das Mulheres	Coordenação	Desde 2014
Penélope	59	Assistente social, Advogada e Mestre em Saúde da Mulher	Ex-Coordenadora Adjunta da Coordenação de Saúde das Mulheres	Coordenação e acompanhamento técnico da Rede Cegonha para os estados	2011-2016
Ceres	45	Enfermeira e especialista em Enfermagem Obstétrica	Assessoria técnica da Coordenação de Saúde das Mulheres	Acompanhamento dos processos formativos e de qualificação para a atenção obstétrica	Desde 2011
Atena	44	Psicóloga, Sanitarista e Mestre em Saúde Coletiva	Assessoria técnica da Coordenação de Saúde das Mulheres	Monitoramento e acompanhamento da implantação da Rede Cegonha	Desde 2011
Gaia	60	Médica, especialista em ginecologia, obstetrícia e fitoterapia	Coordenadora Geral da Coordenação de Saúde para as Mulheres	Coordenação	Desde 2011
Íris	32	Enfermeira e especialista em Enfermagem Obstétrica	Assessoria técnica da Coordenação de Saúde das Mulheres	Monitoramento e acompanhamento da implantação da Rede Cegonha	Desde 2013
Metis	34	Socióloga e doutoranda em Sociologia	Assessoria técnica da Coordenação de Saúde das Mulheres	Acompanhamento de diversas agendas, incluindo o Programa Nacional Trabalhando com Parceiras Tradicionais[1]	2012-2016
Hebe	36	Médica, especialista em ginecologia, obstetrícia e acupuntura	Assessoria técnica da Coordenação de Saúde das Mulheres e ex-coordenadora adjunta da Coordenação de Saúde das Mulheres	Acompanhamento de diversas agendas, incluindo ações na atenção ginecológica	2014-2016

Tabela 3. Profissionais do Ministério da Saúde responsáveis pelo Programa Rede Cegonha.

Das nove entrevistadas, somente três delas não estavam desde a implantação da Rede Cegonha. Entretanto, como o cargo de assessoria técnica exige um conhecimento aprofundado do programa, questões relativas à implantação inicial da RC atravessavam constantemente as práticas vigentes da coordenação, com destaque para a entrevista concedida pela então coordenadora geral da Saúde das Mulheres; como ela tem sua trajetória marcada pela participação junto aos movimentos sociais de mulheres, sua sensibilidade às causas trabalhadas é notória.

De forma geral, todas as entrevistadas (profissionais e mulheres mães) foram receptivas às perguntas. Entretanto, ao serem questionadas sobre o que seria corpo e mulher,

muitas delas realizaram pausas para refletir e até mesmo mencionar o quão complicado era respondê-las. Não pela vivência, e sim por raramente terem que pensar sobre esse assunto conceitualmente. Poderíamos pensar que tal ato seria reflexo de um funcionamento automático dos corpos e, por seguinte, de si mesma?

Para melhor aprofundamento dessas e de outras questões os próximos dois capítulos tratarão dos discursos produzidos pelas mulheres primíparas e pelas profissionais responsáveis pelo Programa Rede Cegonha, respectivamente.

7 DISCURSOS DAS MULHERES PRIMÍPARAS

Para melhor acompanhamento dos discursos, relembramos os nomes das mulheres primíparas apresentadas no tópico “Universo do Estudo” do capítulo anterior. Enquanto Esmeralda, Jade, Rubi e Safira compuseram o bloco das mulheres primíparas que tiveram seus partos acompanhados pelo Sistema Único de Saúde (MlrSUS); Cravina, Dália, Verbena e Tulipa fizeram parte do bloco das mulheres mães acompanhadas pelo sistema privado de saúde (MlrPRIV)^{LXIV}.

7.1 Da expectativa à realidade: da gestação ao parto

Esmeralda (MlrSUS) sempre quis ser mãe, mas a sua primeira gravidez não foi planejada. Em um momento de troca de anticoncepcional aliada à ausência de prevenção, o sonho de se tornar mãe foi antecipado. *“Até a médica falou, se previne e tal, aí a gente acaba não se prevenindo. Então pra mim foi, foi meio que no susto, né. Mas logo também o meu companheiro me acalmou.”*

O sonho de ser mãe também era compartilhado por Jade (MlrSUS), no entanto ela se assustou por ter engravidado tão rápido. *“Tipo assim, eu queria engravidar, mas eu ainda tava esperando me preparar, não deu tempo. Ah, mas depois eu fui, a gente vai pegando amor já, pelo bebê. Aí a gente vai, já vai mudando a cabeça”*. Com Safira (MlrSUS) aconteceu algo similar, pois a gravidez foi planejada, mas junto com a confirmação veio um misto de sensações. *“É, foi uma mistura de sentimentos, assim na verdade meu esposo queria, eu estava em dúvidas (sic), porque como eu ia terminar o doutorado, então eu não queria atrapalhar o doutorado. Mas eu queria também por uma parte”*.

Por vezes, a gravidez necessita de um acompanhamento de pré-natal diferenciado, como a exemplo de Rubi (MlrSUS). Após três abortos, a quarta gestação foi classificada como de alto risco, sendo ela encaminhada pelo Centro de Saúde da região em que morava para um serviço especializado. Com exceções de Rubi, que realizou uma das consultas iniciais com médico particular, e de Jade, que fez todo o pré-natal pelo plano de saúde, Esmeralda e Safira foram acompanhadas pelo SUS tanto no pré-natal quanto no parto, tendo as 4 uma média de 10 a 12 consultas durante toda a gestação.

^{LXIV} Utilizaremos a sigla “MlrSUS” para nos referirmos as mulheres primíparas acompanhadas pelo SUS e a sigla “MlrPRIV” para nos direcionarmos as mulheres primíparas acompanhadas pelo sistema privado de saúde.

Em relação à Cravina (MlrPRIV), ela ficou grávida no primeiro mês de tentativa, mas já era um desejo antigo. *“Eu queria ter engravidado ainda antes, só que foi bem na época do Zika Vírus, não sei o quê, aquele verão, e teve toda essa crise e aí eu achei melhor dar uma esperada”*. Tulipa (MlrPRIV) também adiou o desejo de ser mãe por conta do surto do Zika Vírus ocorrido em 2015 e, assim como Cravina, engravidou na primeira tentativa. *“E aí foi assim muito rápido, baixei aqueles aplicativos no celular dos dias certos de ovulação e o primeiro mês deu certo, foi muito rápido”*.

Dália (MlrPRIV), juntamente com o marido, decidiu parar de tomar o anticoncepcional e tentar a gravidez por conta própria. Por ter problemas de ovários policísticos, acreditou que o processo demoraria, no entanto, quatro meses depois, engravidou. Um ponto a se destacar foi a situação vivenciada por Verbena (MlrPRIV). Quando descobriu que estava grávida, ela começou a procurar uma médica que a acompanhasse, mas logo de início uma de suas experiências não foi tão exitosa.

E aí eu fui nessa médica e ela falou algumas coisas que eu não gostei. Como seria em relação ao parto, tudo. Eu olhava o consultório dela tinha trocentas mil fotos de partos e de bebês. E todas as fotos que tinham de parto mesmo, eram aquela foto invertida assim, sabe? [...] Sinalizando cesárea! Aí eu falei, eu acho que não tô no lugar certo!

Tanto Dália quanto Verbena realizaram acompanhamento de pré-natal com profissionais médicos vinculados ao convênio de saúde, mas após discordâncias quanto à conduta deles, mudaram para profissionais intitulados como humanizados, pagando os custos financeiros do acompanhamento final do pré-natal e do parto em si.

Mas aí com 28 semanas, eu fui na médica do convênio e com o fato dela ter ultrassom, ela fez ultrassom com 28 semanas e viu que minha bebê tava pélvica^{LXV}, com 28 semanas. E aí ela me botou muito medo, ela falou assim: “Todos os ultrassons que nós fizemos até hoje, provavelmente, ela vai continuar pélvica até o final da gravidez, provavelmente, vai ter que ser uma cesárea”. E eu ainda tava de 28 semanas. E aí quando ela falou isso, eu falei pronto, não vou mais continuar com ela. Já tá na hora mesmo de parar, e aí a gente decidiu seguir com a obstetra humanizada que eu acabei conhecendo nos grupos e tal. Aí, deu tudo certo... no pré-natal (Dália - MlrPRIV).

Cravina e Tulipa também fizeram acompanhamento com profissionais cadastrados nos planos de saúde, no entanto, pagaram taxas extras pelos serviços deles para o auxílio no parto. Em média, o grupo de mulheres primíparas acompanhadas pelo sistema privado de

^{LXV} Quando o bebê está sentado na pelve, ou seja, com a cabeça posicionada na parte superior da barriga².

saúde teve um quantitativo de consultas de pré-natal que variaram de 8 a 18 consultas. Em especial, Tulipa teve um número maior de consultas por sua gestação chegar até 41 semanas^{LXVI}, passando a ter acompanhamento semanal do médico até o momento do parto.

Devido a esse acompanhamento mais próximo, é fundamental que a mulher mãe se sinta segura junto aos profissionais desde o momento do pré-natal até o parto. A própria Tulipa (MlrPRIV) relata que pensou em trocar de médico por não sentir uma grande receptividade dele em tirar as suas dúvidas, mas, ao final gestação, a segurança que ele passou para ela e seu marido foi fundamental para permanecerem com ele.

Então assim, até última semana eu tava, até o último dia né, tava esperançosa pra ter parto normal, não sabia que ia ser cesárea, a cesárea foi de última hora, assim resolvido no dia. Então eu ia fazer com qualquer médico lá na maternidade, mas a partir do momento que falou: “Ah, vai fazer a cesárea”, então aí nós pagamos ele particular pra fazer a cesárea. Então é a confiança, né, de um médico profissional que esse obstetra tem, que me acompanhou na gestação.

Cravina (MlrPRIV) estava ciente do problema que é estar sendo acompanhada por um profissional que, por vezes, não apoia o parto que a mulher deseja. Ela até pensou em ser auxiliada por um médico plantonista, mas, ao final, decidiu pagar pelo serviço para garantir a realização de seu desejo de ter um parto normal.

Mas o que era legal da, da, que eu gostei dessa médica é que na minha primeira consulta, acho que ela atrasou umas três horas pra me atender. E eu fiquei já naquela, meu Deus do céu, só que, ela não me atendeu com pressa. Eu tava com dúvida sobre o Zika Vírus, essas coisas, ela conversou comigo. Conversou sobre a história do parto, como era feito antigamente. Como houve essa mudança. Que ela mesmo sempre, ela estudou que cesárea era mais legal e não sei o quê lá, então tipo, ela super conversava sobre tudo assim. Isso que eu gostei bastante dela.

Verbena (MlrPRIV) também procurou por uma profissional que realizasse o parto normal e que, principalmente, fosse cientificamente atualizada sobre a temática da assistência ao parto humanizado.

Ela me pareceu não só, que faz o parto normal, mas que tá, é... que tem evidências científicas no trabalho dela. Tanto que no meio da gestação ela ficou afastada umas duas semanas porque ela foi pra um congresso, então assim, uma pessoa que tá estudando bastante, acho que isso é importante. Então eu falei: ah, têm uns procedimentos que eu não quero. E que pelo que eu andava lendo, até antes da gravidez, que eles não são mais indicados

^{LXVI} O limite máximo é de 42 semanas².

como rotina e eu sabia que ela também respeitava isso, tava informada em relação a isso.

No tocante ao ponto “informações atualizadas”, a busca sobre a conduta dos médicos parece ser algo em comum às mães acompanhadas pelo sistema privado de saúde. Dália (MlrPRIV), por exemplo, havia pesquisado a taxa de cesárea da médica que havia comentado que, provavelmente, seu parto seria cesárea pelo fato da sua bebê estar na posição pélvica.

A gente foi entrando de cabeça, foi entrando de cabeça e com isso eu fui pesquisar qual que era a taxa de parto normal dessa médica que eu tava indo, né, no pré-natal. A taxa dela era de 95% de cesárea e cada vez que eu ia no pré-natal, ela não tocava no assunto de parto.

Ter acesso a informações sobre o parto, inclusive, era um desejo de todas as mulheres mães entrevistadas. Esmeralda (MlrSUS) relatou que a sua ginecologista era quem mais falava com ela sobre o parto, juntamente com a sua mãe que era uma profissional da saúde. Esmeralda chegou a comentar que se sentiu bastante acolhida ao fazer o pré-natal no Centro de Saúde, pois era o local onde sua mãe trabalhava há muitos anos.

Um ponto curioso é que apesar de Esmeralda sempre ter desejado o parto normal, foi a partir de um comentário da médica que ela passou a achar que ele não seria possível e sentir medo de ter o parto normal.

Então, eu sempre desejei o parto normal, porém no decorrer da gestação, a gente viu que meu neném seria grande. Grande e gordinho. Então a médica ficava no final da gestação “ah, não sei, talvez, eu, eu acho que vai ser cesárea. Mas como é SUS, né. Na verdade, no SUS eles tentam normal”. Ah, eu comecei a ficar com um pouco de medo dele ser grande. Mesmo eu querendo normal, comecei a ficar com pouco de medo. [...] eu passei a ter medo de chegar lá, meu medo era o seguinte: eu chegar na XXXX e eles tentar (sic) normal de todo jeito e induzir e nanana e eu sofrer, sofrer lá por horas pra depois fazer cesárea.

A possibilidade da realização de uma cesárea também foi comentada pela médica que atendia Jade (MlrSUS) no pré-natal.

Ela me alertou um pouco assim de talvez não conseguir, porque eu tive, eu tive muito líquido amniótico, né [...] Mas aí quando eu já tava de nove meses, ela me examinou, fez exame de toque e a bebê ainda não tava encaixada. Aí ela, assim, ela foi me preparando também, me acalmando: “É Jade, se tiver que ser uma cesárea, tem que fazer”. Porque eu falei pra ela que eu tinha medo, muito, muito medo do parto, mas que eu queria ter um parto normal. Aí ela foi me acalmando, ela falou assim: “Ah, torço que você

consiga, né, porque é difícil hoje em dia as mulheres que querem parto normal”.

Como as demais mulheres, Rubi (MlrSUS) também tinha dúvidas. Chegou a questionar os profissionais sobre o uso do fórceps, da prática da episiotomia^{LXVII}, dentre outras questões. No entanto, o parto normal sempre lhe foi uma realidade, pois era uma prática da maternidade a realização desse tipo de parto. Apesar de ter acreditado que seria submetida a uma cesárea por conta da sua gravidez ter sido classificada como de risco.

As dúvidas de Safira (MlrSUS) acabavam sendo sanadas por uma iniciativa significativa promovida pelo Centro de Saúde, no qual fazia o acompanhamento de pré-natal. Juntamente a outras mulheres que compunham um grupo de gestantes, visitou antecipadamente a maternidade, onde lhes foi apresentada toda a trajetória que seria realizada no dia do parto. Além disso, também foram ofertadas outras atividades, como: palestras sobre amamentação, cuidados dentários, dentre outras ações. Safira almejava ter a experiência de um parto normal à medida que seu marido pesquisava sobre o parto humanizado, no entanto, ela não tinha claro o que exatamente seria esse “tipo” de parto.

Eu perguntei também sobre o parto humanizado, porque o meu objetivo sempre foi fazer o parto normal. Porque eu queria me recuperar rapidinho para voltar a treinar, aí, e o meu esposo queria que fizesse parto humanizado, mas até agora eu não tenho um conceito claro do parto humanizado. Mas ela falou que ela ia encaminhar pra mim (sic) no XXXX que lá eles faziam isso, que era o primeiro objetivo deles, o parto normal, e com todos os cuidados que possa ter e só em caso de emergência, que eles faziam por cesárea.

Apesar de ansiar por um parto normal e ter pesquisado profissionais com taxas significativas deste tipo de parto, até mesmo antes de engravidar, Cravina (MlrPRIV) não desejava que ele fosse natural. “[...] mas a minha, a minha... percepção de parto normal seria, pra mim é ser um parto normal, com anestesia, deitada na maca, não precisava ser de outra forma. Não precisava ser super natural, na banheira, nada disso”.

Em contraponto, Dália (MlrPRIV) relata o impacto em sua vida após ter assistido ao documentário “O Renascimento do Parto”, por indicação de uma amiga, e de como esta experiência a fez refletir sobre o modo como a assistência ao parto e nascimento é ofertada no Brasil. Assistir ao documentário fez com que ela e seu marido se engajassem em prol de um parto mais respeitoso, sem antes, obviamente, se indignarem com o sistema obstétrico vigente.

^{LXVII} Corte feito na região do períneo (área muscular entre vagina e ânus) para ampliar o canal de parto².

Saí catando ele na internet e encontrei. E assisti sozinha, né. Lembro que eu tava no quarto assistindo e meu marido tava assistindo tv na sala. Nossa, quando eu assisti “O Renascimento do Parto” parece que alguém veio, abriu minha cabeça, fez um corte na minha cabeça, né. E aí, despejou um monte de informação lá dentro [risadas]. Foi um divisor de águas na minha vida, “O Renascimento do Parto”. Divisor de águas! Acabei de assistir, eu fui lá pra sala e falei assim pro meu marido: “Você vai ter que assistir um negócio comigo agora!” Ele: “Como assim, vou ter que assistir?” “Agora, você tem que parar o que você tá fazendo e você tem que assistir um negócio comigo”. E aí, ele falou: “Quê que é que eu tenho que assistir?” Então, botei pra ele assistir pela segunda vez e eu assisti junto com ele, e ele teve a mesma sensação que eu. A mesma percepção, uma mistura de sentimentos, de raiva, de gratidão por ter assistido antes, no comecinho, deu tempo da gente se organizar, deu tempo da gente se empoderar e estudar bastante sobre o caso. Mas deu aquele sentimento de raiva pelo sistema.

Após essa imersão transformadora, Dália (MlrPRIV) e o marido resolveram procurar por médicas obstetras intituladas como “humanizadas”, mesmo sabendo que para contratar seus serviços deveriam pagar um valor alto por isso. Escolhida a profissional, as consultas tornaram-se espaços de acolhimento e esclarecimentos.

A gente conversava muito sobre plano de parto, a gente conversava muito sobre como poderia começar o trabalho de parto, o que acontece durante o trabalho de parto. As contrações, como que são as contrações nas diferentes etapas do trabalho de parto. A gente conversava muito sobre o trabalho de parto. Em que momento que eu poderia chamar a doula, a parteira^{LXVIII}, era isso, a gente conversava muito sobre isso, trabalho de parto.

Verbena (MlrPRIV) se intitulou como uma “nerd de maternidade”, ao se referir ao tanto que pesquisou sobre a temática do parto e nascimento. No entanto, isso foi deixando-a muito ansiosa, a ponto de optar por dar uma “desencanada” no assunto. Quando deu por si, já estava com trinta semanas e ainda estava sem doula, sem plano de parto pronto, sem frequentar os grupos de gestantes. Foi a médica que deu uma “empurrada” para retornar aos grupos e tomar as demais providências.

Os grupos também assumiram uma importante função no processo gestacional de Tulipa (MlrPRIV) juntamente a um aplicativo de celular, que disponibilizava várias informações sobre o assunto. O médico não fornecia muitas informações, falando que ela deveria procurar a maternidade para sanar possíveis dúvidas. Tulipa até tentou uma visita antecipada à maternidade, mas esta não foi possível. Somente quando tinha consulta no Pronto Atendimento da maternidade é que conseguia mais dados.

^{LXVIII} Essas parteiras diferem das parteiras tradicionais, tendo em vista que são profissionais graduadas em Obstetrícia ou Enfermagem Obstétrica.

Então todas essas informações assim, o médico não deu. Foi tudo assim, eu tive que buscar sozinha, né, meio que eles são um pouco contra, né, essa questão de levar doula, essa questão meio humanizada, né. Então assim, eles não gostam muito de entrar no assunto, eles só falavam assim pra mim: “Que eu teria que ter o filho parto normal”. Tem que ser do jeito que a natureza manda, né.

Associadas à temática do parto humanizado foram tidas diferentes concepções do que exatamente ele seria. Através das pesquisas na internet, Esmeralda (MlrSUS) inferiu que o parto humanizado era algo bem parecido com o parto normal, no entanto, havia uma distinção: *“Eu acho que a diferença é que todos os partos humanizados que eu vejo é na água, né, numa banheira”*.

Jade (MlrSUS) acreditava que o parto humanizado deveria ser o melhor a se optar. Pelo fato de ser natural, da mulher não levar anestesia e de ter acesso a um ambiente mais confortável. Pela sua vivência de cesariana, acreditava que não teve um parto humanizado. Segundo Rubi (MlrSUS), seu parto não foi humanizado por compreender que ele envolveria um respeito ao que a gestante desejasse. Fato que avaliou não ter ocorrido em seu caso. Inclusive, mencionou que, na prática, deveria ser difícil de existir este tipo de parto nos hospitais.

Se fosse um parto humanizado eles teriam me dado uma analgesia, né, na hora que eu pedi. Não no início logo, porque eu entendo que eles não podia (sic) dar, eles falou (sic) que a anestesia impede a evolução, né, da dilatação. Quando dá a analgesia para mais um pouco. Mas já que eu tava ali, quando você não tá mais aguentando, tá perto de ter, tinha que ter dado, né. Então não foi humanizado, me cortaram^{LXIX} e eu nem sabia, então não foi humanizado não.

Cravina (MlrPRIV) tinha um pouco de preconceito sobre o que seria parto humanizado – talvez até uma ideia mais caricata sobre ele – somente mudando de opinião depois de ter lido mais sobre o assunto. Após as leituras, afirmou que o parto humanizado estaria associado ao tratamento, ao que a mulher desejasse, compreendendo que até poderia existir uma cesárea humanizada.

Eu tinha realmente uma visão, que parto humanizado era só quem abraçava árvore e tinha que tocar tambor e colocar umas velas. Mas não. E conversando também com a minha doula. Tanto que eu lembro que a gente sentou pra comer um dia, ela pegou tipo uma coca, não sei o quê. “Então doula não toma só, só toma, só sucos naturais”. “Ah não, não. Não, não, não sou desse time não”. Não tem só esse lado, né.

^{LXIX} Rubi está se referindo a episiotomia.

Nesta linha do encontro com o novo, Dália (MlrPRIV) teve uma amiga que havia passado pela experiência do parto domiciliar, apesar de não planejado. Quando ela soube, achou um exagero. *“Falei: nossa, gente! Você tá louca! Quê que é isso? Essa história de ter parto normal, quê que é isso?”*. Por meio dos seus relatos, vimos o quanto a sua opinião foi modificada.

7.2 A chegada do grande dia: o parto

Por estar se aproximando das 40 semanas de gestação, Dália (MlrPRIV) começou a desconfiar se entraria em trabalho de parto ou não: *“aí você já começa, poxa, a natureza comigo não vai funcionar”*. A ansiedade já estava a florada, mas uma conversa com a doula, sobre como este processo poderia ser demorado, conseguiu acalmá-la na medida do possível. Foi quando estava com 40 semanas e 3 dias, após assistir um filme no aconchego do seu lar, que a bolsa estourou. Obstetra, parteira e doula devidamente comunicadas e depois à espera para o processo fluir.

Seguindo seu plano de parto, Dália ficou em casa, sendo acompanhada pela doula, monitorada pela parteira e fazendo uso de massagens, banho quente no chuveiro, para alívio das dores que, segundo ela, eram fortes. As contrações começaram a ficar mais ritmadas, quando foi avaliada pela parteira e decidiram ir ao hospital, pois ela já estava com oito centímetros de dilatação^{LXX}. Nesse momento, até se arrependeu de não ter planejado um parto domiciliar, mas, mesmo assim, seguiram para a maternidade.

Eu falei: “XXXX, eu não tô aguentando de dor, preciso de uma anestesia. Ela tá nascendo, tá nascendo, tá nascendo”. Nós fomos pra essa sala e aí eu pedi anestesia loucamente porque eu tava com muita dor. E ela: “Dália, vai nascer, vai nascer, vai nascer”. E aí elas pediram pra eu sentar numa cadeirinha de cócoras, eu tava com muita dor, não sei como consegui sentar. Fiz uma força sentada, a cabecinha da bebê apontou, mas voltou. Aí eu fiz mais uma força, a cabecinha dela apontou e ficou. E aí eu fiz mais uma força e nasceu. Ela nasceu e foi meu marido que pegou ela pela primeira vez. Não foi a médica que pegou, foi ele. Tavam os dois sentados no chão, a doula tava atrás de mim me segurando. E aí foi ele que pegou. E... eu sinto, eu lembro que eu senti ela escorregando, né. Quando eu vi assim o que tinha acontecido, meu marido foi me dar ela no colo, e eu falei: “Espera que eu não vou conseguir pegar agora”. Porque eu tava, tava mole e eu falei: “Meu Deus do céu, o que acabou de acontecer?!” Eu fiquei uns

^{LXX} Geralmente, a dilatação precisa chegar aos 10 centímetros para que o bebê nasça².

cinco, dez segundos assim. Peguei ela. Eu falei: “Meu Deus do céu, o que acabou de acontecer, né?!”

Cravina (MlrPRIV) também permaneceu em casa após a bolsa ter estourado, indo para a maternidade somente quando estava com oito centímetros de dilatação. Em casa, foi acompanhada pela doula, que também era enfermeira. Foi a doula quem agilizou todo o processo de admissão de Cravina na maternidade. Devido às dores, optou por tomar a anestesia que, segundo ela, “*deu uma atrasada*” no processo.

A minha doula chegou lá [...] ela é cadastrada na maternidade. Então ela conseguiu entrar lá. E ela já foi direto pro, ela já foi conversando com as enfermeiras. Falando que eu queria na banqueta e não sei o quê e o médico que estava de plantão aquela hora aceitou, falou “Ah, não tudo bem, eu faço sim”. Só que foi dando umas sete horas da manhã e ele, ia mudar o plantão. E o outro que ia entrar as enfermeiras mesmo falaram: “Olha, esse daí não vai fazer na banqueta não. Esse daí, ele isso se não quiser fazer episio, essas coisas”. Aí a gente já ficou preocupada, daí já ligou pra minha médica que tava saindo do plantão em XXXX e falou: “Você consegue chegar aqui?” Ela: “Ah, tô indo prai então, aí ela foi correndo”. Eu sei que daí ela nasceu umas oito horas da manhã. A médica chegou umas sete e quarenta. Ela ficou uns vinte minutos lá fazendo força, eu fiquei fazendo força na banqueta e tal. Foi do jeito que a gente queria.

Assim como Cravina e Dália, Verbena (MlrPRIV) optou em ficar em casa sob os cuidados da doula e da enfermeira. Esta fazia parte da equipe da sua obstetra, sendo responsável pelo monitoramento domiciliar, fato que deixou Verbena bastante segura. Em relação à doula, comentou sobre o cuidado que sentiu durante o processo: ofereceu água, comida, disponibilizou apoio emocional.

Ainda em casa, para aliviar as dores, usou bolsa de água quente, foi para o chuveiro quente, tentou fazer exercícios na bola, mas não se sentiu muito confortável com este último – “*muita dor embaixo*”. Quando chegou à maternidade, foi avaliada por uma enfermeira da instituição e encaminhada para uma sala de pré-parto.

Quando eu entrei no centro obstétrico, aí tinha uma bola, não pra eu sentar, mas pra eu abraçar foi muito útil. Eu até fui pra bola no chuveiro, mas eu quase caí, que depois precisou... É, não sei se foi a minha médica ou se foi a equipe lá da maternidade, mas eu usei o chuveiro do SUS, que tem uma ala do SUS ali. Pro quarto, que eu fui de novo pro chuveiro pra ajudar, porque a sensação que eu tenho é que nessa parte foi muito rápido e depois ele deu uma estacionada e eu tava sentindo bastante dor. E até eu já tinha combinado: se eu pedir anestesia, vai. De tudo e no final eu nem pedi.

Verbena descreveu seu plano de parto e avalia positivamente a experiência vivenciada. Assim como nos partos de Cravina e Dália, o marido de Verbena esteve presente a todo o momento durante o processo.

Ah, primeiro é que eu queria a participação do meu marido o tempo todo. Que eu queria que fosse com a minha médica, a minha doula, a enfermeira dela. Eu não contratei pediatra pra XXXX por uma questão de dinheiro mesmo. Acabou o dinheiro no final das contas, acho que eu teria contratado, mas enfim. Tinha os procedimentos que não queria que fizessem com a XXXX. Eu não queria que aplicassem colírio, eu não queria que aspirassem desnecessariamente. Queria que ela ficasse no meu colo, que esperassem o cordão parar de pulsar. Tinha isso da anestesia, que eu preferia esperar, né. Que eu queria parir na banqueta ou verticalmente. Lá eles têm também, na maternidade. Ah, que eu não queria música, eu não queria incenso, não queria essas coisas. Eu sou muito irritada com cheiro. Tem a pessoa que pira, né, na banheira. Primeiro que eu não queria na banheira. Eu olho pras fotos, eu acho a posição desconfortável. Pode ser que seja bom, não sei. Não queria banheira, flor, incenso. Eu queria essa posição vertical mesmo.

Em contraponto a essa assistência vivenciada por Cravina, Dália e Verbena, Tulipa (MlrPRIV) relata que não a teve por já ter sido encaminhada para a cesárea após avaliação. O único acompanhamento relatado foi o da enfermeira que a levou para a sala cirúrgica e depois para o pós-parto. Apesar de que no momento da cirurgia o marido estava presente. Lamentou não ter tido acesso livre a informações, tais como: quem seriam o anestesista e o médico assistente. Teve que ficar perguntando para obter essas respostas. Assim como também lamenta não ter sentido as dores do parto.

Eu não sei o quê que é sentir essa dor. Então, assim, não senti, queria ter sentido sim, pra saber como que é, mas eu não senti. Não cheguei a sentir nada, tomei banho quente, fiz exercício com a bola, achava que ia ter parto normal, né. Aí meu médico que ligou aqui pra falar: “Você teve sangramento e não tá mais seguro, né? Pode ser a placenta”. E aí, eu conversei com esse tio^{LXXI} e ele que deu o conselho: “Ó, XXXX, do ponto de vista obstétrico, tá perigoso, né. Já ficou perigoso esse sangramento, não dá mais saber da onde que é”. E já tinha passado de nove meses, né, e o bebê podia fazer cocô lá, comer mecônio, né. Então foi nessa hora assim, decidi em três horas e em três horas foi o parto, né.

Esmeralda (MlrSUS) também foi submetida a uma cesárea, mas não sem antes a maternidade ter ofertado meios para que o parto normal acontecesse. As dores do parto e o fato da médica ter sinalizado que seu bebê era grande para um parto normal fizeram com que ela desejasse que a cesárea ocorresse logo quando chegasse à maternidade. Ela começou a

^{LXXI} Tulipa tinha tanto um tio quanto uma tia que eram da área médica e eles a ficavam auxiliando, quando necessário.

sentir as dores em casa, após a saída do tampão mucoso^{LXXII}. Ao chegar à maternidade, foi avaliada, mas estava somente com dois centímetros de dilatação e a bolsa ainda não tinha estourado. O médico plantonista resolveu interná-la por considerar que ela já estava em trabalho de parto e sinalizou que, provavelmente, Esmeralda seria conduzida para uma cesárea.

À espera para dar entrada no hospital, ela foi direcionada a ficar sentada em um sofá na recepção. Diante de uma demora em a realocarem, a mãe de Esmeralda se exaltou com os profissionais. Além desse fato, um dos profissionais da maternidade contradisse a opinião do médico, dizendo que Esmeralda, na verdade, seria encaminhada para a realização do parto normal.

Meu marido tava, aí depois a minha mãe chegou e ficou lá um pouco comigo, aí minha mãe já começou a brigar, assim, chamar atenção, “Ela tá aqui chorando de dor e não arruma um quarto pra ela subir”. “Não, támo esperando liberar a sala de pré-parto, porque ela vai pro parto normal”. Nossa, na hora que a enfermeira lá falou, que eu ia pro parto normal, eu comecei a chorar mais ainda. “Ah, você não pode ficar aí deitada, você tem que andar”. Isso tudo eu já sabia que era bom andar pra ajudar o trabalho de parto normal, porque eu já tinha pesquisado tudo sobre parto normal, mas eu não tava aguentando mesmo, se eu desse dois passos, eu ia querer sentar. Eu não tava aguentando, aí ela pegou e falou assim “Você tem que andar, você não pode”. Ela foi até um pouco ignorante, assim. Aí minha mãe deu umas respostas e ela foi até lá chamar meu marido, falou assim: “Acho melhor você entrar porque sua sogra tá meio exaltada lá e não tá passando, tá deixando ela mais nervosa”.

Após esse episódio, ela foi conduzida ao Pronto Atendimento e somente após 5 (cinco) horas de espera, foi conduzida à ala do pré-parto, onde havia mais outra paciente no quarto. A mãe de Esmeralda e seu marido ficavam alternando a presença no quarto, mas as enfermeiras vinham constantemente verificar como estava o andamento do processo. Ao marido, foi-lhe ensinado como fazer massagens em Esmeralda para aliviar as dores, bem como fez uso do chuveiro quente e da bola.

Após avaliação médica e relato de muitas dores, Esmeralda foi encaminhada para a cesárea. Durante a cesárea, uma enfermeira ficou ao seu lado, explicando todos os procedimentos que estavam sendo realizados. Apesar do ocorrido, classifica a experiência como excelente, porque conseguiu uma cesariana no SUS.

^{LXXII} O tampão mucoso é uma densa secreção produzida pelo colo do útero durante a gestação, que tem como função protegê-lo para evitar a contaminação por bactérias e infecções. A saída do tampão mucoso é considerada como um dos possíveis sinais para o início do trabalho de parto, sendo que pode se apresentar claro ou com rajadas de sangue⁹⁶.

Ficava uma moça do meu lado e ela falando tudo que eles tavam fazendo. Olha, tamo preparando isso. Aí eu falava, eu tô sentindo eles limpando minha barriga e eu acho que não fez efeito a anestesia. Aí ela: “Não, normal, tenta levantar a perna”. Aí eu não conseguia. “Tá formigando?” E eu: “Tá”. “Então, você não vai sentir, não”. E eu fiquei meio apreensiva. Aí na hora que começou mesmo o parto dele, já vem aquela emoção né?

Assim, como Tulipa (MlrPRIV) e Esmeralda (MlrSUS), Jade (MlrSUS) foi submetida a uma cesárea. Os profissionais nem chegaram a ofertar o chuveiro quente e a massagem por conta da rapidez no processo. No seu caso, Jade relatou ter tido um trabalho de parto bem tranquilo, pois chegou à maternidade com seis centímetros de dilatação e em quase duas horas já estava com nove centímetros. No entanto, quando o médico foi avaliá-la, ele a disse que sua bebê estava em sofrimento e que ela necessitava nascer via cesariana. Relatou que durante todo o momento o seu marido permaneceu ao seu lado.

Eles me atenderam super bem, me deram muito apoio. Eu só não gostei muito depois [...] Ah, eu achei que eu fiquei muito largada, porque eu tive cesárea. No final das contas eu tive cesárea porque eu não sei se demoraram muito pra fazer meu parto, ele entrou em sofrimento. Mas eu quase tive ela normal, levei até anestesia e tudo pra ter ela normal. Quando o médico chegou, que foi o único contato que eu tive com ele mesmo assim, foi na hora do parto mesmo. Ele chegou, ele falou pra mim que era melhor da gente fazer uma cesárea, porque ela tinha entrado em sofrimento. Aí eu falei assim: “Tudo bem, né, não vou arriscar também a vida da minha filha”.

No caso de Rubi (MlrSUS), assim que a bolsa estourou, ela foi para a maternidade. Diz nunca ter escutado nada sobre a questão de acompanhar a evolução do trabalho de parto com base no tempo das contrações para somente depois se dirigir ao hospital. “*Deus me livre!*”, ela falou surpresa sobre o assunto. Ao chegar à maternidade, foi atendida por um médico, amigo de seu marido, e depois por um estagiário, que demorou bastante para encontrar os batimentos cardíacos da sua bebê. Ela já estava com contrações e teve que ficar deitada, esperando ele encontrá-los. Inclusive, desconfiou se ele realmente sabia fazer o procedimento, pois logo outro profissional os encontrava.

O marido dela esteve presente a todo o momento e ela relatou ter feito uso do chuveiro quente e da bola para aliviar as dores das contrações e acelerar o trabalho de parto. Entretanto, em contraponto a esses cuidados, contou ter passado por uma situação horrível durante o parto.

Eu fiquei lá no pré-parto, aí fiquei na bola lá, no chuveiro, na bola, no chuveiro, eu não tava aguentando de dor. Aí eu pedia pra me dar uma... [...]

É pra ajudar, eles num deram, aí ficou demorando, demorando. Aí quando o médico foi lá pra examinar, disse que só com oito, sete centímetros de dilatação, né, pra dar analgesia, aí eles demoraram pra caramba pra me examinar, fazer o toque, né. Aí quando ele foi fazer o toque, ela já tava nascendo [...] Aí não deu tempo da anestesia, aí eles fizeram lá a episiotomia sem anestesia. Tudo assim, sem. [...] Isso eu achei horrível, ele nem falou assim: “Tô fazendo”. Não. Já fez e... aí, foi assim.

A sutura do corte também foi realizada sem anestesia. *“Horrível aquele lance!”* Frase com entonação de certa recusa em relembrar do fato ocorrido. Na mesma sala onde a costuraram, sua filha lhe foi dada nos braços para ser amamentada. Todas as mulheres entrevistadas amamentaram seus bebês durante a primeira hora do nascimento, mas nenhuma delas dentro deste cenário narrado por Rubi.

Ao relatar seu parto, Safira (MlrSUS) mencionou que chegou a ir duas vezes para a maternidade, mas como o processo de dilatação estava bem no início, ela foi avaliada e encaminhada para casa. Somente na terceira ida, a admissão ocorreu. Não pela dilatação – que segundo suas informações, ainda não tinham progredido muito –, mas por suas dores estarem intensas. Inclusive, solicitou que uma cesariana fosse realizada. No entanto, ressaltou a importância de um médico que a acalmou e disse que a iria ajudar.

Ele falou: “Safira, calma, a gente vai induzir. Aí, ele me explicou tudo direitinho, como ia fazer tudo, e “Você está disposta? A gente vai te ajudar”[...] E assim do jeito que ele falou tudo, eu aceitei [...] eles botaram o soro, me induziram, não, mentira, não botaram um soro, aí ele me induziu, colocou o dedo dele, colocou o dedo e não sei o que eles disseram. Aí eu estava assim muito débil eu acho, porque esse dia eu não tinha almoçado muito bem e não tinha jantando e o dia todo a gente estava lá.

Após esse procedimento, a dilatação evoluiu e Safira foi encaminhada para o parto. A partir daí começou a fazer uso da bola, do chuveiro quente, além de ter sido incentivada a andar.

A médica falou pra mim: “Safira, faça como se você fosse fazer caquinha. [...] Cocô, faça força”. E eu fiz. “Muito bem vamos combinar o que será decidido, vamos colocar a anestesia, mas tem que ser decidido”. Ela falou pra mim. “Tá tudo bem combinado, me coloquem a anestesia”. Me colocaram a anestesia, né, e eu me senti mais calma depois que colocaram, não sei. Mas tinha um monte de pessoal, monte mesmo, tinha, eu acho que eram estudantes também, mas tinham bastante, tipo umas quinze pessoas lá. [...] eles falaram: “Força, força”. Aí eu fazia do jeito que ela falava, mas eu, aí às vezes não me concentrava, é como que a força se ia (sic) para outro lugar sabe, mas tinha que concentrar, porque era assim desse jeito mesmo, sabe, como ela falou pra mim. Aí na quarta, eu acho que quando eu respirei, “Ela está saindo, ela está saindo!”. Meu esposo tirava foto, bom, a

enfermeira na verdade e ela me mostrava, né. “Já está saindo, já está saindo, um pouco mais, vai”. Aí porque ela nasceu grande, nasceu com quatro e oitenta, quatro e oitenta. E a filha nasceu, foi bom.

Caso passasse novamente pela experiência do parto e nascimento, Safira salientou que permaneceria com a opção do parto normal, assim como, Rubi (MlrSUS) – mesmo após o episódio negativamente marcante vivenciado em seu parto natural. Segundo ela, a cesárea não seria um parto humanizado por ser uma cirurgia. Por essa razão, desejou que seu próximo parto fosse normal e humanizado. Em contraponto, ainda que, inicialmente, Esmeralda tenha desejado um parto normal, o fato de ter sido encaminhada para uma cesárea fez com que mudasse de opinião. Por conta das dores sentidas durante as contrações, caso fosse possível, faria novamente uma cesárea. Opinião contrária à de Jade (MlrSUS), pois, mesmo após ter sido submetida a uma cesárea por supostamente sua bebê está em sofrimento fetal, queria tentar o parto normal novamente. No entanto, com algumas ressalvas.

Mas eu falo normal sem ser forçado também, porque é muito dolorido, que nem eu vi as mulheres lá tomando soro^{LXXIII}, eu acho que a cesárea tem que entrar quando vê que não tem jeito. Acho que forçar também é muito difícil a mulher ficar lá, muitas horas em trabalho de parto [...] Eu tinha momentos de dores e tinha o momento que eu não sentia nada. Agora quem tá lá com soro, ela não tem isso. É intenso o negócio, é ali o tempo todo, não tem intervalo pra gente respirar um pouco. Então, é assim que eu sempre falei pra minha médica, ah queria um parto normal, mas também não queria um parto induzido não.

Essa questão do sofrimento no parto foi algo que fez com que Cravina (MlrPRIV) desde início desejasse um parto normal, que em si já indica o uso da anestesia. A experiência de parir foi tão positivamente significativa que, mesmo a sua filha ainda tendo três meses, ela e o marido já pensavam nos próximos filhos. Ainda na sala de recuperação com sua filha nos braços, Verbena (MlrPRIV) já pensava no próximo, demonstrando uma satisfação após o parto natural. “Nossa, foi muito bom. A gente tá meio drogada, né. E total, nossa, teria mais uns vinte filhos assim”.

Até mais ou menos dois meses após a realização do seu parto natural, Dália (MlrPRIV) afirmava que não queria passar pela experiência novamente por conta da dor, entretanto, após ter reavaliado o processo entre dor e sofrimento^{LXXIV}, mudou de ideia.

^{LXXIII} Soro com ocitocina sintética.

^{LXXIV} Há uma discussão na linha do parto humanizado, na qual é preconizada que a dor é uma questão física inerente ao ser humano, ela faz parte das nossas vivências. Ao contrário do sofrimento, que seria mais uma questão da ordem do funcionamento psicológico.

Olha, depois dessa experiência, até uns dois meses mais ou menos que ela nasceu, eu falava que eu não queria passar por isso de novo. Porque eu sofri demais, eu ainda enxergava a dor como um sofrimento, sabe? Mas é impressionante o quê que acontece, acho que a natureza ela sabe o que faz, porque eu não lembro, eu só lembro que doeu muito. Mas eu não lembro do tipo da dor e de algum tempo pra cá, já de alguns meses pra cá, eu já penso em ter outro bebê e já penso no parto normal de novo, entendeu?

Fato que não aconteceu com Tulipa (MlrPRIV). Assim como Esmeralda (MlrSUS), almejava um parto normal, mas após a cesárea ocorrida, destacou que, caso tivesse outro filho, este seria via parto cesárea com a mais absoluta certeza. Na verdade, Tulipa não queria uma cesárea por ter medo de passar por uma cirurgia, mas depois do fato ocorrido, não apresentava mais problemas com essa questão. Além de ter relatado que não estaria mais preparada para passar dor. *“Tenho medo da dor hoje. Ai a dor, tava preparada ali, né, quando eu tava com nove meses. Agora, uma próxima gestação, eu não tô mais preparada pra sentir a dor”*.

Aliás, a mudança – sendo ela de opinião, sentimentos – é algo que acompanha cotidianamente a vida das mulheres que passam pelo processo gravídico. A seguir, nos deteremos naquela que parece ser a mais evidente: a mudança corporal.

7.3 Sobre os corpos em construção

A gravidez envolve um turbilhão de emoções permeado tanto por mudanças intensamente invisíveis aos olhos das pessoas mais próximas as futuras mulheres mães, quanto por mudanças totalmente visíveis à sociedade. Florescem as alegrias e as tristezas, as certezas e as incertezas, os afetos e os desafetos.

Dentre tantos sentimentos, também surgem uma barriga que porta um novo ser, seios fartos que se preparam para a vinda de um alimento que não existia e, enfim, um corpo que não é mais somente seu. Cravina (MlrPRIV) utilizou o termo *“zoadado”* ao se referir ao processo de mudança corporal. Era um corpo que mudava semanalmente e ela tinha que mudar junto com ele. Mesmo depois do parto, ainda era um corpo em construção.

Um dia antes da entrevista, ela havia comprado uma cinta e um sutiã, no entanto, quando foi vesti-los, percebeu que não a serviam, a numeração já era outra. A adaptação a esse corpo era processual, pois havia dias em que ela se achava bonita, mas outros não. *“É aquela TPM de nove meses”*, confessou Cravina.

Esse negócio, a mudança do corpo, eu não me via, porque é aquela coisa, né. Você tem seus peitos, você tem a sua barriguinha, você tem a sua bunda que você conhece. E daí, de repente, você não tem mais isso. Eu olhava no espelho, tinha dia que aquela roupa que ontem me servia, hoje já não serve e eu não sei mais como me vestir, não sei como vestir esse corpo que tá mudando a cada semana.

Já Dália (MlrPRIV) relatou que o que mais a chamou a atenção quanto às questões corporais foi em relação à potencialidade do corpo em parir, e não necessariamente às questões estéticas. “*Eu acho o corpo muito poderoso hoje. A questão da estética pra mim é quase que último plano*”. Inclusive, foi ela quem achou que a natureza não iria funcionar, quando ela completou as 40 semanas de gestação e não havia sinais para o início do trabalho de parto.

No ponto da estética, Verbena (MlrPRIV) sempre se achou bonita. Inclusive, depois que passou a fase da adolescência “*que é todo mundo esquisito*”, ela se achava bonita por ser magra. Mesmo quando engravidou e surgiram as estrias nos seios, isso não foi um problema. Ela se sentia bem com “*aquele peitão de grávida*”. A questão maior foi depois do nascimento da sua bebê.

É lógico, todo mundo fala, né. Ah, porque depois que tiver filho o corpo não é mais o mesmo e não sei o quê. Mas foi um choque pra mim. Porque eu voltei no peso muito rápido, mas a barriga continua mole. O meu peito tá murcho, tá caído, né. E então, pra quem, não tinha peito nenhum, de repente ter aquele peitão da Pamela Anderson^{LXXV} e agora tá com o peito todo caído, foi um pouco chocante. Ah, a própria relação com o sexo, tudo muda também, né. Muda a percepção vaginal, assim. [...] Acho que sexualmente mudou pra melhor, mas que se pensar a minha aparência, ainda tô em processo de adaptação.

A questão do pudor em relação ao corpo foi outro ponto tocado por Verbena. Segundo ela, é como se a gravidez estivesse classificada na última escala do pudor, fato que acabou ressignificando a sua própria relação com o corpo e as outras pessoas.

Eu brincava que na gravidez é a última escala do pudor, assim, porque você conversa com as pessoas sobre prisão de ventre, hemorroida [...] é um monte de exame de toque. Eu brincava: “Mais gente pegou no meu peito na maternidade do que em toda minha vida”. Porque toda hora era um tal de: “Tá saindo leite? A pega tá correta? Tá saindo leite?” E assim, é... então você tem que perder o pudor, é a sua relação com corpo e os outros.

^{LXXV} Atriz e modelo canadense, naturalizada norte-americana, que fez parte de uma série de sucesso norte-americana nos anos 90. A referência a Pamela Anderson é por conta de seus seios fartos.

No tocante à aparência, antes de engravidar, Tulipa (MlrPRIV) havia feito um tratamento estético, frequentado a academia, feito drenagem linfática, enfim, considerou que havia conseguido deixar o corpo em forma. Quando engravidou, teve um acompanhamento de uma nutricionista. De modo que após o nascimento de seu bebê, logo voltou ao seu peso normal, mas ainda avaliava a necessidade de perder a “*barriga de bexiga*”. No entanto, durante a gestação, confessou que se sentiu “*a mãe mais linda do mundo*”.

Mas assim, nossa eu, eu me senti a mãe assim, a mãe mais linda do mundo, né assim. A auréola do peito escurecendo, a barriga crescendo, então assim, tudo isso é entender a gestação, é tão lindo, né? A auréola tá escurecendo, o peito tá crescendo porque você vai dar mamar, é um sinal que você vai tá produzindo leite, né. E a barriga crescendo, então assim, tudo muito lindo, até falava pro meu marido, tira umas fotos minhas nua porque eu quero guardar, de tão linda assim, que eu assim, não fiquei encanada em nenhum momento, ah tô gorda, tô inchada, tô acima do peso, sabe, me cobrando. Não!

Esmeralda (MlrSUS) também fez atividades físicas durante a gestação e relatou que não teve nenhum mal-estar em relação ao corpo. Em contraponto, Jade (MlrSUS) mencionou a relação dúbia que era estar grávida, pois se, por um lado, era boa a sensação de estar gerando um novo ser, por outro, passar mal devido aos enjoos era bastante desconfortável. Safira (MlrSUS) também teve enjoos durante a gravidez, mas, assim como Verbena (MlrPRIV), adorou quando os seios aumentaram de tamanho, porque eles sempre foram bem pequenos.

Entretanto, relatou um pouco de vergonha da barriga de grávida, sendo o marido o responsável por incentivá-la a mostrar mais. “*Meu esposo falou pra mim: ‘Safira, se eu fosse você, eu iria com a minha barriga assim, mostrando para todo mundo’*. E mesmo na corrida na volta da XXXX, ele tirava a minha blusa para que eu tirasse fotos”. Como para cada uma, a experiência é única, diferentemente dos discursos expostos, Rubi (MlrSUS) relatou não ter gostado da experiência de ter uma barriga de gestante. Para ela, as mudanças no corpo foram horríveis.

Nesse ínterim, interessante foram as percepções das mulheres mães ao serem questionadas sobre o que seria corpo. Assim como Dália (MlrPRIV) considerou o corpo como “*poderosíssimo*”, Rubi (MlrSUS) salientou que pôde perceber o quanto ele era preparado para o parto. Tanto que nem precisou de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto, mas acreditava que isso não era uma regra para todas as mulheres.

Nesse mesmo sentido, Cravina (MlrPRIV) relacionou o corpo a uma percepção de força, programado para fazer um parto.

Porque eu, ah, eu senti todas as coisas assim na hora do, no parto, eu fiquei em casa até oito centímetros, então eu senti todas as dores assim, que, que dói pra caramba. Então você sente, você sente que tá vindo um serzinho ali e você sente que o seu corpo tá preparado, se preparando pra isso. [...] Você vai parir, você nasceu pra isso. Seu corpo, não pra isso. Mas seu corpo tá programado pra isso, você pode fazer isso, né. Você é forte o suficiente pra isso. Acho que isso, isso também, essa percepção de força. Por mais que eu sempre, não sou tão fraca assim pra dor, mas no parto que eu vi que “olha, não sou tão fraca não. Não sou não”.

A surpresa de ter um corpo que foi capaz de gerar um filho foi um dos aspectos pontuados por Tulipa (MlrPRIV). Ela se mostrou impressionada como ele foi capaz de fazer isso.

Ah, um corpo que fez gerar um filho, né, é impressionante até agora eu não acredito, né. Ontem mesmo eu tava falando isso pra minha amiga, né, que trabalha junto comigo. Poxa vida, como que meu corpo fez um olho, um nariz, uma boca, né. Demora pra cair a ficha da gente, até agora não caiu. Eu fico olhando pro meu filho assim, como que o meu corpo fez isso, né? Fez formar todos esses órgãos, essa característica, né, tudo isso. É impressionante o que o corpo da gente faz, eu tô impressionada até agora o que um corpo pode fazer.

Jade (MlrSUS) faz duas pontuações. Ao mesmo tempo em que o corpo é sentimento, é amor, ele também é um corpo cansado. Segundo sua vivência, após o parto, é como se ela não tivesse mais tempo disponível para nada, a não ser para o bebê. Cravina (MlrPRIV) também salientou a percepção de que seu corpo não era mais somente seu depois do parto: “*Eu acho que é bem uma coisa do antes o corpo era só meu e agora ele não é só meu*”.

À medida que Esmeralda (MlrSUS) retomou uma visão mais estética do corpo – sentindo o seu da mesma forma que antes, caso não fosse o fato da barriga ter crescido um pouco – para Safira (MlrSUS), o corpo seria um conjunto de membros. Na mescla de uma funcionalidade e uma aparência, Verbena também descobriu a força de seu corpo, assim como anteriormente pontuado por Cravina (MlrPRIV). “*É tanto um meio de realizar as coisas, de por em prática as coisas, como também é uma casca, é uma aparência, né. É uma imagem. Eu acho que eu descobri meu corpo mais forte do que eu sabia, antes do parto*” (Verbena - (MlrPRIV).

A força do corpo é algo que permeia esse misto de sentimentos e percepções vivenciados pelas mulheres mães, e que as auxilia a refletir sobre o processo que envolve a pluralidade “ser mulher”.

7.4 Sobre as mulheres em construção

Ao ser questionada sobre o que é ser mulher, Cravina (MlrPRIV) defendeu que ser mulher é ser forte em vários aspectos, desmistificando a ideia do “tem que”. *“Não é que mulher tem que ser forte. Acho que é, mulher é forte, ponto”*.

Apesar de Dália (MlrPRIV) ter expressado que se sentiu *“uma mulher maravilha por ter parido”*, ela também refletiu sobre o quanto é difícil ser mulher no Brasil. Na sua percepção, mercado de trabalho e maternidade é algo bem difícil de conciliar.

Olha, é difícil, não é fácil. Eu vou te falar que é difícil, porque a gente passa pelo processo da gravidez, né. Por mais sadia que seja sua gravidez, você tá num estado diferente, não adianta, né. É uma cascata de hormônios funcionando dentro de você, coisa que você não pode controlar, né. E aí ao mesmo tempo essa mesma mulher que tá grávida, com essa cascata de hormônio funcionando nesse estado diferente, ela tá no mercado de trabalho. E aí ela passa pelo processo de gestar essa criança, depois parir esse bebê e aí tem a licença maternidade que te tira também do mercado de trabalho. O retorno é muito difícil. Então, por isso que eu falo que ser mulher no Brasil não é fácil, por esse lado.

Interessante foi Verbena (MlrPRIV) ter sinalizado que era mais fácil se perceber enquanto mulher do que definir em palavras o significado de ser mulher. A vontade dela era dizer várias coisas, mas as palavras não conseguiram traduzir todos os seus sentimentos. Em geral, acreditava que ser mulher *“É ser fêmea, é ser um animal, de certa forma. Fêmea. Ser adulta, ser consciente das minhas responsabilidades e dos meus atos. Acho que é isso, a princípio é isso. Eu ia dizer tanta coisa”*.

Tulipa (MlrPRIV) repetiu a pergunta em voz alta como se buscasse inspiração para definir algo que passou a ter outro significado com a vinda de seu filho.

O que é ser mulher? Ah, eu acho que ser mulher é poder ter uma família, ter filhos, né? Poder ter um marido, poder carregar dentro do ventre um filho, né. Agora que depois que tem filho, tudo é o filho, né? É uma pergunta que se você tivesse feito pra mim antes de engravidar, eu não ia nem saber responder. Depois que a gente tem filho, a gente pensa, a gente pensa, né, que a mulher é ali, que ela é uma chave principal pra um crescimento de

uma família, numa relação, né. Ela que carrega os filhos, que pode gerar, então, pra mim, ficou esse ponto aí, de poder carregar no ventre o filho, né.

A correlação entre ser mulher e sua capacidade de procriar apareceu em outros discursos. Como a exemplo de Esmeralda (MlrSUS), que até sinalizou que a mulher para ser considerada enquanto tal, não precisaria necessariamente passar pela experiência da maternidade. Contudo, acreditava que quem passasse por essa vivência, teria uma percepção diferenciada do que é ser uma mulher.

Nossa, agora eu me sinto mais, parece que a gente se sente mais mulher. Pra ser sincera ainda mais. Não sei se, porque existem mulheres que fala: não, não penso em ter filho, não quero e tananana”. Mas eu acho que toda mulher que sonha em um dia em ser mãe, quando isso acontece, ela se sente mais mulher. Porque foi isso que aconteceu comigo, eu hoje me sinto mais mulher. Depois do parto eu me sinto. Grávida eu já me sentia, mas depois que você tem ele nos seus braços, nossa. Aí você se sente como se tivesse completo, né.

Safira (MlrSUS) até atribuiu o ser mulher à capacidade de procriar, mas acrescentou outro ponto: de ser aquela que também poderia assumir outros papéis. Como a exemplo o de ser mãe, de ser uma esposa, uma filha. Nesse sentido dos papéis, Jade (MlrSUS) atrelou o ser mãe a ser um bom exemplo. Enquanto Rubi (MlrSUS) retomou a associação de mulher à força, ainda destacando que jamais um homem passaria pela experiência de um parto normal. “*Uma mulher é força, né. Mulher é forte. Os homens falam que mulher é frágil, mas não é não. Homem nenhum aguentaria um parto normal, sairia correndo. Mulher é força*”.

Todas foram unânimes ao afirmar que a experiência do parto foi um divisor de águas em suas vidas. Esmeralda (MlrSUS) falou sobre seu amadurecimento após a experiência de ter se tornado mãe, principalmente, porque ela passou a pensar não somente nela, mas no bebê também. Sensação também compartilhada por Jade (MlrSUS). Já Safira (MlrSUS) disse ter se sentido mais realizada e amorosa, enquanto Rubi (MlrSUS) retomou a questão da força como uma medida de mudança na sua própria percepção enquanto sujeito.

Tanto é que depois que eu passei por aquilo, é uma dor horrível, insuportável, parece que você vai morrer. Aí você se sente mais forte depois, né. Por ter passado por uma coisa daquela, vi que não é normal, né. Uma dor de parto não é normal, é insuportável. Se sente mais forte, né?

Cravina (MlrPRIV) também afirmou que foi por meio da experiência do parto que ela percebeu o quão forte ela era e o quão forte ela se tornou enquanto mãe. Nesse sentido,

Tulipa (MlrPRIV) sentiu que após a experiência de gerar um filho e de amamentar – segundo ela, a parte mais difícil de todo o processo –, ela conseguiria fazer qualquer coisa.

Ah, o que eu quiser fazer agora eu consigo [...] eu acho que o que era mais difícil eu já passei na vida, então, tô tendo forças. Essa semana comecei a fazer um curso aí, porque eu falei: “Nossa, a gente consegue, né, consegue fazer as coisas”. Vou voltar a trabalhar na outra semana, já. Então, já tô ativa, já.

De forma inusitada, Dália (MlrPRIV) falou do quanto a vivência do não ter controle sobre os acontecimentos ocorridos no parto, a fez se transformar enquanto sujeito.

Eu gosto demais disso, entendeu? Dessa experiência que eu passei, de ter vivido isso, de ter esperado a natureza agir como deve ser, de ter o meu corpo feito tudo isso, né [...] Minha vida inteira eu controlei meus atos, né. Pela forma que eu penso, pelos conceitos, pelos meus princípios, eu sempre controlei meus atos. E o ato de parir você não controla. O corpo faz o que ele acha que tem que ser feito, né. Independente do que você tá pensando. Então, assim, muda completamente, muda, muda muito depois de ter passado por essa experiência, todo dia eu acho, eu penso nisso, eu penso no parto, todo dia, quase todo dia, vai. Eu relembro um pouquinho, eu gosto de falar. Eu gosto de conversar com pessoas que passaram por isso também e pessoas que tão interessadas em ouvir pra aprender, pra fazer, seguir isso também. Eu gosto!

No mesmo sentido da transformação, Verbena (MlrPRIV) atribuiu ao parto uma nova percepção sobre seu corpo e sobre o ser mulher, que passa por uma aceitação do seu novo momento enquanto sujeito mulher.

E acho que toda a percepção do corpo, não só do corpo, mas do corpo feminino. E meu corpo feminino tem pelos, meu corpo feminino tem estrias. A própria percepção do ciclo, quando eu comecei a tentar engravidar. E agora, né de como tá voltando a menstruação e perceber, assim, essa variação hormonal, essas mudanças e tudo. Então essa minha percepção como mulher mudou bastante.

Outro ponto sinalizado por Verbena foi quanto ao aspecto revolucionário em sua vida após a experiência de ter se tornado mãe, pois ela foi uma adolescente que sempre dizia que não queria ter filhos. Assumir que ela queria já foi uma grande e significativa transformação. Tanto que ter passado pela gestação, pelo parto e estar vivenciando o puerpério, ainda era um processo em construção.

Para mim foi muito transformador [...] Fui uma adolescente que não queria ter filhos [...] E eu acho que primeiro assumir isso pra mim, me libertar disso: “Não, eu quero ter filho. Olha, eu posso querer ter filho também!”

Acho que eu tinha um pouco de medo dessa carga que é muito maior pra mulher. Então eu falava: “Não, não vou ter. Não vou ter de jeito nenhum, pra depois sobrar pra mim. Não, eu não vou ter filho”. Então, assumir isso. Assumir esse desejo é compreender melhor isso, aceitar isso primeiro. Todo esse processo de engravidar. Foi muito transformador. E ainda é. Porque ainda tem dias de enlouquecer, eu não sei quando isso vai passar.

Aliada aos processos vivenciados pelas mulheres mães, temos a atuação de uma política pública sobre o parto e nascimento, que tem como uma de suas propostas substanciar de forma positiva esse período vivenciado pelas mulheres. A partir da perspectiva dos profissionais que a manuseiam tecnicamente, o próximo capítulo delinea, dentre outras questões, a construção político-normativa desse cenário.

8 DISCURSOS DAS PROFISSIONAIS DA REDE CEGONHA

Neste capítulo, além das ações da RC que apareceram nos discursos das mulheres primíparas – mas que agora apresentamos sob a ótica das profissionais^{LXXVI} da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Eixo Obstétrico, responsáveis por seu acompanhamento – optamos também por contextualizar a história do seu processo de formação. Nessa mesma linha, frisamos seu objetivo, estruturação estratégica para a sua implantação, bem como pontuamos outras ações que foram se agregando à RC a partir das demandas vivenciadas. O intuito foi, mesmo que de forma breve, apresentar os contornos que envolvem a implantação e a implementação de uma política pública sob a ótica de quem trabalhava diretamente com ela.

8.1 Histórico, objetivos e estruturação estratégica do Programa Rede Cegonha

Presente no Eixo Obstétrico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)⁶⁶, a concepção da Rede Cegonha surgiu atrelada a uma iniciativa da Política Nacional de Humanização (PNH)⁶². Dentre suas atuações direcionadas a um repensar sobre os modos de gestão e práticas de saúde, fomentou o processo de mudanças nas práticas da assistência ao parto e nascimento até então vigentes no Brasil.

A execução do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Região Nordeste e da Amazônia Legal (PQM), intermediado pela PNH, substanciou as linhas de atuação para a implantação e implementação da RC.

Porque antes da Rede Cegonha teve o Plano de Qualificação das Maternidades, que foi um plano construído para o enfrentamento das desigualdades regionais e também para tentar buscar atingir os objetivos do milênio. Então, foi um plano que foi construído para as regiões norte e nordeste e Amazônia Legal, porque pegava o estado do Mato Grosso, que foram regiões predefinidas no governo passado^{LXXVII} para a redução das inequidades regionais do país (Doris - ProfisRC).

Conectado a esse processo, o governo federal publicou, em 30 de dezembro de 2010, a portaria nº 4.279⁹⁷, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. Dentro dessa configuração, quando a Presidente

^{LXXVI} A sigla ProfisRC é referente às profissionais da RC, enquanto a sigla CoordRC é direcionada especificamente para a coordenadora da Rede Cegonha na época da pesquisa.

^{LXXVII} Quando o então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva assumiu o mandato em 2003, ele assinou o pacto para a redução das inequidades e para a redução da mortalidade materna, culminando em ações como as do PQM e consequentemente da RC.

Dilma Rousseff assumiu a gestão em 2011, colocou em prática as redes prioritárias de atenção à saúde que haviam sido anunciadas em seu plano de governo. Dentre elas, estava a Rede Cegonha^{LXXVIII}. “Nós tivemos a missão de formular o que seriam as necessidades de uma rede de atenção orientada para as mulheres no seu período gravídico puerperal e os bebês até 2 anos de idade” (Atena - ProfisRC).

O nome da RC foi inspirado no Programa Cegonha Carioca, implantado na cidade do Rio de Janeiro no mesmo ano de 2011. Como mencionado no segundo capítulo desta tese, houve críticas em relação ao nome, principalmente pela ideia da diminuição do protagonismo da mulher. Entretanto, após diversas desavenças e melhor formulação das propostas do programa, tais críticas foram sendo paulatinamente trabalhadas, mas não totalmente extintas. Inclusive, de forma gradual, também foram sendo construídas as normativas da RC.

Foi o primeiro programa, o primeiro anúncio dela após ganhar o governo. Então nós tivemos que correr para poder fazer todas as normativas que fundamentavam essa proposta, entendeu? Então foi assim que foi construída. E segundo, o ministro Padilha^{LXXIX}, ele falava que a gestão dele era [...] uma gestão para fazer coisas em um curto espaço de tempo, entendeu? Assim, ele gostava muito de dizer isso, porque foi um trabalho muito intenso nessa época, de uma intensidade enorme, com uma janela de oportunidades muito grandes para se fazer em pouco [...] (Gaia - CoordRC).

O objetivo finalístico da RC é a redução da mortalidade materna e neonatal no país. Entretanto, para que isso seja alcançado, é imperativo que se mude o modelo de atenção obstétrica e neonatal, garantindo a essa mulher mãe e o seu bebê uma atenção integral em rede.

A Rede Cegonha, ela surge para construir, né, uma atenção integral às mulheres, no momento do parto e nascimento, e às crianças, o direito do nascimento saudável. Onde a gente tem tentado buscar mudar o modelo de atenção obstétrica e neonatal, tentando, então, reduzir e trabalhar com redução de intervenções desnecessárias, né. Trabalhar com evidências científicas de atenção ao parto e nascimento e respeitando o direito das mulheres no momento do parto (Doris - ProfisRC).

Para que os estados e municípios pudessem aderir ao Programa, duas estratégias foram ofertadas: i) por meio da elaboração dos planos regionais e ii) por meio da adesão facilitada à rede. Nesta última, todo o município com gestão autônoma poderia aderir e

^{LXXVIII} Além da Rede Cegonha, faziam parte dessa configuração: i) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas com enfoque na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer; ii) Rede de Atenção Psicossocial; iii) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; iv) Rede de Urgência e Emergência⁹⁸.

^{LXXIX} Alexandre Padilha foi ministro da saúde na gestão do governo de Dilma Rousseff.

realizar ações mais direcionadas à Atenção Básica, como por exemplo, atuações mais ligadas ao componente Pré-Natal^{LXXX}. A primeira opção, sendo ela a mais utilizada, obedecia a um fluxo mais elaborado e estabelecido na própria portaria da RC, a saber: i) Adesão e Diagnóstico; ii) Desenho Regional da Rede Cegonha; iii) Contratualização dos Pontos de Atenção; iv) Qualificação dos Componentes; e v) Certificação.

O governo federal fazia o contato com os governos estaduais e esses com os seus municípios, que se organizavam em regiões de saúde [...] A organização então da Rede Cegonha, ela se dá através de construção de planos de ação regionais e aí os estados e municípios são convidados a se organizarem regionalmente. A maioria dos estados já tinham seus planos diretores regionais. Eles se organizavam em macro e microrregiões, né. E aí vem o decreto que também reorganiza as regiões de saúde e os estados foram se reorganizando. Mas se reorganizando para olhar para um conjunto de municípios, então a RC, a princípio, ela foi uma rede muito trabalhosa, né, porque você tinha que olhar para esse território e que se constituía de vários territórios e das suas necessidades. Num momento em que ninguém queria fazer essa discussão, né, porque as pessoas queriam simplesmente apresentar projetos e captar recursos. Ninguém queria fazer discussão de região de saúde e de necessidades da população. Então nós fomos muito criticados no início da RC, porque tudo demorava muito, né (Penélope - ProfisRC).

Foi por meio dos planos de ação que, pela primeira vez no Ministério da Saúde e até mesmo em boa parte dos estados e municípios, foi vislumbrada “a dimensão real de qual seria a necessidade de leitos obstétricos de risco habitual e de alto risco, de leitos neonatais, convencionais, cangurus” (Atena - ProfisRC). Interessante frisar que a RC foi construída em cima dos pilares da regionalização da saúde, que busca qualificar a atenção em rede de forma que seja mais eficiente^{LXXXI}.

Então, é uma rede que pensa muito nessa questão da regionalização, quebrando um pouco essa visão que, às vezes, é muito fragmentada dentro da atenção à saúde de que, às vezes, o município tem que dar conta de tudo, quando a gente tem municípios muito pequenos no Brasil, que precisam de uma qualificação que, às vezes, é para a atenção básica e não construir um novo hospital, por exemplo (Erato - ProfisRC).

^{LXXX} Todos os componentes e suas respectivas ações serão discriminados no próximo tópico.

^{LXXXI} Em contraponto, existem críticas relacionadas ao processo da regionalização de saúde, que por conta da capacidade instalada do SUS em atender a rede, acaba por centralizar a liberação dos recursos financeiros para os grandes centros, no qual o critério populacional passa a ser atendido. Então, as ditas grandes obras da RC ficaram centralizadas nos grandes centros populacionais. “Mas isso é uma questão que não é exclusiva da Rede Cegonha [...] enfim, é a região. Você vai ter serviços de saúde, a capacidade instalada do SUS, ela precisa atender a rede, né, atender a região de saúde”. (Metis)

Para acompanhamento dos planos nos territórios, foram criados os Grupos Condutores Estaduais, compostos tanto por membros da Secretaria Estadual de Saúde quanto das Secretarias Municipais de Saúde. Além dos Grupos Condutores, foram criados os Fóruns Perinatais. Essas são instâncias, que teriam como característica “colocar as discussões da Rede Cegonha na sociedade, né. Não deixar que a discussão ficasse só ou dentro da unidade básica de saúde ou dentro da maternidade” (Penélope - ProfisRC). Para auxiliar no funcionamento dessas duas instâncias e substanciar o desenvolvimento operacional da RC, foi criada a figura do apoiador.

Então, a gente tinha apoiadores, tinham pessoas no âmbito central, que tavam na Área Técnica de Saúde da Mulher, né, que a gente, que trabalhavam no âmbito de Brasília. A gente tinha apoiadores temáticos, que tavam no âmbito dos grupos condutores e dos fóruns. Então, nessa relação com os entes federativos e com os movimentos. E a gente tinha uma estratégia de qualificar as práticas com apoiadores institucionais de serviço. Então, a gente tinha, e ainda tinha por fim, apoiadores matriciais, que eram aqueles apoiadores especialistas em temas específicos, que iam apoiar as discussões tanto no âmbito da rede, quanto no âmbito da clínica. Então, a gente tinha aí 4 atores envolvidos para implementar, fomentar a implementação dessas políticas e dessas práticas no território (Doris - ProfisRC).

Aliados a esse cenário, também foram construídos espaços estratégicos dentro da própria gestão ministerial, que seriam o Comitê de Mobilização da Rede Cegonha e o Comitê de Especialistas.

Então, semestralmente a gente realizava Comitês de Mobilização da Rede Cegonha, onde o próprio ministro participava e tinha assento os movimentos sociais, representantes das instituições médicas, enfermagem e demais categorias profissionais envolvidas e gestores e movimentos sociais. Era um momento de diálogo, né, e de alinhamento dessas ações. Além desse grupo de Comitê de Mobilização, existia o Comitê de Especialistas, onde a partir dos encaminhamentos desse comitê se definiam ações que precisavam se debruçar técnicos-especialistas para desenvolver proposições. Uma delas foi produto final agora de 2016, o PCDT^{LXXXII}, os dois PCDTs (Atena - ProfisRC).

É importante frisar que o Programa Rede Cegonha surgiu como uma estratégia prioritária de saúde de um governo presidido por uma mulher^{LXXXIII}, que desenvolveu uma estrutura de gestão da Casa Civil para monitoramento mensal das ações das redes de atenção

^{LXXXII} Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) sobre o Parto Normal e o Parto Cesárea.

^{LXXXIII} Se levarmos em consideração o aspecto da representatividade e ocupação estratégica de espaços tidos como de poder, o fato de ter uma mulher na presidência já justificaria a criação de uma rede de atenção à saúde na qual uma parcela significativa das mulheres seria atendida.

elencadas como prioritárias de seu governo. Tal ato deu base para o enfrentamento de muitas dificuldades ocorridas nos territórios.

Então, nós tínhamos um background, tínhamos um suporte muito forte da própria Casa Civil para o enfrentamento das dificuldades da implementação dessas políticas junto aos estados e municípios. Então, isso também fez um diferencial nessa guinada da mudança de modelo. E por sua vez, colocou o ministro da saúde, sanitarista, com perfil muito diferenciado de, no seu currículo, de aproximação com populações vulneráveis, foi um gestor da saúde indígena com muita articulação política e técnica. Então a gente tinha uma facilidade de contar com reuniões assim na Casa Civil trimestralmente e com o ministro mensalmente, que nos davam suporte político para os enfrentamentos necessários junto às instituições interinstitucionais, mas não somente, na própria formulação dessa política diante de alguns entraves (Atena - ProfisRC).

No desenrolar do processo e na tentativa de assegurar direitos às mulheres mães e a seus filhos até 2 anos de idade, apesar de não constar escrito na sua portaria principal, a RC foi agregando estratégias e ações. Nas palavras de Gaia (CoordRC), a RC funcionaria como uma grande “obra aberta”.

Para dentro da Rede Cegonha, a gente trouxe também a discussão da saúde sexual e saúde reprodutiva, que a gente não pega, a gente pega a mulher grávida, mas a gente, o desfecho dela é a preparação da próxima gravidez, né. Então, a gente começou a trabalhar com esse jogar direitos sexuais e direitos reprodutivos e trouxemos também a questão das violências. Porque uma mulher grávida não está livre de sofrer violências físicas, morais e outras. E também tem a violência obstétrica. Então, a gente começou a discutir também a violência por dentro da Rede Cegonha. Depois, a gente foi trazendo todas as discussões, porque aí tem as singularidades das mulheres... a mulher negra, a índia. Aí tem as especificidades das mulheres ribeirinhas e tal. A gente veio tentando trazer tudo que era da saúde da mulher para dentro dessa marca de governo, né^{LXXXIV} (Penélope - ProfisRC).

Além de contar com um conjunto de diretrizes e dispositivos que auxiliaram em seus processos de implantação e implementação nos territórios, a RC também apresentava um diferencial: a garantia de recursos financeiros.

^{LXXXIV} Destaques para o fomento de ações quanto aos direitos sexuais e reprodutivos (em especial, o abortamento), cursos com as parteiras tradicionais, atividades de combate ao Zika Vírus, e mais recentemente o Projeto Parto Adequado (em parceria com a Agência Nacional de Saúde, que objetiva a diminuição das taxas de cesáreas no âmbito das instituições privadas) e o Projeto de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal nos Hospitais de Ensino (como estímulo à mudança de práticas dos profissionais de saúde desde a formação acadêmica).

A gente trabalhou pra qualificar financeiramente o valor da tabela SUS que era pago da Autorização de Internação Hospitalar do Parto e também criar dispositivos como os Centros de Parto Normal (CPN)^{LXXXV}, Casa de Gestante Bebê e Puérpera (CGBP)^{LXXXVI} financiados, que vão garantir uma atenção integral (Doris - ProfisRC).

Uma das prerrogativas para a qualificação e financiamento dos CPN pelo Programa Rede Cegonha era que houvesse uma equipe mínima composta por, pelo menos, dois enfermeiros obstetras ou obstetrizes. De forma que, nos CPN, a taxa dos partos assistidos por esses profissionais deveria ser de 80%. Desse modo, a RC incentivaria a existência de outra forma de cuidado ao ofertar também a entrada de um novo profissional no cenário dos partos de baixo risco. Para isso, dentro da própria dotação orçamentária da RC, foi previsto recurso financeiro para Aprimoramento, Especialização e Residência em Enfermagem Obstétrica.

As críticas relacionadas ao Programa são extremamente pertinentes para refletirmos sobre o processo de implantação e implementação de uma política pública, principalmente quando se considera a abrangência territorial brasileira. Com ressalvas ao que ainda faltaria modificar e abarcar em suas ações, de forma geral, as profissionais entrevistadas defenderam que a RC provocou mudanças substanciais na lógica de atenção ao parto e nascimento como, por exemplo, as alterações nas práticas de maternidades (que envolveram tanto mudanças físicas – na questão da ambiência – quanto na lógica de gestão), maior circularização dos discursos em torno da humanização do parto, e o reconhecimento dos profissionais quanto à necessidade de mudanças em suas condutas.

Também é importante se atentar para as alterações que ocorreram na própria gestão ministerial, que culminou no reposicionamento de algumas ações da Rede Cegonha.

É... até 2014, teve um grupo que trabalhou somente com a Rede Cegonha, no Ministério da Saúde. De 2015 para cá, a gente tá trabalhando diretamente com a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, onde a Rede Cegonha entra como grande carro chefe num dos eixos da política, que é o eixo obstétrico. Então a gente dá um salto de trabalhar exclusivamente com a implantação da Rede Cegonha e aprimoramento da

^{LXXXV} O Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade de saúde direcionada à assistência de parto de baixo risco, pertencente a uma instituição hospitalar, que pode estar localizada nas dependências internas do hospital ou em suas imediações – a uma distância que possa ser percorrida em tempo inferior a 20 minutos. Informações disponíveis na Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015⁹⁹.

^{LXXXVI} A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência momentânea de cuidado à gestação de alto risco destinada a usuárias em situação de risco, sendo elas identificadas pela Atenção Básica ou Especializada. Preferencialmente, deve estar situada nas imediações da instituição hospitalar, a uma distância igual ou inferior a 5 km. Informações disponíveis na Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013¹⁰⁰.

rede nos territórios para trabalhar com a saúde da mulher (Doris - ProfisRC).

Nesse bojo, a figura dos apoiadores direcionados ao fomento do Programa Rede Cegonha foi extinta, dando espaço para a entrada de um apoiador geral no território, vinculado a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). “*Então, todas as ações de interesse da SAS, né, que estão acontecendo no Estado, ele deve ser capaz de articular. E a Rede Cegonha passa a ser uma delas, né, mas não há prioridade (Ceres - ProfisRC).*”

Aliadas a essa mudança, outras transformações ocorreram não somente no âmbito ministerial, mas também no presidencial, quando em agosto de 2016 foi concluído o processo de Impeachment da Presidente Dilma Rousseff. Como as entrevistas foram realizadas entre os anos de 2016 e 2017, o clima de incerteza quanto ao fomento de ações no âmbito do Sistema Único de Saúde pairava no ar, tendo em vista os cortes orçamentários em distintas áreas, incluindo a da saúde.

Apesar desse novo cenário, que tende a fragilizar o funcionamento efetivo das políticas de cunho público, é defendido que, mesmo que a RC perdesse visibilidade, o discurso em prol do parto humanizado, em suas devidas proporções, já estaria instituído na sociedade, principalmente, em parte das mulheres. Isso, embora possível, ainda seria difícil de retroceder.

Eu pelo menos me recordo que quando eu fiz a minha especialização a uns 7 anos atrás, não havia tanta discussão assim sobre a humanização do parto, sobre o parto domiciliar ou sobre o parto em casa de parto ou um parto por enfermeiro. Eu via isso claro no meio acadêmico e dos serviços, mas não na sociedade. E o que a gente vê hoje na sociedade, na mobilização das mulheres, é que elas pautam isso muito fortemente. E isso também vem muito pautado em classes sociais mais altas. Isso eu acho que tem uma influência muito grande, né, porque não deixou de ser aquela coisa que o parto normal é da mulher que não tem dinheiro e aí ela vai para o SUS porque vai ser um parto normal e a mulher que tem dinheiro ou, assim que ela conquista um pouco de dinheiro, ela já paga um plano de saúde para poder fazer a sua cesárea. Eu acho que esse engajamento de mulheres de classe sociais mais altas, de mulheres que são celebridades, que são famosas, que estão indo para mídia falando sobre isso, isso ajuda também um pouco a essa reflexão (Erato - ProfisRC).

Obviamente, é de conhecimento público a existência de experiências violentas relacionadas ao parto normal, o que, de certa forma, faria com que as mulheres tendessem a desejar a cesariana. Entretanto, foi pautado que o acesso à informação de qualidade, baseadas em evidências científicas, por parte das mulheres, poderia ser uma alternativa ao

tensionamento de mudanças no sistema. Dessa maneira, se bem trabalhado, o componente Pré-Natal da RC, poderia auxiliar nesse processo.

Para melhor nos substanciarmos nas discussões, apresentamos a seguir os componentes organizativos da Rede Cegonha propostos em sua portaria.

8.2 Os componentes organizativos da Rede Cegonha e suas ações

O artigo 6 da portaria do Programa Rede Cegonha¹ cita os quatro componentes que a organizam, sendo eles: i) Pré-Natal; ii) Parto e Nascimento; iii) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e iv) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. No artigo 7, temos discriminadas as ações referentes a cada um desses componentes¹.

Nesta parte do trabalho, para melhor compreensão e obedecendo a estratégia metodológica da tese, primeiramente optamos por discriminar todas as ações de cada componente previstas na portaria. Posteriormente, abaixo de cada bloco de ações, ressaltamos aquelas enunciadas pelas profissionais à luz das falas destacadas pelas mulheres.

8.2.1 Componente Pré-Natal

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico¹.

Aliada a essas ações, uma estratégia utilizada no Pré-natal e que tem auxiliado às mulheres a refletirem sobre o acesso a seus direitos é a oferta da Caderneta da Gestante. Além dos dados quantitativos dos números de consultas realizadas e aqueles pertencentes ao acompanhamento da saúde da mulher gestante e do bebê, também são disponibilizadas informações sobre o modelo de atenção ao parto cientificamente mais indicado.

Além dos dados das consultas de pré-natal, nós inserimos também um diálogo com as gestantes, né, um diálogo bem interessante sobre cuidados, sobre direitos e também sobre o modelo de atenção ao parto aí, colocando informações qualificadas sobre as vantagens do parto normal. Algumas questões bem no sentido de ajustar as informações para quem não as tinha sobre a questão das vantagens do parto normal em relação à cesariana, porque vivemos em uma epidemia de cesariana né? (Gaia - CoordRC).

Essa questão do acesso à informação de qualidade se mostrou bem interessante. Segundo as profissionais, por vezes, por não terem muito conhecimento, as mulheres passariam por algumas situações – de violência, inclusive – que acabavam sendo naturalizadas. Desse modo, a Caderneta da Gestante mostra-se como um interessante dispositivo para substanciar algumas discussões no tocante as práticas instituídas na assistência ao parto.

A gente ouvia, muitas vezes, relatos de violência e coisas que eram colocadas pelos profissionais que a gente sabe que não condiz com a legislação, que não condiz com as boas práticas, mas que quando chega para essa mulher, ela aceita aquilo como uma verdade porque é o profissional de saúde que está falando. Então, eu acho que isso tem que partir muito também da Rede Cegonha, nessa intenção de prover mais informações, de ajudar essas mulheres a se empoderarem mais do que é a questão do parto e quais são os seus direitos. Eu acho que a caderneta, ela ajuda num ponto, mas eu acho que também tem que partir para essa qualificação dos profissionais, porque muitas vezes as mulheres ficam muito distantes (Erato - ProfisRC).

Uma interessante estratégia ofertada por profissionais que acompanham as mulheres gestantes no Pré-Natal é a realização de rodas de conversa. Nessas rodas, tanto elas quanto seus acompanhantes discutem questões que auxiliam tanto no processo gestacional quanto no parto e puerpério.

A gente tem alguns profissionais que discutem com essas mulheres em rodas de acompanhantes, ou em muitas vezes, nas maternidades foram implementadas uma estratégia que era de, a partir da diretriz da vinculação, ela tem que conhecer, ela deve conhecer a maternidade que ela vai parir antes do parto, muitas maternidades se organizaram para discutir todos esses temas. Além de discutir questões da operacionalização do hospital, do direito ao acompanhante, discutir esse tema também com as próprias gestantes que tão ali visitando antecipadamente (Doris - ProfisRC).

Foram relatadas distintas experiências relacionadas à visita antecipada na maternidade. Se, por um lado, há mulheres que já chegam aos serviços buscando mais informações, por outro, ainda há um grupo de mulheres que desconhecem seus direitos. “Tem

um grupo de mulheres que eu acho que não tem tanto acesso ou não teve um bom pré-natal, ela ainda chega na maternidade, assim, 'Ah, isso pode? Ah, pode? Não era assim?'” (Penélope - ProfisRC). Nessa perspectiva, a maternidade seria um espaço de formação para essas mulheres.

Além do acolhimento de intercorrências na gestação por meio de avaliação qualificada, que em outras palavras seria o acolhimento com classificação de risco, também foi destacado o encaminhamento da mulher gestante para outros níveis de serviço. Nesse bojo, contribuir para que o acesso ao pré-natal de alto risco ocorresse em tempo oportuno para as usuárias que dele necessitasse, também foi visto como trabalho da Atenção Básica no Pré-Natal. Além de ações que eram tidas como “inegociáveis” pela coordenadora geral da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher.

Um das coisas bem importantes que eu lembro da Gaia que era, e ainda é, a coordenadora da saúde das mulheres... falava muito e acho que foi um dos ganhos também, além do acompanhante... esse trabalho em torno do acompanhante, que até Gaia dizia “Isso é inegociável para nós”... era a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local de parto ou do PPPs. Então, isso era uma das coisas que era também o que Gaia colocava sempre como inegociável, né, que é evitar a perambulação da gestante, e que estava dentro do componente pré-natal (Metis – ProfisRC).

Nesse sentido, o componente Pré-Natal preparava as mulheres para as etapas consecutivas do parto, utilizando-se também da estruturação da rede de saúde para o acolhimento efetivo daquelas. Assim, dando seguimento aos discursos, destacamos o componente referente ao parto e nascimento.

8.2.2 Componente Parto e Nascimento

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e

g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização¹.

Frisamos que, para garantir uma assistência qualificada ao processo do parto e nascimento, as ações de cada componente se entrelaçam entre si e com aquelas dos demais componentes. Nesse sentido, a RC pode ser compreendida como uma estratégia de acolhimento multifuncional.

É uma estratégia que é um guarda-chuva, né, que vai desde ações de fortalecimento da qualificação do pré-natal, da vinculação dessa mulher do pré-natal ao local de parto. Apesar disso já ser uma lei desde 2007¹⁰¹, né, o que víamos era uma perambulação, uma peregrinação das mulheres. Então essa vinculação ao local de parto. Mas não adiantava só chegar no local de parto. Primeiro, ela precisava ser acolhida e classificada o risco. Então, a implantação do acolhimento e classificação do risco da obstetrícia nas portas de entrada. E não adianta só classificar e entrar, mas para melhorar o cenário que nós tínhamos de um paradoxo enorme, precisava-se mudar as práticas de atenção ao parto e nascimento. Então, a gente parte de um diagnóstico que o Brasil vive uma intensa medicalização do nascimento, né, com dados nada agradáveis aos gestores e nada confortáveis de ser o país de maior índice de cesarianas do mundo naquela época. Com altos índices de asfixia neonatal com parto, 98% dos partos em hospitais, a maioria deles, 88%, realizados por médicos e ainda com dados muito alarmantes (Gaia - CoordRC).

Dessa maneira, a mudança das práticas de atenção ao parto e nascimento vem vinculada a questão das Boas Práticas, sendo elas uma das ações contida no componente Parto e Nascimento. Mudar práticas seria mudar o processo de trabalho, mudar as lógicas instituídas desde a formação dos profissionais que, por vezes, foram ensinados que um parto necessita de um rol de intervenções para ser bem-sucedido.

Infelizmente, muitas dessas intervenções resultaram em violência nos corpos das mulheres. Nem todos os partos necessitam de intervenções, as evidências científicas demonstram isso. Inclusive, é por meio delas que se tem conseguido abrir um campo de diálogo com os profissionais da saúde, e não somente por ser uma questão do direito das mulheres gestantes a terem um parto respeitoso. É um campo de negociação difícil, é uma mudança de paradigma.

Então, a questão das boas práticas, ela é um dos pilares da Rede Cegonha. Então, o que a gente discute é o processo de trabalho o tempo todo. E ainda tem a questão da gente poder realmente reduzir as intervenções. Então, um parto bem assistido, com a menor intervenção, um parto que mudando as práticas, porque a gente tem uma realidade no Brasil que é ou é um parto normal traumático ou é um parto cesárea desnecessária. Então as mulheres vão escolher um parto cesárea para não ter um parto normal traumático.

Então a gente precisa quebrar isso que é um paradigma... é um paradigma e uma questão cultural, tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde. Então isso é mudança de modelo de fato, a proposição da Rede Cegonha. E nessa mudança de modelo, a gente tem que mudar prática de quem assiste os partos, que ainda a grande maioria é assistido por médicos, especialmente, no início da Rede Cegonha, mas retomando a inserção de enfermeiros obstetras para a mudança desse modelo (Ceres - ProfisRC).

A entrada de um novo profissional ao cenário do parto e nascimento vem associada a um estímulo que auxilia no repensar de ações históricas e culturalmente naturalizadas. É o estabelecimento de uma nova relação entre profissionais e usuárias dos serviços. É perceber que cada corpo é um corpo e que cada mulher é uma mulher.

Porque quando a gente coloca pra eles que essas práticas não são, não deveriam ser mais realizadas de rotina, obrigatoriamente, ele vai ter que pensar e avaliar se aquela mulher vai precisar. Pra isso, ele chega mais perto dessa mulher, ele vai fazer realmente uma análise, uma avaliação mais detalhada dessa mulher pra decidir: “vou precisar disso ou não?”. Uma episiotomia, por exemplo, então ele não vai fazer de rotina, que nem ele fazia antes, sem nem olhar pra cara da mulher, ou sem nem olhar pra aquele períneo. [...] Então quando a gente fala em mudar o processo de trabalho, mudar as práticas assistenciais, a gente está indiretamente falando daquele profissional, olhar pra sua mulher, né. Porque as mulheres não são iguais, cada uma tem um corpo, cada um tem um processo de parto, cada um tem um tipo de parto. Enfim, tem suas singularidades e você precisa prestar atenção nisso, você precisa pra poder tomar uma conduta, se você vai fazer ou não determinado procedimento. Então é, indiretamente ele, esse profissional, ele é obrigado a chegar mais perto dessa mulher e olhar mais de perto pra ela (Íris - ProfisRC).

Uma ação vai se conectando à outra. Ao mesmo tempo em que os profissionais refletem sobre a não obrigatoriedade de determinados procedimentos nos corpos das mulheres, eles também vão se atentando para outras necessidades delas, que não são da ordem do físico, mas do psicológico, do emocional. A presença do acompanhante de livre escolha das mulheres muitas vezes serve como um porto seguro para que elas passem por todo o processo que envolve o parto.

A presença de um acompanhante de livre escolha das mulheres está garantida em lei desde 2005¹⁰², entretanto, muitos entraves ainda são colocados pelos gestores e profissionais dos serviços, como, por exemplo, a questão da falta de ambiência adequada (apesar dos investimentos financeiros da RC para mudança física dos serviços), a questão da privacidade das demais usuárias (o que faz com que algumas maternidades somente liberem a entrada de acompanhantes do sexo feminino) ou até mesmo de profissionais que se sentem

acuados diante de um novo membro no cenário do parto. Contudo, apesar dos inúmeros entraves, podemos encontrar estabelecimentos que pactuam desta prática.

Um tempo atrás, não se garantia acompanhante de jeito nenhum, a coisa mais fácil era você inventar uma desculpa que o acompanhante não pode entrar. Hoje em dia, isso já não é mais tão frequente. É alto ainda, a ausência do acompanhante, mas não é quase a totalidade, como já foi, entendeu (Hebe - ProfisRC).

Uma discussão mais recente em relação ao acompanhante é quanto à presença das doulas. Por se tratar de uma profissional contratada pela gestante para fins de suporte emocional, físico e informativo, ela não se enquadraria na função do acompanhante em si. Este, de livre escolha da mulher, é – em resumidas palavras, mas não menos importante – um ponto de apoio familiar à gestante. Por vezes, é a doula quem instrui o acompanhante quanto ao modo de melhor acolher a mulher durante o trabalho de parto.

No entanto, algumas maternidades somente aceitam a presença de uma pessoa no acompanhamento da mulher gestante. Outros estabelecimentos têm sido mais flexíveis na liberação, o que talvez necessite de direcionamento maior do Ministério da Saúde no intuito de incentivar o acesso livre desses dois personagens.

Atualmente, ainda o que a gente tem é a lei do acompanhante, que é a garantia de um acompanhante por, pela parturiente, um acompanhante de escolha dela, a gente está estudando ainda essa possibilidade de incluir a doula ou dois acompanhantes da parturiente. Mas mudar uma lei também envolve um tempo e estudo, mas algumas ações locais brasileiras já estão sendo feitas. Por exemplo, aqui no DF^{LXXXVII} existe uma lei para o DF que permite a entrada de um acompanhante e uma doula (Íris - ProfisRC).

É no incentivo de algumas ações que as demais vão se construindo. Outro exemplo disso é quanto à questão da publicização das altas taxas de cesáreas no contexto dos estabelecimentos de saúde. Quando a RC sinaliza esses dados no SUS e compara com o sistema privado de saúde, o que se vê é uma discrepância alarmante. Em algumas realidades, é mais fácil a mulher ter acesso a um parto humanizado, pautado nas Boas Práticas, no contexto do SUS, do que no contexto dos planos de saúde.

As coisas vão acontecendo em cascata, né. Quando a Rede Cegonha facilita a publicização e a reverberação da epidemia de cesárea, os planos de saúde privados, eles são pressionados a se reposicionar, porque quando a gente apresenta os dados de cesárea do sistema público e os dados de cesárea do sistema privado, é alarmante. A gente tem até uma contradição, as mulheres

do SUS, elas têm mais garantia de parto humanizado baseado em evidências científicas pelo parto normal do que no privado. Muito difícil você conseguir nos planos privados um parto normal humanizado, você tem que pagar particular... os planos de saúde, por vezes, eles não permitem isso (Atena - ProfisRC).

Nessa conjuntura, ainda há confusão em relação aos termos parto normal x parto humanizado, quando na verdade – sob a perspectiva da entrevistada – o que se encontram são partos normais humanizados ou não. O acesso à informação juntamente a disseminação das Boas Práticas fazem crescer o número de mulheres interessadas em um parto mais respeitoso.

Porque muitas pessoas ainda acham: “Ah, eu quero um parto humanizado”. Fazem essa distinção do parto normal para o parto humanizado, mas é porque a gente estava oferecendo um parto anormal, por assim dizer. Então, elas vêm procurando e acho que houve uma busca crescente dessas mulheres pelo parto normal e pelo parto humanizado (Íris - ProfisRC).

Passado o momento do parto e nascimento, estratégias para o acompanhamento da mulher mãe e bebê até os dois anos de idade se estruturam de forma complementar as ações anteriores. É se baseando nesta perspectiva que o próximo tópico se estrutura.

8.2.3 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos¹.

A promoção do aleitamento materno e a realização do contato pele a pele do bebê com a mãe durante a primeira hora de vida se apresenta como uma das ações de destaque deste componente. Tendo em vista que o protocolo habitual a ser seguido é aquele no qual um *checklist* de procedimentos é realizado após o nascimento do bebê, inverter a ordem e primeiro ofertar que a mulher mãe tenha contato pele a pele com seu bebê e o amamente é algo que lida diretamente com mudanças nas práticas dos profissionais. “O médico começou a colocar o neném em contato pele a pele... ‘Ah, tá bom, eu vou colocar o neném sujinho’. Sabe? Mas depois ele incorporou e ele percebeu essa... a importância dessa prática” (Hebe - ProfisRC).

A importância dessa prática diz respeito tanto ao estímulo da vinculação da mulher mãe com seu bebê desde a primeira hora de vida quanto ao desenvolvimento saudável do bebê a partir desse contato^{LXXXVIII}. Inclusive, essa foi uma das três diretrizes que fez parte do instrumento de monitoramento das maternidades acompanhadas pelo Programa Rede Cegonha, realizado em 2013.

Então, o Ministério foi junto com o Estado e o Município sob coordenação desse Grupo Condutor Estadual para cada uma das maternidades que tiveram recursos vinculados para qualificação da assistência. Porque esse também foi um diferencial da Rede Cegonha que quando a gente tem o plano de ação regional, a gente consegue identificar as maternidades de alto risco, os Centros de Parto Normal, as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera que já tinham condições de funcionar imediatamente e aqueles que seriam ao longo de quatro anos construídos e iniciados seu funcionamento. Com isso, a gente, em 2013, começou a visitar as maternidades e avaliar o grau de implantação de 3 diretrizes principais: o acolhimento com classificação de risco, o contato pele a pele e a garantia do acompanhante. Além disso, de verificar se os leitos que estavam sendo acompanhados de acordo com o pacto, né, a programação dos planos de ação regionais, efetivamente, estavam em funcionamento. Isso gerou um efeito muito positivo no fortalecimento da articulação entre Ministério, Estado e Município, porque permitiu uma maior aproximação tanto do Ministério, na execução da política, quanto do próprio Estado, que nem sempre tinha essa agenda prioritária de estar junto aos serviços e a sua gestão. E até mesmo da gestão municipal e o municípios, que em pese estavam próximos dos serviços, mas não tinham ainda incluído uma ação estruturada de acompanhamento e avaliação dos serviços (Atena - ProfisRC).

O acompanhamento mais próximo dos estados e municípios incide diretamente na questão do sistema logístico da própria Rede Cegonha, sendo este ponto melhor apresentado a seguir.

8.2.4 Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;

^{LXXXVIII} “estudo de metanálise mostrou que o contato pele a pele precoce entre mãe e filho tem efeito positivo sobre a amamentação entre um e quatro meses após o nascimento, sobre o nível de glicose no sangue dos recém-nascidos nas primeiras horas de vida e na estabilidade cardiorespiratória de recém-nascidos prematuros tardios.”¹⁰³

- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames)¹.

Apesar da relevância desse componente, nenhuma das suas ações foi citada nos discursos das mulheres entrevistadas. Entretanto, para melhor conhecimento, e devido a sua importância, optamos por discriminar todas as suas ações. Para darmos continuidade a proposta da pesquisa, destacaremos agora questões relativas ao corpo e as mulheres, no entanto, sob a perspectiva dos profissionais da RC.

8.3 Sobre os corpos em construção

A concepção de corpo trabalhada pelo Programa Rede Cegonha – subsidiada pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – remete a ideia do incentivo a um protagonismo das mulheres, como regente das suas próprias ações e, conseqüentemente, do seu próprio corpo. No sentido de se contrapor a uma imagem historicamente construída pela ciência de um corpo defeituoso, que necessita de intervenção, no caso profissional, para funcionar.

Para além da Rede Cegonha, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres tem trabalhado o corpo feminino como o corpo que é da mulher, de direito dela. Então, é um sujeito de direitos e que a gente tem buscado muito ir na contramão do que tem sido colocado, né, no cotidiano das violências. Então, para a Rede Cegonha, o corpo da mulher é aquele corpo protagonista que vai de fato dizer sobre suas ações, né, sobre suas necessidades (Doris - ProfisRC).

É ressaltado, assim, que a própria PNAISM já tratava da questão do corpo e das mulheres. Entretanto, é defendido que foi por meio da RC, que essas questões foram mais bem trabalhadas. “Acredito, sim, que a Rede Cegonha tenha dado mais incentivo [...] previu, é, fortemente essa mudança de modelo obstétrico, neonatal, então houve sim também uma influência, um impacto direto na vida dessa mulher e do corpo dessa mulher” (Íris - ProfisRC).

Inclusive, o que parece ser meio óbvio para aqueles ouvidos mais desatentos, é o que precisa constantemente ser trabalhado com as mulheres, profissionais da saúde e a própria sociedade civil. Por vezes, pensar sobre o óbvio causa estranhamentos. Talvez até mesmo por nos fazer questionar sobre algo já tido como natural. Isso ocorreu quando se foi perguntado o que seria corpo.

Ave Maria! (risos) Concepção de corpo? [...] Corpo... nossa, mãe. Que o corpo é da mulher, que ela tem direito ao seu próprio corpo. É isso, meu corpo, minhas regras. E ao direito ao tratamento digno, respeitoso, com bases científicas. É tão óbvio isso, que parece que a gente... mas isso é tão óbvio: "Oh, você tem direito ao seu corpo". (risos) Não é óbvio, assim, né? Só que o óbvio está tendo que ser dito já há muitos anos [...] devolver a ela esse lugar que é seu de direito. Protagonista e de dona de si mesmo, de seus processos, de suas escolhas, da sua sexualidade, porque parto e nascimento é referente à sexualidade. Acho que é isso. Que pergunta difícil, hein, mulher! (Hebe - ProfisRC).

Apesar desse questionamento soar difícil, é por meio dele que as elucidações quanto aos limites da apropriação indevida dos corpos surgem. É como se a partir desses limites fossem construídas novas relações dos corpos em si com aqueles que os habitam e com aqueles que os manuseiam.

Nossa, senhora! Ai... concepção de corpo enquanto... bom não sei, concepção de corpo é difícil viu, XXXX, mas é concepção de corpo enquanto a construção da própria pessoa. Eu acho concepção de corpo, enquanto autonomia, enquanto... ai meu Deus, como é que eu vou falar disso? [...] Eu acho, eu acho que quando você abre possibilidades para expressão dessa construção, dessa corporeidade e você, inclusive, coloca limites para apropriação desse corpo de forma indevida por outros, como, os alunos, estudantes, trabalhadores... eu acho que você ajuda a reforçar toda essa noção dessa construção e da necessidade de dar dignidade, assim, para as mulheres (Gaia - CoordRC).

O processo de construção desse corpo envolve distintas questões. A partir do momento em que a RC investe no parto normal, ela disponibiliza a essa mulher mãe um rol de informações sobre a vantagem de ter esse tipo de parto. Na teoria, isso faz com que a mulher possa refletir sobre os aspectos que sustentam os discursos em torno do parto normal.

Por exemplo, quando ela está em trabalho de parto, o bebê, ela passa pelo canal de parto, canal vaginal, o que é isso, quando ela começa a entender a importância disso, a importância dessa passagem pelo canal vaginal vai ter, por exemplo, para o bebê dela, em questão de imunidade, de, e até mesmo fisicamente pra ela. Então, eu acho que esse avanço do parto normal, esse aumento, maior discussão e incentivo, influenciou diretamente no corpo dela (Íris - ProfisRC).

Então, de certa forma, a RC não enxerga o corpo como um objeto a ser manipulado. Na medida em que considera o parto como algo da ordem do fisiológico, o corpo passa a ser o grande centro da atenção. E para acompanhar o funcionamento desse corpo, algumas ações são propostas para as mulheres gestantes no trabalho de parto. Interessante é o reconhecimento de que na ordem do discurso, tais ações são tidas como boas estratégias, entretanto, na ordem das práticas cotidianas dos serviços, elas ainda são um grande desafio.

Então, essa coisa de não permitir mais a posição litotômica, de permitir a deambulação, livre movimento, desse corpo falar por si, ele ser o direcionador, né, do trabalho desse parto, do trabalho da equipe [...] a estratégia da Rede Cegonha para os debates nos serviços que preconiza as boas práticas fala disso, o corpo, ele precisa ser respeitado, né, na sua fisiologia. E ele vai lutar por essa mulher, que o habita. Que ele fala por essa mulher e essa mulher fala por esse corpo. Então, é necessariamente reconhecido como uma boa estratégia, agora, no discurso. Como isso ainda está na prática e nos movimentos? É um puta desafio, que a gente ainda tem muito para caminhar. Mas é um diferencial, que antes de 2011, para mim, eu diria até um pouquinho mais, em 2013, quando eu comecei a visitar as maternidades, não fazia sentido. Hoje é um grande referencial (Atena - ProfisRC).

Nesse caminhar sobre a compreensão de um corpo protagonista e em construção, também há um reconhecimento da limitação da RC em entender somente uma parte desse corpo: o gravídico. Há uma gama de corpos e mulheres que ao mesmo tempo em que se unem fisiologicamente, se distanciam em suas singularidades.

Tô aqui pensando [...] Você acha que essa pergunta é fácil? [...] Calma, tô respirando. [...] A gente ainda trabalha com esse corpo em desenvolvimento, né. Eu acho que é isso, quando você está trabalhando com uma mulher grávida, você está trabalhando com isso, né? Você está trabalhando uma experiência de maternidade ainda com esse corpo em desenvolvimento, mas eu acho que a gente tinha que pensar numa coisa maior ainda, que a gente não conseguiu, porque... que é a grande crítica né? Do movimento feminista, quando você desloca e não consegue ver esse outro sujeito mais inteiro. Você vê parte do sujeito, né? Então, para o programa eu ainda estou vendo parte desse sujeito, parte dessa mulher. Eu ainda não consigo ver essa mulher na sua integralidade, né? Como a mulher que ela era antes de decidir muito bem ou não tão bem assim de estar grávida, ou quando ela decide que não quer estar grávida, que é aquela mulher em situação de abortamento. Então, eu pego essa mulher, o programa olha para esse momento, né, essa foto da concepção, né, que eu acho que ainda é fragmentada (Penélope - ProfisRC).

Nesse sentido, se formos nos ater somente à marca RC, a mulher seria vista de forma mais fechada, engessada. Entretanto, se nos remetermos ao Programa como pertencente

ao Eixo Obstétrico da PNAISM, ela seria vista de forma mais integralizada. *“Então quando eu vou olhar para essa mulher de uma forma mais integral eu busco a política. Daí eu busco a política para olhar para ela para dizer que ela tem mais do que um útero, um óvulo fecundado”* (Penélope - ProfisRC).

Produzir um diálogo com essa noção mais integrada de saúde findou por ser um grande desafio para RC, principalmente por ter tido um foco em uma determinada área. Para uns, a RC não conseguiu dialogar com essa concepção mais ampliada de saúde, que abarcasse, por fim, as distintas questões biopsicossociais. Como também não conseguiu dialogar com a amplitude dos direitos sexuais e reprodutivos. Para outros, essas questões estavam implícitas.

Mas, assim, eu não sou mulher, só porque eu tenho uma questão reprodutiva e um sexo diferente do gênero masculino. Eu sou mulher por uma série de outras questões, né. Agora, para a Rede Cegonha, eu acho que a questão da saúde sexual e reprodutiva é o que representa o corpo da mulher. [...] uma vida sexual saudável, não significa necessariamente que eu queira reproduzir e isso também é direito, eu também tenho que olhar para isso, para as mulheres que não querem ter filhos, ou quando essas mulheres quiserem ter filhos. A gente tem que olhar e eu acho que quando a gente fala da Rede Cegonha, a gente também está falando desse escopo, embora isso, às vezes, pareça que não, pareça que o recorte é único, exclusivo de processo de gestação e parto. Não, não gestar e parir também é uma questão que está posta na Rede Cegonha (Ceres - ProfisRC).

Esse movimento envolve muitas nuances que necessitariam de mais tempo para seu aprofundamento. *“A gente precisa de muito trabalho pra além desse momento do parto e nascimento, pra conscientizar, para produzir ciência nessas mulheres e que elas se tornem, de fato, donas de seus corpos”* (Doris - ProfisRC). Contudo, pensar além da proposta de um programa também envolve um pensar para si. Desta maneira, foi questionado aos profissionais o que seria corpo para eles. Aqui novamente o estranhamento se fez presente em alguns discursos.

Nossa! É... nossa, essa é uma pergunta que eu nunca tinha pensado! (risos) Eu acho que ele evolui muito para o corpo como algo potente, né, como algo que não é um objeto, onde se deve praticar, que se deve treinar, onde se deve intervir sem o consentimento. O corpo, ele é de poder daquela pessoa, de cada pessoa (Erato - ProfisRC).

Ao se levar em consideração o corpo como pertencente a cada pessoa, tem-se em mente ele como algo de muita potência, no qual não se deve intervir sem o consentimento prévio de quem o habita. Esse processo do habitar é fruto de uma relação que as próprias

peças estabelecem com o mundo ao seu redor. Nesse sentido, para Gaia, a compreensão de corpo estaria mais relacionada a como as pessoas praticam esse habitar, estando mais conectada a um processo de autonomia.

Corporeidade... corporeidade é como você habita o seu corpo [...] é uma expressão... é uma expressão de uma construção cultural na relação, assim, sua com você e com o mundo. Então, para mim, ele está em constante construção, por isso é que a forma como você se apropria desse corpo da mulher, objetivando esse corpo e reduzindo, inclusive, toda essa expressão da própria mulher, ela precisa ser mudada. Eu acho que a questão do direito a autonomia das mulheres, ela é fundamental (Gaia - CoordRC).

Uma autonomia que, inclusive, envolveria um modo singular de se autocompreender. Como, por exemplo, Ceres sinalizou, o corpo não somente como algo que a representava materialmente no mundo, mas também espiritualmente. Sendo que na sua forma espiritual, o corpo deveria falar muito mais do que ele representaria em sua forma física. Íris também entendia o corpo não somente como um cuidado externo, mas também como um cuidado espiritual e emocional.

Atena se remeteu a questões identitárias e psíquicas, mas não sem antes demonstrar certa surpresa ao pensar sobre o assunto e elaborar a resposta ao passo que pensava e falava sobre ela.

Nossa senhora! Então, corpo pode ser definido agora, pensando alto, para mim, começa essa matéria e ao mesmo tempo essa energia, que a mulher é... habita e ao mesmo tempo é habitado. Gostei disso quando eu falei para você porque assim, porque é a nossa identidade, né, mas ao mesmo tempo que é a nossa identidade, a gente também tem a identidade corporal e tem a identidade psíquica. Então, essa identidade psíquica também influencia e muda esse corpo, né. Então, eu diria que é, essa identidade da mulher, essa constituição da mulher, esse reconhecimento dessas outras possibilidades, que orienta as nossas decisões, mas que também é totalmente orientado pela essa ordem psíquica, né (Atena - ProfisRC).

Metis não conseguia mais enxergar o corpo como algo separado daquilo que intitularia como identidade e de seus aspectos emocionais. No entanto, mais do que isso, acreditava que seu corpo seria tanto fruto da forma como ela se relacionava com o mundo e quanto como o mundo chegava a ela. Em suas palavras, seria algo muito mais ampliado do que meramente fisiológico.

Então, o fato de, por exemplo, eu ser mulher e ser um corpo que as pessoas me olham e me igualam: “ela é mulher”, isso me coloca em posições sociais diferentes das posições sociais dos homens. Então, portanto, a minha

experiência de vida é diferente da experiência de vida masculina, dos homens. Então não é simplesmente um corpo no sentido físico, é aquilo que o meu corpo... são as experiências de vida, minha identidade, né, que é construída por meio, através de meu corpo, né. [...] Então, muito mais ampliada, né, do que uma coisa fisiológica, né, muito mais (Metis - ProfisRC).

É pelo meio dessas relações que se mostram e se constroem na relação com o mundo que Hebe sinalizou como a compreensão dela sobre corpo foi mudando ao decorrer do tempo. Para isto, fez uma analogia com as cascas da cebola. “*É como se você fosse tirando cascas, tipo cebola, assim, me livre dessa, me livre dessa, você vai aos poucos liberando de todos esses padrões ancestrais, culturais, sociais que a gente acaba impregnando, assim né*” (Hebe - ProfisRC).

Ao passo que as cascas vão sendo retiradas, uma outra configuração de sujeito vai se apresentando. Nesse sentido, o próximo tópico se ocupará da tentativa de evidenciar o ser mulher trabalhado pelo programa e pelas próprias percepções das entrevistadas.

8.4 Sobre as mulheres em construção

A história sobre o parto e o nascimento mostra o quanto o corpo da mulher foi submetido aos discursos científicos. De um modo mais “caseiro” de parir – que muitas vezes contava com a presença de parteiras da própria comunidade, na qual a mulher gestante fazia parte – passamos para um modelo de parto hospitalar. Nesse tipo de modelo, geralmente, a mulher é submetida a um profissional da saúde que, por vezes, sinaliza uma possível incapacidade dela de parir.

É o outro que sabe sobre nós, e o outro que vai intervir sobre nós para que a gente possa parir. Nesse cenário de tentar resgatar, né, um outro modelo, tentar mudar um modelo de atenção, a gente tem trabalhado, de resgate mesmo, de produção, porque algumas mulheres nunca tiveram esse protagonismo na vida, quanto mais no momento do parto e nascimento. [...] Pouco a pouco tentar construir com ela essa ideia de que ela pode parir, de que ela pode e ela tem essa potência pro nascimento. É ela que vai saber cuidar do filho melhor do que qualquer outro profissional. É aquela mulher que está sentindo as dores, é aquela mulher que tá sentindo prazer, é aquela mulher que tá vivendo o ápice de sua sexualidade naquele momento de parir, de ter a criança. Então, nós temos tentado discutir muito com os profissionais para essa mudança de atitude em relação à mulher (Doris - ProfisRC).

Inclusive, foi por conta do posicionamento diferenciado das mulheres frente a essas práticas sobre seus corpos que a Rede Cegonha encontrou forças para propor e continuar com suas atividades. Gaia destacou exemplos de mulheres que já chegavam aos serviços solicitando o parto normal, inclusive de mulheres acompanhadas por planos privados de saúde, que tem demonstrado interesse por uma experiência significativa no parto. Nesse sentido, a mulher seria o agente central do programa.

É, eu acho que o programa enxerga a mulher como agente central, porque todas as nossas políticas, nossas ações visam atingir, atingi-la, né, tanto a mudança do ambiente, do processo de trabalho, tudo isso é em vista de uma melhor assistência pra ela e pro recém nascido né (Gaia - CoordRC).

É bem verdade que apesar dos avanços, há ainda muitos desafios dentro dos serviços para que os profissionais da saúde enxerguem a mulher gestante de forma integral, ou seja, para além de uma barriga.

A mulher, quando ela está gestante, ela é a barriga, então só se olha para a barriga, não se tem uma atenção integral, é... há uma visão ainda bem arraigada naqueles princípios de antigamente, da questão da mulher como um ser irracional, um ser é... essa coisa mesmo da medicalização assim, da mulher por exemplo que é poliqueixosa, da mulher que tem muitas vezes uma dor e essa dor não é considerada algo importante para ela porque é uma frescura ou é um “pit” ou alguma coisa assim. Eu acho que falta muito para os profissionais verem a mulher como um todo e ver um corpo da mulher como um todo. A mulher, ela não é vista de forma nenhuma de maneira integral. Mesmo quando a gente pensa na atenção obstétrica, né, na maternidade. Muitas vezes, para além da questão da violência obstétrica, que viola esse corpo, que viola essa mulher dos direitos dela, as escolhas dela também, né. Ela é vista como alguém que está ali para parir e no momento que pariu, acabou (Erato - ProfisRC).

É necessário acolher essa mulher mãe em todas as fases do processo gestacional no intuito de que ela conheça o seu corpo, saiba o que quer da sua vida, que tenha dúvidas e certezas sobre a escolha de se tornar mãe, enfim. Nesse ensejo, Penélope almejou que os serviços de saúde conseguissem estar efetivamente ao lado dessas mulheres, no intuito de acolher as suas necessidades, independente de quais sejam.

No entanto, é sabido que existem resistências nos serviços de assistência. Se por um lado, há profissionais mais abertos às propostas, por outro, há também profissionais que se opõem claramente. Doris destacou que o caminho para convencê-los a mudar as práticas não se daria via os direitos das mulheres, mas sim, por evidências cientificamente comprovadas.

Mas é um caminho né, que a gente tem tentado trabalhar e remediar a formação, que a gente tem uma formação de obstetrícia muito, muito difícil de lidar, muito intervencionista, muito tecnocrática. Alguns lugares, a gente vê esse respeito ao corpo feminino e a essa posição da mulher durante o momento do parto. A gente tem a experiência do Sophia Feldman que eles não chamam nenhuma mulher de paciente, nenhuma mulher de mãe, nenhuma mulher de cliente, nenhuma mulher de usuária. É a mulher X. Lá, se você falar do porteiro ao diretor geral, é a mulher, não é a paciente, não é a cliente. Então, a gente também aprende muito com esse hospital de referência de como construir cidadania neste momento do parto, que é o tempo todo. Se a gente está resgatando esses direitos, numa atenção baseada em evidências científicas, que a gente quer chamar de boas práticas, a gente tá promovendo e construindo também cidadania nesse processo. E aí eu acho que tem tudo a ver de ligar um resgate ao corpo feminino e a posição da mulher na sociedade (Doris - ProfisRC).

Assim, esse movimento estaria ligado diretamente a uma ressignificação do lugar da mulher na sociedade brasileira, que incluiria a sua presença nos serviços de saúde. E mais do que isso, como mesmo ressaltou Atena, incluiria também “*uma discussão da disputa de poder de gênero nessas instituições que se revelam, por vezes, em violência institucional e em violência de gênero, e que a gente traduz também como violência obstétrica*”.

Para mim, hoje, a violência obstétrica, ainda presente na distribuição do país, revelam uma disputa de poder tanto de gênero quanto de violência institucional que perpassa não só a mulher, quanto todos os usuários que infelizmente ainda, para grande parte da população, o SUS é para pobre, pobre não precisa de muito direito, né. E aí não é isso que a gente está falando, está falando de um processo de democratização e cidadania. A mulher nisso traz um conjunto de resistências e desafios para a construção da nossa sociedade que é isso. Não é só de gênero, não é só de violência institucional, também é de classe, também é de raça. Quando a mulher é pobre, é negra, isso se reverbera muito mais [...] então, essa mulher da Rede Cegonha no discurso, na tese e nas prioridades, todo o diálogo que a gente faz junto aos Estados, Municípios e profissionais da assistência, é no reconhecimento desse direito dessa mulher, e que para esses direitos sejam garantidos, as práticas tem que ser adequadas (Atena - ProfisRC).

Nesse ensejo, Ceres (ProfisRC) acreditava que as mulheres gestantes se sentiram em pauta quando se tornaram protagonistas de um programa de uma política pública do porte da Rede Cegonha. Como as demais entrevistadas destacadas até aqui, Hebe sinalizou que por meio de suas ações, a RC enxergava a mulher como atriz principal, como protagonista do processo. Para substanciar esse ponto, trouxe considerações sobre a maioria dos serviços de assistência em saúde, principalmente particulares, nos quais a lógica de funcionamento estaria centrada em determinados profissionais, e não nas mulheres mães.

Entretanto, essa centralização na mulher mãe também foi vista com críticas por alguns profissionais, como também, a própria nomenclatura “materno-infantil” exposta pelo programa. *“Muita gente... eu era uma das pessoas, que brigavam, da coordenação, porque sempre tinha aquela expressão materno-infantil com hífen, né. E aí assim, como um sujeito único, materno-infantil” (Metis - ProfisRC)*. A ideia passada era como se a mulher e o bebê fossem uma única pessoa, quando na verdade, são totalmente distintas.

Do ponto de vista de política pública, eu acho que a gente deveria se atentar para isso e deve se atentar. Mas por fim, embora muitas pessoas, né, muitos técnicos fizessem essa crítica, eu acredito, e pela experiência que eu vivi e o que eu vi da Rede Cegonha, eu percebo que é o retrato de mulher, que a Rede Cegonha traz, é muito o retrato da mulher que vai reproduzir, uma reprodutora, né (Metis - ProfisRC).

Outro ponto trazido por Metis foi quanto à integração da Rede Cegonha à Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Por conta de uma estratégia de gestão de recursos e implementação da RC, tal ação foi realizada. No entanto, como o volume de trabalho do Programa era grande, as demais ações da PNAISM ficaram prejudicadas, o que influenciou diretamente na concepção prática de mulher trabalhada na coordenação.

Acabou que não deu para fazer as duas coisas ao mesmo tempo e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Mulheres é uma política que preconiza o tempo inteiro a integralidade, né, e várias outras coisas, os direitos ampliados das mulheres e outros grupos populacionais que também não estavam considerados na Rede Cegonha (Metis - ProfisRC).

As críticas são pertinentes e reconhecidas em outros discursos. No entanto, ao mesmo tempo, também foram destacadas outras ações que ganharam força junto com os discursos da RC em prol de um parto mais respeitoso. Nesse sentido, Erato (ProfisRC) se referiu a um grande movimento de mulheres que se conectam via redes sociais e que desempenham um importante papel na discussão em torno do parto humanizado, influenciando diretamente no modo como as mulheres se enxergam no processo.

Nesse ensejo, Hebe sinalizou que a coisa mais forte para gerar informação seria envolver cada vez mais as mulheres nas formulações das ações.

Você tem que ouvir o que elas querem, o que elas precisam, como é que elas enxergam essas necessidades, o que elas precisam, né? Qual o caminho, a experiência dessa realidade? E eu quero transformar essa realidade em quê? Não adianta ser normativo, tem que ser feito junto (Hebe - ProfisRC).

É nesse fazer junto que Erato destacou o quanto o Programa Rede Cegonha enaltecia a questão da força e do poder da mulher. Ao incentivar a prática do parto normal, ela desmistificaria a ideia de que a mulher seria fraca ou que ela não daria conta de parir. Ao levarmos em conta o processo de medicalização dos corpos das mulheres mães, parir normal seria um ato de resistência.

Então, para mim, trabalhar com essa questão do parto, é trabalhar muito com esse poder que a mulher tem sobre o seu próprio corpo e de decidir o que deve ser feito com o seu próprio corpo. Porque foi um poder que foi perdido durante muitos anos, durante muito tempo para essa questão medicalizante do corpo, mas, para além disso, eu acho que é força para resistir a todos esses fatores externos que querem cada vez mais tirar o pouco de poder e o pouco de visibilidade que a gente tem. Então, esse machismo histórico que é de toda a civilização na verdade, não é algo que é de um ano para cá, mas é algo da nossa civilização, sempre subjugou muito as mulheres e nós sempre continuamos fortes, né, resistindo apesar de tudo (Erato - ProfisRC).

Ao que indica, a proposta de mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento também reverberou na vida profissional daqueles que a praticava, proporcionando, inclusive, um novo olhar para aquela que conduz o ato: a mulher mãe.

Eu vi um profissional de mais de 60 anos, depois que mudou o modelo de atenção, puseram quarto com privacidade, com acompanhante, a mulher na posição de cócoras parindo ali... em outro momento, ele me falou que era como se fosse a primeira vez que ele tivesse visto uma mulher parindo (Gaia - CoordRC).

São exatamente essas mulheres mães que foram mencionadas em um dos discursos de Hebe. Ao se basear em relatos decorrentes de experiências vivenciadas por mulheres mães em serviços intitulados como humanizados, ela destaca o parto normal e respeitoso como um mecanismo de empoderamento e de descoberta dessas mulheres.

E quando você vê, por exemplo, os relatos das mulheres, que tem parto lá, você vê o quanto aquilo foi transformador para ela. E não é só do ponto de vista da vivência do próprio corpo, na sua potência, né, nessa coisa incrível que é parir e tal, mas no fato de ter vivido um parto e nascimento que não foi sofrimento, que não foi desrespeitoso e que ela foi considerada como sujeito de direito, sabe? E não como objeto de cuidado. Assim, então, posso falar que a Rede Cegonha como um todo, Brasil, acho mais difícil, mas a gente tem esses casos de sucesso que são fortes indícios de que é o mecanismo de empoderamento e de descoberta das mulheres sim (Hebe - ProfisRC).

Além de influenciar os profissionais que lidam diretamente com o cuidado das mulheres mães e delas próprias, a mudança de modelo na assistência também influenciou as pessoas que conduziam a parte técnica da implantação e implementação do Programa Rede Cegonha. No entanto, apesar de lidarem diretamente com experiências de empoderamento e de descobertas de si das mulheres mães, pensar para si mesma sobre o que é ser mulher ainda trazia alguns estranhamentos.

Inclusive porque a própria experiência demonstrava que não havia um único modo de ser mulher. *“Quando você faz essa pergunta: o que você entende por mulher? Nossa, que pergunta mais cabeluda, difícil, porque eu tenho ‘n’ mulheres que eu preciso reconhecer”* (Atena - ProfisRC). Esse reconhecimento representava tanto um poder quanto uma força que cada uma tem.

Nossa... (risos). É força, né? Acima de tudo. Porque nós sempre fomos muito subjugadas e continuamos sendo, né, e é muito poder e é muita força, porque há uma vulnerabilidade histórica e cultural, social, enfim, que muitas vezes subjugava esse poder que a mulher tem, essa força que a mulher tem (Erato - ProfisRC).

Aliada a essa força e poder, Penélope também destacou a fragilidade da mulher, compreendendo-a assim como um sujeito de inúmeras contradições. Mas que acima de tudo, estariam dispostas a passar pelo processo do constante aprender. *“Mas eu acho que, assim, são mulheres fortalezas e mulheres que estão dispostas a aprender. Eu acho que se tem um ser que nunca perde a disposição para o aprendizado, esse sujeito é uma mulher, sabe”* (Penélope - ProfisRC). Um aprendizado que exigia um exercício árduo de conviver com o risco iminente de perda de direitos conquistados no decorrer da história.

Ser mulher é viver nesse país em que a gente tem os nossos direitos ameaçados, os direitos já conquistados, a gente corre o risco de perder alguns né, como, por exemplo, é, a questão do aborto permitido em lei, os três casos que já é permitido, até mesmo esses três casos previstos em lei já tem discussão pra que não sejam mais [...] e aí é isso, é defender seu corpo, defender suas ideias, seus pensamentos, é uma luta constante (Íris - ProfisRC).

Hebe (ProfisRC) reconheceu seu lugar de privilégios. Por ser branca, cisgênero, de classe média e com curso superior, sabia que seu percurso de vida foi diferente da maioria das mulheres do país, e que isso influenciava na forma de compreender o que é ser mulher. Nesse sentido, Metis (ProfisRC) trouxe que ser mulher seria estar em constante luta de

ressignificação e de valorização, de conquista da cidadania. Aliás, questionou: como continuar sendo cidadã depois de ser mãe?

E eu acho que em relação às mulheres mães, isso acaba que até pelas opressões todas que as mulheres têm... essa coisa de ser mãe e continuar sendo produtiva dentro de uma sociedade capitalista, desta que a gente vive, é muito uma luta em torno disso de que como continuar sendo cidadão, cidadã depois de ser mãe? [...] como continuar trabalhando, como continuar tendo renda, como continuar tendo autonomia, como, né, como ser cidadã? Como ter uma creche... e ao mesmo tempo exercer o cuidado do outro? Então, eu acho que uma coisa da vida das mulheres é uma coisa, uma identidade muito dual, que é ao mesmo tempo... é... lutar pela construção e manutenção até de uma cidadania sendo mulher, sendo mãe, né. E ao mesmo tempo abrindo espaço para que o outro sujeito, né, um bebê, uma criança possa existir a partir da gente, né. Então, você vê que é isso. Acho que a gestação é isso. Abrir espaço para que um outro sujeito possa ser criado a partir de mim. [...] Né, então isso, assim... como é que eu vou abrir espaço para uma coisa tão essencial, tão profunda e ao mesmo tempo ficar nessa correria da luta pelo capital, pela cidadania? Então, são coisas importantes a serem consideradas aí (Metis - ProfisRC).

Nessa pluralidade de ser mulher, Ceres (ProfisRC) destacou o quanto era difícil responder à questão proposta. “Ser mulher? Que difícil [...] Eu devia ter um monte de coisinha copiada, né, o mês da mulher, todo mundo já falou tanto do que é ser mulher, mas eu acho que ser mulher é uma coisa tão complexa que é muito difícil da gente definir [...]”. Ressaltou que ao mesmo tempo em que haveria a mulher da maternidade, também haveria a mulher empreiteira. A mulher não teria um lugar próprio, no sentido de que não há “lugar de mulher”, pois todos os lugares são para as mulheres.

Gaia (CoordRC) e Íris (ProfisRC) também sinalizaram uma dificuldade em responder à questão pelo mesmo motivo da complexidade. Interessante foi Íris ter colocado seu espanto em não responder sobre algo com o que ela trabalhava cotidianamente: “Nossa! (risos) Uma pergunta muito complexa, não é simples. [...] Ai, deixa eu pensar. [...] Gente (risos), difícil, e a gente trabalha com isso né? (risos)”. Para Gaia (CoordRC), a questão do ser mulher estaria associada a uma construção social.

Como é que eu defino? Eu acho que mulher é um ser muito complexo para ser definido, primeira coisa. [...] acho que existe a questão dessa diferença biológica, mas mulher é uma construção, é uma construção de relações de gênero né? é... então existe aí uma construção social, cultural do que é ser mulher, né.

Diante das considerações colocadas em torno do Programa Rede Cegonha, do ser mulher e do corpo, o próximo capítulo se ocupará em elucidar as suas respectivas análises.

9 ANÁLISES DOS DISCURSOS

Ao levarmos em consideração os discursos apresentados pelas mulheres quanto aos componentes organizativos da Rede Cegonha, notamos que apenas ações dos três primeiros componentes apareceram nos discursos das oito mulheres mães entrevistadas. Nesse caso, foram aquelas referentes aos componentes: i) Pré-Natal; ii) Parto e Nascimento; e iii) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança.

Possivelmente, pelo último componente intitulado “Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação” tratar de questões operacionais dos serviços, ele não tenha aparecido com grande destaque nos discursos das mulheres. Contudo, ressaltamos a sua importância no tocante à formulação de estratégias que objetivam eliminar a perambulação das mulheres gestantes pelos serviços, especialmente, no momento do parto.

As ações do componente supracitado se conectam diretamente com a tentativa de diminuição da alta taxa de mortalidade materna brasileira. Como apontado nos discursos, esse seria o objetivo finalístico do Programa Rede Cegonha. No entanto, para que isso seja alcançado, é de extrema importância que a forma de assistência a todo o processo gravídico (pré-natal, parto e nascimento, puerpério) das mulheres também sofra alterações.

Para subsidiar as discussões e auxiliar na melhor compreensão das questões colocadas, permanecemos com a divisão dos componentes apresentadas na tese.

9.1 Componente Pré-Natal

A descoberta da gravidez envolve distintos processos. Se, por um lado, pode representar a realização de um desejo por parte de algumas mulheres, por outro, também pode ser a porta de entrada para um mundo de incertezas e de mudanças, que incluem a relação com o corpo e consigo mesma.

Duden⁵² nos auxilia na reflexão do quanto o corpo da mulher se transforma em um corpo público após a confirmação da gravidez, e da forma como a mulher gestante se torna um objeto mãe em favor do surgimento de seu sujeito filho. Na verdade, essas colocações refletem a forma histórica de como os corpos das mulheres foram estrategicamente medicalizados e educados em favor do gerenciamento da população¹⁶.

É por meio do biopoder, que há regulamentação, controle e gerência da vida das populações⁵⁰. Nesse sentido, ao tomarmos como referência os estudos foucaultianos que preconizam que os exercícios de governar estariam localizados dentro do Estado ou da

sociedade⁸, destacamos a atuação tanto do Estado quanto de diversos campos de saber, a exemplo do saber médico, sobre o corpo da mulher.

O biopoder se ocupará de um conjunto de processos como: as taxas de natalidade e mortalidade, o acompanhamento do quantitativo de exames realizados no pré-natal, as campanhas nacionais de vacinação, dentre outras ações – que refletem em processos de normatização dos sujeitos. Nesse ponto, exemplificamos como uma de suas atuações o acompanhamento ginecológico das mulheres, ainda anterior ao processo gestacional, que incide diretamente nos seus direitos sexuais e reprodutivos.

É um cuidado de saúde associado a um controle – afinal, nessa perspectiva, cuidar é controlar – sobre a sua possível capacidade reprodutiva, que culmina no controle da taxa de natalidade da população. Ou seja, em uma intervenção no corpo da mulher enquanto uma estratégia social⁵¹. Esse controle adentra o processo gestacional. O acompanhamento de saúde realizado no pré-natal é um efeito daquele.

Importante destacarmos que não eximimos a importância de ações desse tipo – inclusive, são necessárias frente às problemáticas sinalizadas no decorrer da tese no tocante à assistência à saúde –, mas ressaltamos sua dupla intencionalidade. Ao se oferecer um leque maior de possibilidades de cuidado à saúde das mulheres gestantes, também se exerce um controle maior sobre seus corpos. Após essas ressalvas, retomamos as análises das ações do componente Pré-Natal da portaria da Rede Cegonha enfatizadas na pesquisa.

Ao tomarmos como referência o grupo de mulheres primíparas acompanhadas majoritariamente pelo SUS, do total das dez estratégias lançadas no referido componente, destacamos o aparecimento de três delas nos discursos provenientes das entrevistas realizadas.

- a) Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- c) Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; e
- e) Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto¹.

Quanto à primeira ação – referente à captação precoce da gestante e qualificação da atenção por parte da Unidade Básica de Saúde – vimos que o quantitativo de consultas variou de dez a doze. Esse dado demonstra que, para as mulheres entrevistadas, o atendimento no SUS foi realizado desde o início da gestação o que ocasionou o acesso rápido ao acompanhamento médico, o possível encaminhamento para realização de exames e demais estratégias realizadas pela rede de atenção à saúde. Um ponto complementar mencionado

pelas profissionais foi a oferta da Caderneta da Gestante^{LXXXIX} na qual, além de dados sobre a gestação, havia informações sobre vantagens do parto normal.

O incentivo a esse tipo de parto é uma das estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde em combate a alta taxa de cesarianas realizadas desnecessariamente^{XC,XCI} no Brasil. Com uma taxa de 55,6% que contrapõe aos 15% preconizados pela OMS, o Brasil assume o segundo lugar mundial em realização de cesarianas. Mais informações sobre a temática em questão serão trazidas no componente Parto e Nascimento.

Outra ação do componente Pré-Natal mostrado nas entrevistas foi o referente ao acesso da gestante ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno. Por conta dos abortos anteriores, a gravidez de Rubi (MlrSUS) foi considerada de risco e ela foi prontamente encaminhada pelo Centro de Saúde do seu território a realizar o pré-natal em um serviço de referência.

Por fim, abordaremos a vinculação da gestante ao local do parto. Foi Safira (MlrSUS) quem relatou a experiência de ter visitado antecipadamente a maternidade. Tal iniciativa foi decorrente de ação realizada pelo local onde fez o acompanhamento do pré-natal. Além dessa visita, ela também teve acesso a palestras, a exemplo de algumas relacionadas à amamentação. Nesse ponto, destacamos mais uma vez o processo de controle sobre o corpo da mulher mãe, no qual ele se torna um ponto de apoio para o exercício da biopolítica⁴¹.

Nesse sentido, à mulher é ofertado um conjunto de ações de controle denominadas de tecnologias políticas do corpo ou, mais precisamente, tecnologias de poder.

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, os dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais [...] Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las: esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo^{15:28-9}.

^{LXXXIX} Ver relato de Gaia (CoordRC) na página 113.

^{XC} No dia 10 de abril de 2019, o Projeto de Lei nº 435 foi proposto pela Deputada Estadual Janaina Paschoal (PSL-SP) na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP). Esse tem como proposta garantir a gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal. Tal projeto vai de encontro às 56 recomendações recentemente publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que objetivam reduzir as intervenções desnecessárias no parto. A Associação de Obstetrícia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) e o Núcleo de Defesa da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (NUDEM-SP) já se posicionaram publicamente contra a aprovação do projeto¹⁰⁴⁻¹⁰⁶.

^{XCI} No dia 23 de agosto, o governador do Estado de São Paulo sancionou o projeto de lei supracitado¹⁰⁴.

Se, como atesta Foucault¹⁶, onde há controle, há resistências, destacamos uma peculiaridade em relação às mulheres acompanhadas pelo sistema privado de saúde. Com um quantitativo de consultas que variou de oito a dezoito, muitas das mulheres já chegavam aos consultórios munidas de diversas informações em prol do parto que haviam optado por realizar. Elas faziam um uso direcionado das ditas tecnologias de poder, inclusive das pesquisas quanto à taxa de partos cesáreas dos médicos serviam como parâmetro para continuar ou não o acompanhamento de pré-natal.

A gente foi entrando de cabeça, foi entrando de cabeça e com isso eu fui pesquisar qual que era a taxa de parto normal dessa médica que eu tava indo, né, no pré-natal. A taxa dela era de 95% de cesárea e cada vez que eu ia no pré-natal, ela não tocava no assunto de parto (Dália – MlrPRIV).

Dessa maneira, evidenciamos a importância do acesso à informação no processo de autogoverno das mulheres. Ao tomarmos como referência o acesso à informação enquanto dispositivo de resistência ao sistema estabelecido, o fato do profissional de saúde substanciar suas ações em evidências científicas, tornava-se um fator decisivo para a contratação dos seus serviços por parte das mulheres do setor privado.

Ela me pareceu não só, que faz o parto normal, mas que tá, é... que tem evidências científicas no trabalho dela. Tanto que no meio da gestação ela ficou afastada umas duas semanas porque ela foi pra um congresso, então assim, uma pessoa que tá estudando bastante, acho que isso é importante. Então eu falei: “ah, têm uns procedimentos que eu não quero”. E que pelo que eu andava lendo, até antes da gravidez, que eles não são mais indicados como rotina e eu sabia que ela também respeitava isso, tava informada em relação a isso (Verbena - MlrPRIV).

A própria Verbena sinalizou que virou praticamente uma “nerd de maternidade” de tanto que pesquisou sobre o assunto. Nesse sentido, também podemos recorrer ao relato de Dália (MlrPRIV) quanto ao fato de ter assistido ao documentário Renascimento do Parto e do efeito provocado nela e em seu marido.

Nossa, quando eu assisti “O Renascimento do Parto” parece que alguém veio, abriu minha cabeça, fez um corte na minha cabeça, né. E aí, despejou um monte de informação lá dentro [risadas]. Foi um divisor de águas na minha vida, “O Renascimento do Parto”. Divisor de águas! [...], uma mistura de sentimentos, de raiva, de gratidão por ter assistido antes, no comecinho, deu tempo da gente se organizar, deu tempo da gente se empoderar e estudar bastante sobre o caso. Mas deu aquele sentimento de raiva pelo sistema.

Aqui há um diferencial de conduta a ser destacado. Algumas mulheres acompanhadas pelo sistema privado de saúde relataram ter trocado de médico durante o período pré-natal. Muito possivelmente, pelo fato das mulheres acompanhadas majoritariamente pelo SUS estarem submetidas ao desenho de uma rede, na qual deve ser atendida por profissionais vinculados a seu território, isso acaba por impossibilitá-las de realizarem o acompanhamento com profissionais que “desejem”.

Outro ponto é que o profissional do pré-natal não é o mesmo do momento do parto, o que ocasiona que essas mulheres fiquem a cargo da “loteria” do plantão. Associado a este fator, ainda destacamos o poder do discurso médico como direcionador de práticas. Ele sinaliza um exercício do biopoder sobre o corpo da mulher que “não funciona”, culminando no sujeitamento – no sentido de estar sujeito a formas de dominação: étnica, social e religiosa¹⁹ – dela ao que o médico diz.

Então, eu sempre desejei o parto normal, porém no decorrer da gestação, a gente viu que meu neném seria grande. Grande e gordinho. Então a médica ficava no final da gestação “Ah, não sei, talvez, eu, eu acho que vai ser cesárea.” [...] Ah, eu comecei a ficar com um pouco de medo dele ser grande. Mesmo eu querendo normal, comecei a ficar com pouco de medo (Esmeralda - MrlSUS).

As experiências vivenciadas no pré-natal acabam influenciando no modo como as mulheres mães chegam ao parto e nascimento. Nesse ponto, ressaltamos a importância da conexão entre o presente componente e o seguinte.

9.2 Componente Parto e Nascimento

Para algumas mulheres, a chegada do dia do parto é a possibilidade de concretude de um longo período de planejamento realizado, por vezes, ainda antes do início do pré-natal. Entretanto, por se tratar da ordem do fisiológico, o parto tende a lidar com o inesperado, com a real entrega das mulheres gestantes, dos familiares e dos profissionais da saúde em participar do processo.

Esse lidar com o inesperado vai de encontro a toda uma lógica historicamente construída que remete a uma não capacidade do corpo da mulher em parir. Associado a um conjunto de procedimentos que, de forma bem sucinta, foram criados tanto como resposta a um quantitativo relevante de mortes maternas e infantis, quanto para dar certa previsibilidade ao acontecimento do parto e nascimento.

É com base nessa previsibilidade, no intenso fluxo de atendimentos presenciados nas maternidades e em mais diversas outras questões – que não serão tratadas nesta pesquisa – que a taxa de cesárea tem aumentado, principalmente, no âmbito privado da assistência à saúde. Como mencionado, nas palavras de Gaia (CoordRC), estaríamos vivenciando uma “*epidemia de cesariana*”.

Como contraponto, é ofertado um rol de estratégias para o incentivo ao parto normal. No entanto, não é somente proporcionar à mulher gestante que ela tenha esse tipo de parto, mas, sim, ofertar a mulher condições para que esse momento seja, acima de tudo, respeitoso. Lamentavelmente, temos um relato de violência obstétrica, no qual o procedimento da episiotomia foi feito sem que a mulher gestante tivesse sido comunicada e com ausência de anestesia. A sutura também foi realizada sem qualquer tipo de anestésico.

Eu fiquei lá no pré-parto, aí fiquei na bola lá, no chuveiro, na bola, no chuveiro, eu não tava aguentando de dor. Aí eu pedia pra me dar uma... [...] É pra ajudar, eles num deram, aí ficou demorando, demorando. Aí quando o médico foi lá pra examinar, disse que só com oito, sete centímetros de dilatação, né, pra dar analgesia, aí eles demoraram pra caramba pra me examinar, fazer o toque, né. Aí quando ele foi fazer o toque, ela já tava nascendo [...] Aí não deu tempo da anestesia, aí eles fizeram lá a episiotomia sem anestesia. Tudo assim, sem. [...] Isso eu achei horrível, ele nem falou assim: “Tô fazendo”. Não. Já fez e... aí, foi assim (Rubi-MlrSUS).

Foucault¹⁹ sinaliza que o exercício de poder pressupõe uma relação. Na medida em que ele é um “modo de ação sobre as ações dos outros”^{19:244}, supõe-se que os sujeitos dessa relação devam ser livres para se deslocar, para resistir. Nesse caso, em específico, não houve relação, não houve resistência. Rubi foi submetida a um ato de dominação, de coação, de sujeição. Esse ato, exercido brutalmente por um saber profissional que se impõe de distintas formas sob os corpos das mulheres, em especial, as parturientes.

É interessante notar que, nesse mesmo discurso, aparece o que o Ministério da Saúde, por meio do Programa Rede Cegonha, preconiza como a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, ponto destacado no item das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento presente no componente Parto e Nascimento. Rubi teve acesso a alguns deles, o que denota que a maternidade integrava a discussão do parto humanizado.

Contudo, o ato praticado pelo profissional, incita-nos a refletir que a mudança da lógica de atenção ao parto e nascimento não se dá somente pela via estrutural, mas nas microrrelações dos processos. Entretanto, é também nos entremeios dessas microrrelações que são exercidos modos diferenciados de manuseios dos corpos, refletidos por uma lógica de

recorte tanto social quanto racial. A mulher que foi submetida a uma violência obstétrica se classificou enquanto parda e de baixo poder aquisitivo.

Por mais que saibamos que a violência seja algo que possa ocorrer com todas as mulheres – independente de raça e condições socioeconômicas – a realidade nos mostra que ela é mais preponderante em determinados corpos que em outros. Dessa forma, podemos destacar que o governo de si não é exercido de forma igualitária entre os distintos corpos.

Ao adentrarmos nas discussões das Boas Práticas, destacamos que das sete ações descritas no presente componente, somente duas delas foram destacadas nos discursos dos dois grupos das mulheres mães entrevistadas. São eles:

- c) Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”; e
- d) Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato¹.

Entretanto, há uma distinção entre os dois grupos de mulheres primíparas no quesito das Boas Práticas. Foi observado que as mulheres mães acompanhadas pelo sistema privado de saúde também tiveram acesso à possibilidade de produção do Plano de Parto e o incentivo a posições não supinas (não horizontais) durante o trabalho de parto, fato que corrobora com a questão do exercício não igualitário do governo de si.

Ah, primeiro é que eu queria a participação do meu marido o tempo todo. Que eu queria que fosse com a minha médica, a minha doula, a enfermeira dela. Eu não contratei pediatra pra XXXX por uma questão de dinheiro mesmo. Acabou o dinheiro no final das contas, acho que eu teria contratado, mas enfim. Tinha os procedimentos que não queria que fizessem com a XXXX. Eu não queria que aplicassem colírio, eu não queria que aspirassem desnecessariamente. Queria que ela ficasse no meu colo, que esperassem o cordão parar de pulsar. Tinha isso da anestesia, que eu preferia esperar, né. Que eu queria parir na banquetta ou verticalmente. Lá eles têm também, na maternidade. Ah, que eu não queria música, eu não queria incenso, não queria essas coisas. Eu sou muito irritada com cheiro. Tem a pessoa que pira, né, na banheira. Primeiro que eu não queria na banheira. Eu olho pras fotos, eu acho a posição desconfortável. Pode ser que seja bom, não sei. Não queria banheira, flor, incenso. Eu queria essa posição vertical mesmo (Verbena e a descrição de seu plano de parto- MlrPRIV).

Como mencionado, sob a perspectiva foucaultiana, todas essas recomendações, baseadas em evidências científicas, seriam tecnologias de saber-poder instituídas pelo sistema de saúde vigente⁵⁶. Aliás, o interessante de se pensar sobre essas questões que envolvem a biopolítica é de podermos proferir que: seja para instituição de novas lógicas de atenção ditas

como mais humanizadas ou seja para a permanência das práticas mais tradicionais, sempre (por mais dura que seja a interpretação dessa palavra) estaremos submetidos, em menor ou maior escala, a sistemas de controle.

Exemplo a ser dado foi quanto ao pagamento de taxa extra para o acompanhamento do profissional médico no momento do parto. Nesse caso, todas as mulheres mães do grupo do sistema privado de saúde pagaram por esse serviço, além de muitas delas contarem com o acompanhamento de doulas. Ao que tudo indica, há um “combo parto humanizado” direcionado àquelas que podem pagar por esse serviço.

Nesse sentido, poderíamos pontuar duas questões: haveria um movimento de resistência ao modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento por parte das mulheres acompanhadas pelo sistema privado de saúde? Ou haveria um movimento de sujeição dessas mulheres a um novo modelo de assistência ao parto e nascimento?

Interessante é que, por mais que as mulheres acompanhadas majoritariamente pelo SUS possam ter usufruído de algumas das tecnologias do parto dito humanizado, por vezes, elas não reconheceram que vivenciaram tal experiência. Possivelmente, a visão midiática do “parto humanizado da banheira” tenha influência sobre esse aspecto. *“Eu acho que a diferença é que todos os partos humanizados que eu vejo é na água, né, numa banheira” (Esmeralda - MlrSUS).*

A aposta do MS na entrada de um novo profissional da saúde no cenário do parto também se mostra como uma estratégia biopolítica interessante. Oferecer cursos de qualificação em enfermagem obstétrica auxilia diretamente no processo de mudança da lógica tradicional de assistência ao parto e nascimento. Ao que nos consta pelas entrevistas, essa tecnologia foi bem integrada nos sistemas privados de saúde, por meio da presença das enfermeiras obstetras nas equipes intituladas como humanizadas.

No âmbito público, a entrada desse profissional reorganiza a perspectiva de atendimento às gestantes, deixando aos médicos somente os casos em que a mulher gestante necessita de algum tipo de intervenção. Em relação ao sistema vigente, esse profissional da enfermagem obstétrica seria uma forma de resistência ao instituído. Contudo, por estar dentro de uma lógica institucional, compreendemos que ele seria mais uma tecnologia de poder da biopolítica compreendida a partir de uma nova perspectiva.

A outra ação descrita no componente Parto e Nascimento e presente em todos os discursos das mulheres mães foi o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período dela na instituição de saúde. Apesar de lei datada de 2005¹⁰², a presença do acompanhante não é uma realidade em todos os serviços de saúde. Reconhecida como causa

“inegociável” por parte do Ministério da Saúde, além de ser um importante recurso emocional para a mulher, ele é também aquele que mexe diretamente na organização estrutural dos serviços.

Ao tratarmos de dispositivos de resistência ao instituído, a realização de partos normais e respeitosos – com o mínimo de intervenção possível – tem sido uma realidade alcançada por muitas mulheres no sistema privado de saúde. Com uma taxa acima de 80% de partos cesáreos, a presença dessas mulheres nas maternidades proporciona um repensar de condutas. Por vezes, ela já chega à maternidade, próximo ao período expulsivo e juntamente com uma equipe profissional contratada (médico obstetra, enfermeira obstetra, doula).

Muitas maternidades vendem o serviço de hotelaria, por vezes com custo alto, como forma de recompensar o não uso das tecnologias disponíveis nas instituições – como a exemplo das utilizadas em uma cesariana. Por se tratar de um serviço com alto custo financeiro, o “combo parto humanizado” direciona-se a determinada classe social. Em contraponto, a RC propõe oferecer esse serviço de forma gratuita, mas não sem antes encontrar dificuldades em seu caminho.

Ponto a ser destacado é que as mulheres do sistema privado que passaram pela experiência do parto normal e humanizado revelaram desejo em passar pela experiência novamente. Como a exemplo de: Verbena (MlrPRIV) que relatou que, se tudo fosse feito do mesmo jeito, teria mais uns vinte filhos; Cravina (MlrPRIV) que já pensava no segundo filho, assim como, Dália (MlrPRIV). O que nos demonstra que há algo de significativo na experiência do parto e nascimento.

Olha, depois dessa experiência, até uns dois meses mais ou menos que ela nasceu, eu falava que eu não queria passar por isso de novo. Porque eu sofri demais, eu ainda enxergava a dor como um sofrimento, sabe? Mas é impressionante o quê que acontece, acho que a natureza ela sabe o que faz, porque eu não lembro, eu só lembro que doeu muito. Mas eu não lembro do tipo da dor e de algum tempo pra cá, já de alguns meses pra cá, eu já penso em ter outro bebê e já penso no parto normal de novo, entendeu? (Dália - MlrPRIV).

Quando falamos da experiência do parto e nascimento, podemos falar de todos os tipos de parto. Porque mesmo Tulipa (MrlPRIV), após ter sido submetida a uma cesariana, não se enxerga mais tendo um parto normal. Assim como Esmeralda (MrlSUS), após sua experiência de cesárea na rede pública. Ao contrário de Jade (MrlSUS), que após ter sido submetida a uma cesariana, ainda almeja passar pela experiência do parto normal.

No final das contas eu tive cesárea porque eu não sei se demoraram muito pra fazer meu parto, ele entrou em sofrimento. Mas eu quase tive ela normal, levei até anestesia e tudo pra ter ela normal. Quando o médico chegou, que foi o único contato que eu tive com ele mesmo assim, foi na hora do parto mesmo. Ele chegou, ele falou pra mim que era melhor da gente fazer uma cesárea, porque ela tinha entrado em sofrimento. Aí eu falei assim: “Tudo bem, né, não vou arriscar também a vida da minha filha” (Jade - MrlSUS).

Sob a perspectiva foucaultiana, Jade passou por um processo de sujeição ao saber-poder médico, pautado no receio de arriscar a saúde da sua filha. Possivelmente, por não ter tido a opção da escolha, ainda deseja vivenciar outro tipo de experiência no parto. Desejo esse, compartilhado com Rubi (MrlSUS), que mesmo após o episódio de violência obstétrica, caso tivesse outro filho, gostaria de ter novamente um parto normal, mas humanizado. O que demonstra, mais uma vez, a existência de algo significativo no processo do parto.

9.3 Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

Das seis estratégias descritas neste componente, apenas a referente à amamentação foi mencionada pelas mulheres primíparas, sendo ela: “a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável”¹. Nesse ponto, todas tiveram acesso a amamentar seus bebês na primeira hora de vida.

Apesar dos benefícios já comprovados para a saúde do bebê, por vezes, devido aos habituais protocolos iniciais de atendimento ao recém-nascido, realizados pelos profissionais médicos, ainda é possível ver o descumprimento da indicação do contato pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida. Mas, como mencionado por uma das técnicas do MS, essa prática vai sendo absorvida aos poucos^{XCI}.

Tal fato tem conexão com o que também foi colocado por outra profissional do MS. Não é somente pelo direito de as mulheres terem acesso a determinadas práticas que os profissionais começam a implantá-las, mas, sim, pela via das evidências científicas. Vemos, assim, mais uma vez, a atuação das tecnologias de saber e poder no cenário da assistência ao parto e nascimento.

^{XCI} Ver relato de Hebe (ProfisRC) acima.

9.4 Sobre os corpos em construção

Dentre as mudanças ocorridas em todo o processo gestacional, as modificações corporais são, de fato, as mais evidentes. De uma forma bem diretiva, elas posicionam as mulheres em uma nova categoria, a um novo modo de ser. Sob a perspectiva foucaultiana, esse movimento decorre dos processos de subjetivação.

Foucault destaca como subjetivação “o processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, mais precisamente de uma subjetividade, que evidentemente não passa de uma das possibilidades dadas de organização de uma consciência de si”^{28:262}. A partir dessa perspectiva, Bacelar²⁰ destaca o sujeito como uma relação, uma forma, que tem como principal característica o fato de não ser idêntico a si mesmo. Neste ponto, trazemos o relato de Cravina que diz não mais reconhecer o seu corpo.

Esse negócio, a mudança do corpo, eu não me via, porque é aquela coisa, né. Você tem seus peitos, você tem a sua barriguinha, você tem a sua bunda que você conhece. E daí, de repente, você não tem mais isso. Eu olhava no espelho, tinha dia que aquela roupa que ontem me servia, hoje já não serve e eu não sei mais como me vestir, não sei como vestir esse corpo que tá mudando a cada semana (Cravina - MrlPRIV).

Esse corpo que muda semanalmente também é um corpo que é manuseado de diferentes formas, não somente durante o período gestacional. Como apontado, ele também é um corpo sujeitado a diversas intervenções, principalmente, no momento do parto e do pós-parto imediato. Afinal, ele passa a ser um corpo público⁵². Ao falar disso, Verbena fez uma reflexão sobre a perda de pudor, a relação com seu próprio corpo e com os demais a sua volta.

Eu brincava que na gravidez é a última escala, do pudor, assim, porque você conversa com as pessoas sobre prisão de ventre, hemorroida [...] é um monte de exame de toque. Eu brincava: “Mais gente pegou no meu peito na maternidade do que em toda minha vida”. Porque toda hora era um tal de: “Tá saindo leite? A pega tá correta? Tá saindo leite?” E assim, é... então você tem que perder o pudor, é a sua relação com corpo e os outros (Verbena – MrlPRIV).

Nesse interim, ao se remeter à história das mulheres, Perrot⁴¹ sinaliza o modo como a sexualidade provocou uma medicalização tanto do sexo das mulheres quanto de seus corpos, visando à solidez da instituição familiar e da saúde da sociedade. Nesse entendimento, o corpo da mulher seria um lugar estratégico da esfera pública e privada, um ponto de apoio à

família, servindo como o permutador da sexualidade e da aliança – em outras palavras: uma base para a biopolítica.

Por compreendermos esses movimentos como vinculados a processos de subjetivação, defendemos que a forma como as pessoas lidam com os corpos das mulheres influencia diretamente na constituição delas enquanto sujeitos. Provavelmente por essa razão, Verbena tenha verbalizado que o processo que envolveu o seu parto e pós-parto tenha feito com que ela repensasse a relação com o seu corpo e os demais a sua volta.

Inclusive, todo o processo gravídico, mas, em especial, o ato de parir fez com que essas mulheres mães começassem a olhar para os seus corpos de outra forma. Como a exemplo de Dália (MrlPRIV), que o classificou como muito poderoso; de Tulipa (MrlPRIV), que relatou ainda estar impressionada com o que o corpo fez: “*Ah, um corpo que fez gerar um filho, né, é impressionante até agora eu não acredito, né [...] É impressionante o que o corpo da gente faz, eu tô impressionada até agora o que um corpo pode fazer*”.

Ou de como sinalizou Cravina do quanto o corpo está preparado para parir e de como a mulher tem força para tal.

Porque eu, ah, eu senti todas as coisas assim na hora do, no parto, eu fiquei em casa até oito centímetros, então eu senti todas as dores assim, que, que dói pra caramba. Então você sente, você sente que tá vindo um serzinho ali e você sente que o seu corpo tá preparado, se preparando pra isso. [...] Você vai parir, você nasceu pra isso. Seu corpo, não pra isso. Mas seu corpo tá programado pra isso, você pode fazer isso, né. Você é forte o suficiente pra isso. Acho que isso, isso também, essa percepção de força. Por mais que eu sempre, não sou tão fraca assim pra dor, mas no parto que eu vi que “olha, não sou tão fraca não. Não sou não” (Cravina - MrlPRIV).

Detalhe para a parte do relato na qual ela destacou que o corpo nasceu para parir, mas não necessariamente a mulher nasceu para isso. “*Você vai parir, você nasceu pra isso. Seu corpo, não pra isso. Mas seu corpo tá programado pra isso, você pode fazer isso, né*” (grifo nosso). É interessante frisarmos esse ponto porque há uma naturalização histórica da mulher como aquela que nasceu necessariamente para parir^{XCIII}. O que vai de encontro aos distintos desejos das mulheres que, inclusive, podem desejar não ter filhos.

De fato, há um incentivo por parte do Programa Rede Cegonha ao protagonismo da mulher no momento do parto que contrapõe à ideia do corpo defeituoso, o qual não consegue parir. Para vermos o efeito desse discurso, é só lembrarmos do relato de Dália (MrlPRIV), quando ela se aproximou do final da gestação e não havia nem sinal para início de

^{XCIII} Tais questões e mais outras serão melhor trabalhadas no tópico seguinte.

trabalho de parto. *“Bateu quarenta semanas e eu não entrei em trabalho de parto, e aí você já começa: poxa, a natureza comigo não vai funcionar”*. Pelos discursos produzidos, podemos inferir que os corpos das mulheres mães resistem à ideia de um corpo defeituoso.

No entanto, como pontuado na pesquisa, a Rede Cegonha acaba privilegiando um tipo de corpo: o gravídico. Se for feito um contraponto com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, isso fica mais notório. Tanto que alguns profissionais do MS reconhecem que se fossemos nos ater a marca RC, a mulher seria vista de forma mais engessada. Contudo, se acessássemos a política, conseguiríamos vê-la de modo mais integral.

Toda essa discussão envolve uma complexidade de pontos que não serão abordados e nem resolvidos aqui, inclusive porque essa não é a proposta primordial da tese. Para contribuir com essa ressalva, trazemos uma reflexão realizada por uma das profissionais entrevistadas: *“A gente precisa de muito trabalho pra além desse momento do parto e nascimento, pra conscientizar, para **produzir ciência nessas mulheres** e que elas se tornem, de fato, donas de seus corpos”* (Doris – ProfisRC) (grifo nosso). Nesse ponto, frisamos que há uma clara distinção entre aquele que faz a política e aquele que a recebe de fato; entre fazer ciência nessas mulheres e fazer ciência com as mulheres.

Inclusive porque se torna imperioso pensar, primeiramente, sobre o que é corpo para depois refletirmos sobre a sua transformação. Interessante é que algumas das próprias profissionais entrevistadas apresentaram dificuldade em definir o que seria corpo. Nesse ponto, lembremos os relatos produzidos pelas profissionais no tópico “Sobre os corpos em construção” do capítulo “Discurso das profissionais”.

Por hora, ao pegarmos esse embalo do corpo que é de poder de cada um, mas que também é de matéria e de energia, optamos por nos ater ao discurso de Verbena (MrlPRIV). Ao ser questionada sobre o que seria corpo, diz ter o descoberto como mais forte depois da experiência do parto. *“É tanto um meio de realizar as coisas, de por em prática as coisas, como também é uma casca, é uma aparência, né. É uma imagem. Eu acho que eu descobri meu corpo mais forte do que eu sabia, antes do parto”*.

A partir de discursos como o de Verbena e de tantos outros sinalizados nesta pesquisa, podemos inferir que há um processo de descoberta da potencialidade do corpo a partir da experiência do parto e nascimento. Por nos basearmos em uma perspectiva foucaultiana, defendemos que essa vivência influencia diretamente no processo de constituição de si das mulheres, ou seja, nos seus processos de subjetivação.

9.5 Sobre as mulheres em construção

Ao partirmos do pressuposto de que as experiências do parto e nascimento contribuem para o processo de subjetivação das mulheres, temos em vista que tais vivências trazem um diferencial para a vida delas. Não temos como intuito quantificar esse diferencial, mas as mulheres mães entrevistadas foram unânimes em considerar a experiência da gestação, em especial, do parir, como um divisor de águas em suas vidas.

Muitos dos discursos se referem à descoberta de uma força, de um poder desconhecido decorrente do processo do parto.

Então foi pela experiência do parto mesmo, que eu vi o quão forte eu era, o quão forte eu, eu me tornei, enfim, como mãe (Cravina - MrlPRIV).

Tanto é que depois que eu passei por aquilo, é uma dor horrível, insuportável, parece que você vai morrer. Aí você se sente mais forte depois, né. Por ter passado por uma coisa daquela, vi que não é normal, né. Uma dor de parto não é normal, é insuportável. Se sente mais forte, né? (Rubi - MrlSUS).

No sentido de despertar nas mulheres gestantes a capacidade delas de passarem pelo processo do parto, de incentivá-las a desenvolverem um protagonismo nesse cenário, de reconhecerem a força de seus corpos, que o MS tem desenvolvido suas estratégias por meio das ações da RC. No entanto, há o reconhecimento de que, historicamente, as mulheres não foram incentivadas a serem protagonistas das suas vidas. Fazer com que isso aconteça no momento do parto e nascimento é um desafio ainda maior.

É o outro que sabe sobre nós, e o outro que vai intervir sobre nós para que a gente possa parir. Nesse cenário de tentar resgatar, né, um outro modelo, tentar mudar um modelo de atenção, a gente tem trabalhado, de resgate mesmo, de produção, porque algumas mulheres nunca tiveram esse protagonismo na vida, quanto mais no momento do parto e nascimento. [...] Pouco a pouco tentar construir com ela essa ideia de que ela pode parir, de que ela pode e ela tem essa potência pro nascimento. É ela que vai saber cuidar do filho melhor do que qualquer outro profissional. É aquela mulher que está sentindo as dores, é aquela mulher que tá sentindo prazer, é aquela mulher que tá vivendo o ápice de sua sexualidade naquele momento de parir, de ter a criança. Então, nós temos tentado discutir muito com os profissionais para essa mudança de atitude em relação à mulher (Doris - ProfisRC).

Entendemos que esse protagonismo é limitante, que por meio das instituições, os exercícios de poder seguem um determinado fluxo – no qual as tecnologias de poder tendem a

normalizar condutas tidas como errantes¹⁹ –, ou seja, que a ordem do discurso nesses espaços é encadeada de outra forma⁹³. Entretanto, como mencionado, também defendemos que é por meio desses arranjos institucionais que há o afloramento das possibilidades de resistir, pois a resistência é dada em relação¹⁶.

Então, no contexto desta pesquisa, apostamos que o uso das tecnologias de poder associadas ao parto e nascimento pode desencadear a ativação e construção de novos processos de subjetivação, pois entendemos que há uma diferença entre aquilo que as relações de poder estabelecem sob a forma de uma identidade (como um modelo a ser seguido) e a forma pelo qual a subjetividade pode se apoderar das relações de poder construindo algo para si mesmo.

Como a exemplo de Dália que afirmou ter mudado sua conduta após a experiência do parto – que envolveu o uso de tecnologias de poder (como por exemplo, os métodos não farmacológicos de alívio para dor) –, principalmente, por ter vivenciado uma relação de não controle do seu corpo.

Eu gosto demais disso, entendeu, dessa experiência que eu passei, de ter vivido isso, de ter esperado a natureza agir como deve ser, de ter o meu corpo feito tudo isso, né. Eu não controlei nada, minha cabeça não controlou nada, né. Foi tudo meu corpo. Independente do que tava pensando, era o corpo agindo. Eu não quis nem saber o quê que eu tava pensando, né. Minha vida inteira eu controlei meus atos, né. Pela forma que eu penso, pelos conceitos, pelos meus princípios, eu sempre controlei meus atos. E o ato de parir você não controla. O corpo faz o que ele acha que tem que ser feito, né. Independente do que você tá pensando. Então, assim, muda completamente, muda, muda muito depois de ter passado por essa experiência, todo dia eu acho, eu penso nisso, eu penso no parto, todo dia, quase todo dia, vai. Eu lembro um pouquinho, eu gosto de falar. Eu gosto de conversar com pessoas que passaram por isso também e pessoas que tão interessadas em ouvir pra aprender, pra fazer, seguir isso também. Eu gosto! (Dália - MrlPRIV).

Neste ponto, retomamos Foucault⁸ ao descrever os processos de governamentalidade. Ao se remeter à capilaridade do poder, no qual esse não estaria centrado apenas no Estado, o filósofo destaca a existência de um exercício de governo sobre si mesmo. Assim, defendemos que a experiência do parto e nascimento culminaria em um exercício de autogoverno das mulheres mães entrevistadas nesta pesquisa.

Essa experiência do não controle do corpo descrita por Dália é o contraponto central da questão que envolve o mito do corpo defeituoso da mulher. Aquele que não consegue parir e que, por conseguinte, necessita de intervenções tanto profissionais quanto

medicamentosas. Pois bem, defendemos que ele não somente sabe parir, como pode proporcionar a mulher outra forma de se produzir e se perceber enquanto sujeito.

Tomemos o discurso de Tulipa (MrlPRIV) como exemplo para ilustrar a percepção de força e a sensação de ser capaz de fazer o que quiser, que foram mencionadas por ela após a sua experiência no parto e nascimento.

Você se considera a mulher mais forte, né, pra poder fazer o que você quiser, tipo, ah, o que eu quiser fazer agora eu consigo. Porque depois de gerar um filho e dar o peito [...] e depois que eu dei peito, que eu acho que foi a coisa mais difícil da gestação foi dar o peito, não carregar o filho, né, mas assim, a parte assim para ele pegar no peito, tudo assim. Então assim, eu acho que o que era mais difícil eu já passei na vida, então, tô tendo forças, essa semana comecei a fazer um curso aí, porque eu falei nossa, a gente consegue, né, consegue fazer as coisas. Vou voltar a trabalhar na outra semana, já então já tô ativa, já (Tulipa - MrlPRIV).

Além dessas percepções de força e sensações de poder, um outro tipo de discurso surgiu em meio aos discursos. Verbena (MrlPRIV) fala de um autoconhecimento, de como sua percepção enquanto mulher mudou. Muito associado à discussão trazida por Duden⁵² ao tratar do corpo vivido.

E acho que toda a percepção do corpo, não só do corpo, mas do corpo feminino. E meu corpo feminino tem pelos, meu corpo feminino tem estrias. A própria percepção do ciclo, quando eu comecei a tentar engravidar. E agora, né de como tá voltando a menstruação e perceber, assim, essa variação hormonal, essas mudanças e tudo. Então essa minha percepção como mulher mudou bastante (Verbena - MrlPRIV).

A mudança no tocante à percepção do ser mulher também passou pelo discurso do se sentir “mais realizada” (Safira - MrlSUS), “mais mulher” (Esmeralda - MrlSUS) após a experiência de ter se tornado mãe.

Nossa, agora, eu me sinto mais, parece que a gente se sente mais mulher. Pra ser sincera ainda mais. Não sei se, porque existem mulheres que fala, não, não penso em ter filho, não quero e tananana. Mas eu acho que toda mulher que sonha em um dia em ser mãe, quando isso acontece ela se sente mais mulher porque foi isso que aconteceu comigo, eu hoje me sinto mais mulher. Depois do parto eu me sinto, grávida eu já me sentia, mais depois que você tem ele nos seus braços, nossa. Aí você se sente como se tivesse completo, né (Esmeralda - MrlSUS).

O que é ser mulher? Ah, eu acho que ser mulher é poder ter uma família, ter filhos, né? Poder ter um marido, poder carregar dentro do ventre um filho, né. Agora que depois que tem filho, tudo é o filho, né? É uma pergunta que se você tivesse feito pra mim antes de engravidar, eu não ia nem saber responder. Depois que a gente tem filho, a gente pensa, a gente pensa, né,

que a mulher é ali, que ela é uma chave principal pra um crescimento de uma família, numa relação, né. Ela que carrega os filhos, que pode gerar, então, pra mim, ficou esse ponto aí, de poder carregar no ventre o filho, né (Tulipa - MrlPRIV).

Teríamos aqui uma tendência a assumir a completude da mulher a partir da geração de um filho? Como debatido durante o trabalho, esse foi um discurso rebatido, principalmente, pelos movimentos sociais de cunho feminista, e no qual a RC sofreu intensas críticas. De certo, como desvincular o corpo da mulher mãe dessa percepção? Como uma das alternativas, Forcina³⁵ propõe um alinhamento dos corpos a uma concreta e real pertinência de si, por meio de uma construção de uma outra linguagem para esse corpo, para essa mulher.

No entanto, para Rago⁴⁸, primeiramente, deveríamos compreender como o pensamento da lógica discursiva dominante funcionaria para que os feminismos pudessem, por fim, transforma-los e abrirem novas possibilidades de existência. “Se entendemos que os feminismos abrem outras possibilidades de subjetivação e de existência para as mulheres, é necessário que levemos em conta a linguagem e o discurso, meios pelos quais se organizam a dominação cultural e a resistência”^{48:31}.

Neste ponto de construção de uma nova linguagem e de compreender como os sistemas dominantes manuseiam os conceitos em torno do parto e nascimento, retomamos uma discussão trazida por uma das profissionais quanto à própria nomenclatura “materno-infantil”^{XCIV} utilizada nos discursos referentes à RC. Segundo ela, escrito dessa forma, temos a ideia da mãe e bebê como um ser único, quando na verdade não são^{XCIV}.

Arelado a esse sentido, outra profissional sinalizou que ver a mulher para além da barriga, ainda é um desafio vivenciado para dentro dos serviços de saúde^{XCVI}. Ao partirmos dessa constatação questionamos: não estaríamos diante de uma sujeição dos profissionais a algo que ficaria subentendido nas entrelinhas das ações da RC, de somente trabalhar uma das facetas das mulheres? Faceta essa, já demarcada historicamente.

Inclusive, quando as profissionais foram questionadas quanto ao que seria o ser mulher, algumas demonstraram dificuldade em responder justamente por conta da existência de uma pluralidade de mulheres com complexidades distintas do existir, que não se restringem somente à mulher mãe. “*Ser mulher? Que difícil [...] Eu devia ter um monte de*

^{XCIV} Apesar de concordarmos com o posicionamento trazido por Metis (ProfisRC) quanto à questão da nomenclatura materno-infantil e à ideia que ela traz, ao tomarmos a portaria do Programa Rede Cegonha como ponto de partida, utilizamos a mesma nomenclatura por ela estipulada.

^{XCIV} Ver relato de Metis (ProfisRC).

^{XCVI} Ver relato de Erato (ProfisRC).

coisinha copiada, né, o mês da mulher^{xcvii}, todo mundo já falou tanto do que é ser mulher, mas eu acho que ser mulher é uma coisa tão complexa que é muito difícil da gente definir [...] (Ceres - ProfisRC).

Dentre as distintas percepções das entrevistadas sobre o ser mulher, nos remontamos a Dália – MrlPRIV (foi ela que se sentiu como a mulher maravilha por ter parido via parto normal!) e o modo como ela discorre sobre a dificuldade de aliar o processo materno ao mundo do trabalho. A conciliação dessas duas instâncias é, por vezes, dolorosa – pela relação de vínculo estabelecida com o bebê que precisa ser precocemente rompida por conta do limite dos 120 a 180 dias de licença maternidade –, e injusta – pelo modo como o mercado de trabalho se direciona as mulheres mães.

Olha, é difícil, não é fácil. Eu vou te falar que é difícil, porque a gente passa pelo processo da gravidez, né. Por mais sadia que seja sua gravidez, você tá num estado diferente, não adianta, né. É uma cascata de hormônios funcionando dentro de você, coisa que você não pode controlar, né. E aí, ao mesmo tempo essa mesma mulher que tá grávida, com essa cascata de hormônio funcionando nesse estado diferente, ela tá no mercado de trabalho. E aí ela passa pelo processo de gestar essa criança, depois parir esse bebê e aí tem a licença maternidade que te tira também do mercado de trabalho. O retorno é muito difícil. Então, por isso que eu falo que ser mulher no Brasil não é fácil, por esse lado (Dália - MrlPRIV)

Nessa mesma linha de raciocínio, enquanto uma das profissionais entrevistadas afirmou que “*ser mulher é viver nesse país em que a gente tem os nossos direitos ameaçados, os direitos já conquistados*” (Íris - ProfisRC), outra profissional fez o seguinte questionamento: como ser mãe e continuar sendo cidadã?

E eu acho que em relação às mulheres mães, isso acaba que até pelas opressões todas que as mulheres têm... essa coisa de ser mãe e continuar sendo produtiva dentro de uma sociedade capitalista, desta que a gente vive, é muito uma luta em torno disso de que como continuar sendo cidadão, cidadã depois de ser mãe? [...] como continuar trabalhando, como continuar tendo renda, como continuar tendo autonomia, como, né, como ser cidadã? Como ter uma creche... e ao mesmo tempo exercer o cuidado do outro? Então, eu acho que uma coisa da vida das mulheres é uma coisa, uma identidade muito dual, que é ao mesmo tempo... é... lutar pela construção e manutenção até de uma cidadania sendo mulher, sendo mãe, né. E ao mesmo tempo abrindo espaço para que o outro sujeito, né, um bebê, uma criança possa existir a partir da gente, né. Então, você vê que é isso. Acho que a gestação é isso. Abrir espaço para que um outro sujeito possa ser criado a partir de mim. [...] Né, então isso, assim... como é que eu vou abrir espaço para uma coisa tão essencial, tão profunda e ao mesmo

^{xcvii} A entrevista com essa profissional foi realizada no mês de março, sendo este mês aquele em que se comemora o Dia Internacional das Mulheres – 8 de março.

tempo ficar nessa correria da luta pelo capital, pela cidadania? Então, são coisas importantes a serem consideradas aí (Metis - ProfisRC).

No bojo dessas relevantes discussões, defendemos que as mulheres entrevistadas nesta pesquisa, em maior ou em menor grau, demonstraram aspectos relacionados ao exercício de seu autogoverno a partir da experiência do parto e nascimento. No entanto, por meio dos discursos produzidos, ousaríamos destacar que um maior acesso à informação influencia diretamente no exercício do governo de si das mulheres.

Ao partirmos desse pressuposto, as mulheres mães acompanhadas pelo setor privado de saúde demonstraram maior reflexão sobre seus direitos, desfrutando tanto de uma maior autonomia no contato com os serviços de assistência ao parto e nascimento, quanto de maior elaboração sobre os fatos ocorridos. O que não pode ser verificado, com mais veemência, nas mulheres atendidas majoritariamente pelo Sistema Único de Saúde. No entanto, podemos elencar pequenos exemplos de exercício de autogoverno neste grupo, que legitima nossa constatação inicial.

Assim, a partir dos discursos, destacamos: i) o questionamento de Jade (MrISUS) em relação à conduta do médico quando da demora em atendê-la que, segundo ela, desencadeou na realização de sua cesariana; ii) A situação de violência vivenciada por Rubi (MrISUS), que a fez refletir que não teve acesso a um parto dito humanizado e almeja-lo em uma situação futura; iii) a percepção positiva de Esmeralda (MrISUS) quanto a oportunidade de ter tido acesso uma cesariana no SUS; e iv) as reflexões positivas de Safira (MrISUS) quanto a ter tido um parto normal^{xcviii}.

Sob a perspectiva foucaultiana, todos esses acontecimentos relativos às mulheres mães, as reflexões sobre suas próprias vivências em torno do parto e nascimento, culminariam na produção dos seus processos de subjetividade. Como mencionado, apostamos que as experiências aqui enunciadas abriram possibilidades para o exercício das mulheres de se autogovernarem, no sentido de que, quando pensamos sobre as nossas histórias, experimentamos novos modos de exercício de poder e resistências que influenciam, por fim, no nosso posicionamento enquanto sujeitos.

^{xcviii} Na verdade, por meio dos discursos, supomos que Safira teve acesso a um parto dito humanizado, apesar de ter verbalizado não ter conseguido compreender o que seria essa “modalidade de parto”. Safira (MrISUS) não é brasileira e, possivelmente, o recente manejo com a língua portuguesa tenha dificultado essa compreensão.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elencarmos as vivências do parto e nascimento como fatos significativos na vida das mulheres mães, destacamos como proposta central deste trabalho analisar processos de subjetivação de mulheres em torno da experiência do parto e nascimento.

Utilizando-se de contribuições foucaultianas, foi possível analisar os discursos das mulheres primíparas e das profissionais da Área Técnica Nacional de Saúde da Mulher / Eixo Obstétrico, responsáveis pelo Programa Rede Cegonha. Como partirmos do pressuposto que é nos corpos das mulheres que os distintos discursos e práticas se inscrevem – especialmente, em torno do nascer –, optamos por enaltecer os seus discursos, colocando-os como referência central para a análise dos enunciados pelas profissionais.

No decorrer da produção da pesquisa, alguns pontos se mostraram com mais destaque, sendo eles abordados a seguir. De início, retomamos a ressalva realizada quanto à centralidade na questão do parto e nascimento. Entendemos a importância de todo o período gravídico – a saber: gravidez, parto e nascimento – para a construção dos processos de subjetivação das mulheres mães. Entretanto, defendemos que, em especial, há singularidades na questão do parto e nascimento que carecem de maior atenção.

Resguardamos que o parto e nascimento podem ser analisados a partir de duas perspectivas não excludentes entre si. Enquanto a primeira diz respeito ao conjunto de intervenções, de cunho técnico e profissional, historicamente realizado sobre os corpos dessas mulheres no parto; a segunda refere-se à possibilidade de vivenciarem a potencialidade dos seus corpos presente não somente no ato de gestar, mas principalmente de parir um bebê.

Todo esse movimento recai sobre a construção do processo de subjetivação das mulheres mães. Para Foucault, a subjetivação estaria relacionada ao modo pelo qual se é obtida a constituição de um sujeito ou, em outras palavras, de uma subjetividade. O primeiro capítulo da tese objetivou analisar a construção desse processo pela visão foucaultiana. Ao aprofundarmos essa leitura com os discursos produzidos pelas mulheres mães, conseguimos elucidar alguns pontos.

O principal deles foi quanto ao reconhecimento das mulheres que a experiência do parto e nascimento foi um acontecimento único em suas vidas e que, após esse momento, ocorreram mudanças no próprio reconhecimento dessas mulheres enquanto sujeitos. No sentido de perceberem que a relação consigo mesma e com o mundo havia se modificado. Além de uma percepção quanto à potencialidade do funcionamento dos seus próprios corpos.

Em sua maioria, os discursos das mulheres mães, analisados nesta pesquisa, demonstraram um espanto em relação ao poder e à força do corpo em parir. Esses dados nos assinalaram que a experiência do parto e nascimento funcionou como um gatilho para que essas mulheres percebessem que seus corpos não eram “defeituosos” como a história em torno da mulher e do seu corpo as fizeram acreditar.

O segundo capítulo da tese tratou exatamente das configurações de poder presentes nesta relação entre o corpo da mulher, governamentalidade e o Estado. Nesse ponto, a questão da sexualidade teria incitado uma medicalização dos corpos das mulheres e do seu sexo em favor de uma solidez da instituição familiar e da saúde da sociedade. Em torno delas se criaram – e ainda se criam – estratégias de controle revestidas de formas de cuidado.

Em alguns dos discursos produzidos pelas mulheres foi possível destacar a atuação do que Foucault intitularia como “tecnologias do poder”. Nesse sentido, citamos exemplos diversos, como os cuidados referentes à prevenção para gravidez, à indicação de parto cesárea baseado em evidências não comprovadas cientificamente e até mesmo às medidas baseadas nas ditas evidências científicas.

Não é pela razão dessas medidas estarem pautadas em uma discussão de humanização da assistência ao parto e nascimento que deixam de ser formas de controle sobre o corpo das mulheres mães. Obviamente, reconhecemos que há pesos diferenciados quando colocamos em comparação práticas desrespeitosas – e até violentas – nos corpos das mulheres (como a exemplo da realização da episiotomia sem consentimento da mulher e sem uso de anestésico, citada por uma das entrevistadas) e as práticas ditas humanizadas.

Entretanto, do ponto de vista da fundamentação teórica da pesquisa, todos esses processos estariam vinculados a uma forma específica de atuação do Estado, que é denominada de biopoder. Ele é o responsável por esses processos de regulamentação da vida, seja ela negativa, seja ela “positiva”. Nesse sentido, o ponto seria questionar: como desvincular o sujeito dessa objetivação do corpo? Desse processo, destacamos a forma como as subjetividades podem se apoderar das relações de poder e construir algo para si.

Durante o trabalho, defendemos que é justamente por meio desses processos de normalização que as resistências eclodem. Tomar para si a experiência do parto é um ato de resistência. Refletir sobre como o parto poderia ter sido realizado também é um ato de resistência. Por mais que se esteja imerso dentro de um processo de uma política pública – institucionalizada do início ao fim – é possível e necessário agir de forma micropolítica.

Nesse sentido, os capítulos referentes aos discursos das mulheres primíparas e das profissionais responsáveis pela implantação e implementação do Programa Rede Cegonha

destacaram algumas singularidades, principalmente, no tocante ao corpo e ao ser mulher. Em relação às profissionais, houve um distanciamento entre aquilo que essas duas questões representavam para o programa e o que representavam para si mesmos.

No âmbito da política, houve o reconhecimento de que, quando analisada de forma desconectada da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, a Rede Cegonha via o corpo da mulher – e conseqüentemente ela – de forma reducionista, mais associada à questão reprodutiva. Ponto esse extremamente debatido pelos movimentos de cunho feminista, fazendo com que, inicialmente, a Rede Cegonha recebesse diversas críticas.

No âmbito pessoal, houve algo inusitado. Discursos de algumas profissionais demonstraram surpresa quando deparadas com as questões supracitadas, o que nos incita a pensarmos sobre o quanto nos distanciamos enquanto sujeitos daquilo que nós mesmos produzimos enquanto agentes de uma política pública. Ao mesmo tempo, destacamos potencialidades neste grupo de profissionais. Como por exemplo, o fato de ser um grupo composto por 100% de mulheres, coordenado por uma mulher com histórico fortemente associado aos movimentos sociais de cunho feminista.

Esse histórico de atuação influenciava diretamente no modo de operar a política pública. Em alguns dos discursos das profissionais entrevistadas aparecem a importância da atuação dessa gestora, principalmente, em pautas tidas como inegociáveis, como a exemplo da questão do direito ao acompanhante de livre escolha da mulher. Inclusive, essa lei em específico, é datada de 2005¹⁰², mas até o momento da pesquisa, era possível encontrar maternidades que ainda não haviam se adequadado à normativa.

Esse pequeno fato auxilia a pensar na importância da implantação e implementação de um programa direcionado à questão do parto e nascimento. Quando associado a dados como a taxa de mortalidade materna, elevada taxa de cesárea, casos de violência obstétrica, vemos a relevância da construção de um programa somente direcionado para a questão obstétrica e infantil.

No tocante às mulheres primíparas entrevistadas, quando questionadas sobre o corpo e sobre o ser mulher, os discursos se direcionaram a um “descobrimento” de si e da potencialidade de seus corpos via experiência do parto e nascimento. Nesse sentido, na perspectiva teórica utilizada na tese, estaríamos diante de processos de governo de si das mulheres. Entretanto, importante também frisar a influência do recorte social e de raça.

Como mencionado nas análises, as mulheres acompanhadas pelo sistema privado de saúde dispuseram de uma assistência diferenciada se comparada às mulheres acompanhadas majoritariamente pelo SUS. Aquelas já chegavam aos consultórios médicos

munidas de informação sobre as práticas e os procedimentos mais condizentes com o tipo de parto pleiteado por elas, assim como exerciam um conhecimento prévio sobre uma possível potencialidade do corpo em parir, exigindo outro posicionamento do profissional.

Dessa forma, destacamos a importância do acesso à informação no processo de autogoverno das puérperas entrevistadas, especialmente, ao tratarmos das mulheres do setor privado de saúde. Estas demonstraram maior reflexão sobre o uso de seus direitos, sinalizando que – apesar de existente nos dois grupos – o governo de si foi exercido de forma distinta entre as primíparas entrevistadas na pesquisa. Esse ponto se agrava quando levamos em consideração o recorte racial. Como sinalizado, o caso de violência obstétrica citado foi justamente com uma mulher de cor autodenominada parda e de baixo poder aquisitivo.

Infelizmente, o parto humanizado – também conhecido como parto respeitoso, por levar em consideração os desejos e direitos das mulheres – ainda não é uma realidade da maioria das maternidades públicas do país, sendo mais presente no âmbito privado mediante pagamento do “combo parto humanizado”. No entanto, honramos práticas desse cunho em maternidades públicas, como a exemplo do Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte, MG.

Apesar de estar passando por grave crise financeira – que coloca em risco seu funcionamento –, ainda assim é um importante exemplo de como essas práticas podem e devem ser realizadas no SUS. Particularmente, ter visitado essa instituição, ainda enquanto apoiadora institucional de serviços da Rede Cegonha, proporcionou a mim – na função de pesquisadora – um repensar sobre as práticas até então comumente vivenciadas no cenário obstétrico brasileiro. Tanto que isso foi um impulso para que eu vivenciasse o meu parto de forma natural, sendo esta experiência indescritivelmente transformadora.

Possivelmente, o fato de eu estar imersa na temática – tanto profissionalmente quanto pessoalmente –, tenha influenciado no modo de analisar questões concernentes à defesa de um parto mais respeitoso. No entanto, recorreremos à fundamentação teórica da tese quando sinaliza que a resistência ocorre em relação, é de dentro que se implodem as estruturas institucionais, por mais difíceis que elas pareçam. Ter tido a oportunidade de vivenciá-las foi sentir a resistência atuante em meu corpo e, conseqüentemente, nos processos de subjetivação a mim associados e produzidos.

De fato, por termos como pano de fundo a implantação e implementação de uma política pública do parto e nascimento, reconhecemos a necessidade de estudos futuros que melhor analisem e aprofundem esse processo, como, por exemplo, em relação ao grau de satisfação das usuárias do SUS com as ações do Programa RC, ao aprofundamento da relação estabelecida entre a RC e os movimentos sociais de cunho feminista, a reflexões sobre o

conceito de humano e as políticas de humanização em saúde, e a analisar o recorte social e de raça nas práticas de saúde sobre o parto e nascimento. Enfim, são diversas possibilidades.

O campo das políticas públicas é propício para intensas discussões, não sendo nossa intenção compilá-las em um único estudo. Inclusive, defendemos que é necessário evidenciá-las diante do alarmante cenário governamental, que põe em risco cotidianamente o exercício das políticas de cunho público, seja no campo social, educacional ou da saúde. Nesse último campo, em específico, denunciemos o sucateamento das políticas públicas de saúde e a iminente perda dos direitos dos usuários – em sua grande maioria, de menor poder aquisitivo – ao acesso universal e gratuito à saúde.

Diante desse cenário, um dos pontos primordiais seria fomentar a potencialização das vivências de autogoverno das distintas subjetividades – como a exemplo das mulheres mães desta pesquisa – de forma a construírem um caminho antagônico ao postulado. Assim, também, fomentar discussões nos distintos campos, enaltecer os diversos modos de vida, estimular a produção de outras formas de subjetividades. Não é somente uma questão de mudanças na macropolítica, mas também nas micropolíticas das relações cotidianas.

Com este trabalho, enfim, pretendemos contribuir para a análise crítica de práticas discursivas e não discursivas das políticas públicas de saúde sobre o parto e nascimento. Neste ínterim, atentamos para o fato de que a experiência do parto e nascimento não somente contribui para o processo de subjetivação das mulheres mães, como também, desencadeiam experiências de autogoverno dessas mulheres, que podem ecoar nos distintos campos de atuação de suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha; 2011.
2. Lírio P, Gatto G, Jaqueline M, Burmann R, Lima T, Reis V. (Orgs.) Sobre parir e renascer. Aracaju: Edise; 2019.
3. Outhwaite, W.; Bottomore, T. Dicionário do Pensamento Social do Século XX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1996.
4. Tiné L. Você sabe o que é violência obstétrica. Blog da Saúde. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. [citado em 10 de abril de 2019] Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>
5. Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Programa de Formação em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade. Em defesa do direito à vida. Dados e Contexto. [Acesso em 19 de abril de 2019] Disponível em: <http://ensp.fiocruz.br/vomif/eixo1/index.html>
6. Bento B. A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transsexual. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
7. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro GL (Org.). O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 3ª Edição. Belo Horizonte: Autêntica; 2007:152-72.
8. Foucault M. A governamentalidade. In: Foucault M. Microfísica do poder. 28ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2010:277-93.
9. Foucault M. Poder-Corpo. In: Foucault M. Microfísica do poder. 28ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2010:145-52.
10. Louro GL. Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2004.
11. Meyer DE. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. Movimento; 2003, 9(3):33-58.
12. Vasconcelos MFF. A infâmia de quincas: (re) existências de corpos em tempos de biopolítica. [tese] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2013.
13. Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS (Org.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2006.
14. Flick U. A pesquisa qualitativa: relevância, história, aspectos. In: Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman; 2004:17-29.
15. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 39ª Edição. Petrópolis, RJ: Vozes; 2011.
16. Foucault M. História da Sexualidade I – A vontade de saber. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1999.
17. Peter PP. Perfil. in: Ferraz H. O terrorismo poético. [Entrevista] São Paulo: Revista Cult, junho 2015;(202):10-15.

18. Beauvoir S. O Segundo Sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.
19. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus HL; Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995 (1984).
20. Bacelar K. Michel Foucault, as prisões e o direito penal. [Trabalho de conclusão de curso, Direito] – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia. Salvador; 2016.
21. Muchail ST. Foucault, simplesmente – textos reunidos. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
22. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1978 (1961).
23. Foucault M. O nascimento da. 7a Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011 (1963).
24. Foucault M. As Palavras e as Coisas. Uma Arqueologia das Ciências Humanas. Muchail ST (Trad.). 10 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2016 (1966).
25. Foucault M. A arqueologia do saber. 8a Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012 (1969).
26. Foucault M. História da sexualidade: O uso dos prazeres (Vol. 2). Albuquerque MTC (Trad.). 6a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2014 (1984).
27. Foucault M. História da sexualidade: O cuidado de si (Vol. 3). Costa MT (Trad.). São Paulo: Paz e Terra; 2014 (1984).
28. Foucault M. O Retorno da Moral. In: Foucault M. Ética, sexualidade, política. Coleção Ditos & Escritos V. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006:252-63.
29. Revel, J. Michel Foucault: conceitos essenciais. Gregolin MR, Milanez N, Piovesani C. (Trad.) São Carlos: Claraluz; 2005.
30. Rabinow P. Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow. Biehl JG (Org. e Trad.). Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
31. Fonseca MA. Michel Foucault e a constituição do sujeito. São Paulo: EDUC; 2003.
32. Gros F. Verità, soggettività, filosofia nell'ultimo Foucault. In: Galzigna M. (Org.). Foucault oggi. Assmann SJ (Trad.) Milano: Feltrinelli; 2008:293-302.
33. Almeida MMM. Simone de Beauvoir: uma luz no nosso caminho. Cadernos Pagu, Campinas, 1999; 12: 145-56.
34. Femenías ML. A crítica de Judith Butler a Simone de Beauvoir. Sapere Aude, Belo Horizonte, 2º sem. 2012; 3(6):310-339.
35. Forcina M. Soggette. Corpo, politica, filosofia: percorsi nella differenza. Milão: Editora Franco Angeli; 2010.
36. Forcina M. Rappresentazioni politiche della differenza. Milão: Franco Angeli; 2009.
37. Sawicki J. Estranhando* Foucault e o sujeito do feminismo. In: Gutting G. Foucault. São Paulo: Ideias & Letras; 2016.
38. Butler J. Problemas de Gênero: Feminismo e subversão de identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
39. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade, 1995; 20(2):71-100.
40. Narvaz M, Nardi HC. Problematizações feministas à obra de Michel Foucault. Revista Mal-estar e subjetividade. Fortaleza, Mar. 2007; 7(1):45-70.

41. Perrot M. Michel Foucault e a história das mulheres. In: Scavone L, Alvarez MC, Miskolci R. (Orgs). O legado de Foucault. São Paulo: Editora da UNESP; 2006.
42. Deleuze G. Diferença e repetição. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
43. Corrêa M. Do feminismo aos estudos de gênero no Brasil: um exemplo pessoal. *Cadernos Pagu*, 2001; (16):13-30.
44. Melo E. Feminismo: velhos e novos dilemas. Uma contribuição de Joan Scott. *Cadernos Pagu*, 2008; (31):553-64.
45. Veiga-Neto A. Incluir para excluir. In: Larrosa J, Skliar C. (Orgs.). Habitantes de Babel: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2001.
46. Vasconcelos MFF, Seffner F. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. *Cadernos Pagu*, 2015; (44):261-97, 2015.
47. Rolnik S. A hora da micropolítica. Série Pandemia. São Paulo: N-1 Edições; 2016.
48. Rago LM. A aventura de contar-se: feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade. Campinas: Editora Unicamp; 2013.
49. Foucault M. Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.
50. Giacoia Júnior O. Identidades irreconhecíveis. In: Novaes A. (Org.). A condição humana: as aventuras o homem em tempos de mutações. São Paulo: Edições SESC SP, Agir Editora; 2009.
51. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
52. Duden B. Il corpo della donna come luogo pubblico: sull' abuso del concetto di vita. Torino: Bollati Boringhieri; 2007.
53. Martins APA. O Sujeito “nas ondas” do feminismo e o lugar do corpo na contemporaneidade. *Revista Café com Sociologia*, jan/abr 2015; 4(1):231-45.
54. Guilaumin C. Prática do poder e ideia de natureza. In: Ferreira V, Ávila MB, Falquet J, Abreu M. (Orgs). O Patriarcado Desvendado – Teoria de três feministas materialistas: Colette Guilaumin, Paola Tabet e Nicole-Claude Mathieu. Recife: SOS Corpo; 2014.
55. Castro-Gómez S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da “invenção do outro”. In: Lander E. (Org.) A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005.
56. Foucault M. Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
57. Lauretis T. A tecnologia do gênero. In: Hollanda HB. Tendências e impasses. O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco; 1994:206-41.
58. WHO. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [recurso eletrônico]: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
60. Lazzarato M. Política da Multiplicidade. In: Lins D, Pelbart PP. (Orgs.). Nietzsche e Deleuze – Bárbaros, civilizados. São Paulo: Annablume; 2004.

61. Davis A. Mulheres, raça e classe. Candiani HR. (Trad.). São Paulo: Boitempo; 2016 (1981).
62. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
63. Brasil. Presidência da República. Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011. Institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para a Prevenção da Mortalidade Materna, autoriza a União a conceder benefício financeiro, e altera a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.
64. Martins CP, Nicolotti CA, Vasconcelos MFF, Melo RA. Humanização do parto e nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014; Cadernos HumanizaSUS; 4.
65. Valadares C. Ministério da Saúde. Agência Saúde. Notícias. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna. [acesso em 18 jan 2019] Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: MS; 2004.
67. Negrão T. Entrevista. In: Lemes C. Rede Feminista de Saúde alerta: A Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos. [citado: 29 jan 2019] Blog Viomundo: Diário de resistência. 05/04/2011. Disponível em: <https://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>
68. Lemes C. Entidades feministas repudiam MP do Nascituro. [citado: 18 jan 2018] Blog Viomundo: Diário de resistência. 14/01/2012. Disponível em <http://www.viomundo.com.br/politica/as-duas-maiores-entidades-feministas-no-brasil-dizem-nao-a-mp-557.html>.
69. Brasil. Câmara dos Deputados. Medida Provisória No. 557, de 26 de dezembro de 2011.
70. Verdélio A. Agência Brasil. Brasil reduz mortalidade materna, mas continua longe do ideal, diz especialista. Publicado: 28/05/2017 [Acesso: 18 jan 2018]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>
71. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum., 2009; 19(2):313-26.
72. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Oct/Dec 2013; 23(4):1297-316 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.
73. Portal ODS. Mortalidade materna cresce no Brasil. [Acesso em 18 jan 2018]. Disponível em: <http://portalods.com.br/noticias/mortalidade-materna-cresce-no-brasil>.
74. Milena L. Prós e contras do programa Rede Cegonha. GGN. Publicado em: 11/01/2012. [citado em 19 jan 2018]. Disponível em: <http://jornalggm.com.br/blog/luisnassif/pros-e-contras-do-programa-rede-cegonha>

75. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
76. Laqueur TW. Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
77. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
78. Carneiro RM. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface (Botucatu)*, 2013; 17(44):49-59.
79. Meyer DE. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Gênero*. Niterói, 2005; 6(1):81-104.
80. Aguiar K. Movimentos sociais: armadilhas e escapes na sociedade de controle. In: Silva AE, Neves CAB, Rauter C. (Orgs.). *Saúde e Loucura 6. Subjetividade: questões contemporâneas*. São Paulo: Hucitec; 1997.
81. Castoriadis C. Figuras do Pensável: as encruzilhadas do labirinto. Vol. VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2004.
82. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de experiências femininas de parto humanizado. 2011. [Tese] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
83. Foucault M. O corpo utópico. In: Foucault M. *O corpo utópico, as heterotopias*. São Paulo: n-1 Edições; 2013.
84. Irigaray L. El cuerpo a cuerpo con la madre. El otro género de la naturaleza. Otro modo de sentir. Barcelona: LaSal; 1985.
85. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Loyola; 2002.
86. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9ª Edição. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.
87. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 2014; 22(44):203-20.
88. Monceau G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. Nascimento ML, Carreiro TC (Trad.) *Fractal Revista de Psicologia*, Jan./Jun. 2008; 20(1):19-26.
89. Lourau R. Uma apresentação da Análise Institucional. In: Altoé S. (Org.). *René Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC, 2004:186-98.
90. Segre C. *Principios de análisis del texto literario*. Santayana M. (Trad.) Barcelona: Editorial Crítica; 1985.
91. Charaudeau P. *Linguagem e discurso: modos de organização*. São Paulo: Contexto; 2008.
92. Souza AE. *Linguagem e discurso: modos de organização*. [Resenha] *Alfa*, 2016; 60(3):611-5.
93. Foucault M. A ordem do discurso: aula inaugural no Còllege de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Sampaio LFA (Trad.). 15ª Edição. São Paulo: Edições Loyola; 2007.
94. Spink MJ. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2010.

95. Organização Mundial de Saúde - OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. [Internet] Genebra: OMS, 1996 [acesso em 4 fev 2017]. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/materias.php?subcategoriaId=2&id=56&pagina=1&>
96. Balaskas J. Parto Ativo. Editora Ground: São Paulo; 2015.
97. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2010.
98. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde; 2014.
99. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No. 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento...; 2015.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria No. 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha; 2013.
101. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei No. 11.643, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde; 2007
102. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei No. 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; 2005.
103. Sampaio ÁRR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. [acesso em 12 nov 2018] Epidemiol. Serv. Saúde. Junho 2016 ; 25(2):281-90. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200281&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>.
104. Alesp. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 17.137, de 23/08/2019. Garante à parturiente a possibilidade de optar pela cesariana, a partir de 39 (trinta e nove) semanas de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal, 2019.
105. Hora do Povo. PL de Janaina Paschoal sobre cesáreas não tem base em estudos científicos. 24 de junho de 2019. [acesso em: 4 de julho de 2019] Disponível em: <https://horadopovo.com.br/pl-de-janaina-paschoal-sobre-cesareas-nao-tem-base-em-estudos-cientificos/>
106. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE I - ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS – ÁREA TÉCNICA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER / EIXO OBSTÉTRICO / REDE CEGONHA

- 1) Dados:
 - a) Nome:
 - b) Idade:
 - c) Formação (Graduação, Especialização):
- 2) Qual a função e cargo que você ocupa atualmente?
- 3) Há quanto tempo trabalha na Área Técnica e como se deu a sua inserção?
- 4) Como o Programa Rede Cegonha foi concebido?
- 5) Em que consiste o Programa Rede Cegonha? Quais as suas principais ações?
- 6) Como se dá a operacionalização ; atuação da Rede Cegonha? (explorar a atuação e articulação dos grupos condutores, comitês, fóruns)
- 7) Em que medidas as políticas públicas de saúde sobre o parto e nascimento proporcionam um processo de mudança na lógica de atenção materno-infantil? Isso seria um dos objetivos do programa?
- 8) Quais atores você definiria como os principais agentes (sujeitos, esferas políticas) do Programa Rede Cegonha?
- 9) Como você vê os Movimentos de Humanização do Parto e Nascimento ao longo dos últimos trinta anos? Em especial, depois do surgimento da Rede Cegonha.
- 10) Fale um pouco sobre a relação do Programa Rede Cegonha com os movimentos de Humanização do Parto e Nascimento. (Como por exemplo, a Rehuna).
- 11) Você identifica uma relação de parceria, conflito? Como essa relação se estabelece, se conecta?
- 12) Atualmente, os profissionais tecnicamente referenciados, como as doulas, ou as enfermeiras obstétricas, são atores cada vez mais presentes no cenário dos Movimentos de Humanização, como você vê a inserção e a atuação desses profissionais? E a sua relação no contexto da Rede Cegonha? Tem mais algum profissional que você gostaria de acrescentar?
- 13) Falando mais especificamente sobre as mulheres, como você as vê em todo esse processo? Em sua opinião, como você definiria “mulher”? E no contexto do Programa e dos Movimentos?

- 14) Em sua opinião no tocante às mulheres, qual a concepção de corpo que o programa trabalha?
- 15) Você acha que a Rede Cegonha pode auxiliar a mulher a descobrir as distintas potencialidades do corpo? A partir de quais ações? De que forma? Por quê?
- 16) Como se articula a relação entre Rede Cegonha e profissionais da saúde que lidam diretamente com o cuidado à mulher?
- 17) Você avalia que os profissionais de saúde consigam ter uma dimensão mais ampliada do corpo da mulher e exercê-la na prática?
- 18) Por se tratar de uma política pública pautada por um sistema de saúde universal, como se dá a relação entre Rede Cegonha e planos de saúde privados? Quais os principais avanços e desafios?
- 19) Pensando na trajetória das políticas públicas de saúde sobre o parto e nascimento, quais os principais ganhos, perdas e coisas ainda a serem conquistadas? Essa mudança política sofrida nos últimos meses trouxe ou poderá trazer mudanças significativas para a política (ganhos ou retrocessos)? Explique, por favor.
- 20) Frente às mudanças políticas ocorridas recentemente no país, quais as expectativas de continuidade das ações pautadas pela Rede Cegonha?
- 21) Tem algo mais que você gostaria de comentar?

APÊNDICE II - ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS – MULHERES

- 1) Dados:
 - a) Nome:
 - b) Idade:
 - c) Estado Civil:
 - d) Cor / Raça:
 - e) Escolaridade:
 - f) Residência:
 - g) Trabalho:
 - h) Quantas pessoas vivem com você?
 - i) Quem são os responsáveis pela renda?
- 2) Você fez acompanhamento pelo sistema público de saúde ou pelo sistema de saúde privado? Quantas consultas foram realizadas?
- 3) Como foi seu pré-natal? (Explorar: anseios; sentimentos; mudanças do corpo; se alguém a acompanhou nas consultas)
- 4) Como você avalia a relação entre você e os profissionais de saúde que lhe acompanharam? Quais os possíveis pontos considerados positivos e negativos? Por quê?
- 5) O que os profissionais de saúde lhe falaram sobre o parto? Fez sentido a fala deles? Por quê? Você teve acesso a outras informações?
- 6) Você escolheu o seu tipo de parto? Como se deu essa escolha?
- 7) Como foi o seu parto? Excelente, bom, ruim? Foi como você desejou? Por quê? (Explorar: presença do acompanhante; doula; massagem)
- 8) Você já ouviu falar sobre parto humanizado? (Explorar: o que seria; quem falou; em que momento; como foi; o que sentiu)
- 9) Em qual tipo de parto você se enxergaria mais?
- 10) De uma forma geral, como você avalia toda a experiência da gestação? Quais os pontos considerados positivos e aqueles em que mais você sentiu dificuldades? Por quê?
- 11) A gente conversou sobre formas diferentes de assistência ao parto, que falam sobre o corpo da mulher, mas, em sua opinião, você se enxerga em algum tipo de corpo abordado? Por quê? Então, o que seria corpo para você? (Explorar antes e depois do parto).

- 12) De uma forma geral, como você se percebe antes e depois do parto? O processo do parto teve influência nessa percepção? De que forma? (Explorar o corpo).
- 13) Você se considera uma mulher diferente depois do parto? De que forma? Por quê? O que mudou? Então o que é ser mulher para você?
- 14) Tem algo mais que você gostaria de comentar?

APÊNDICE III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ÁREA TÉCNICA NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER

A ressignificação da mulher através do seu corpo: parto e nascimento

Responsável pela pesquisa: Graziela Maria da Silva Gatto

Número do CAAE: 61922916.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Este estudo tem como objetivo central analisar o processo de encontro da mulher consigo mesma e com seus corpos por meio da experiência do parto e nascimento. A justificativa deste estudo pauta-se na necessidade de se realizarem pesquisas de cunho qualitativo que problematizem o modo como ocorrem diferentes discursos e ações em torno do corpo da mulher, demonstrando um intenso campo de disputa e de poder sobre ele. Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a análise das políticas de saúde sobre o parto e nascimento, e principalmente, evidenciar o encontro das mulheres consigo e seus próprios corpos, até então, desconhecidos.

Procedimentos:

Participando do estudo, você está sendo convidado a fazer parte de uma entrevista que será realizada em local de sua preferência. Diante da impossibilidade de encontro presencial – especificamente, por conta do limite de recursos para locomoção entre distintos

estados brasileiros – as entrevistas realizar-se-ão via Skype. Para isto, será utilizada sala privada da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP, previamente agendada. Este termo de consentimento será enviado antes da realização das entrevistas para sua leitura e consentimento. Caso concorde, por gentileza, enviar email para pesquisadora (grazielagatto@hotmail.com), com nome completo, confirmando a participação na pesquisa. As entrevistas somente serão realizadas após email de confirmação. Se você autoriza, a entrevista será gravada em áudio e direcionada por um roteiro semiestruturado, contendo questões sobre: função e cargo que ocupa, Programa Rede Cegonha (histórico, conceito e principais ações), políticas públicas do parto e nascimento e mudança da lógica materno-infantil, mulher e corpo (concepção e potencialidades), Rede Cegonha e Movimentos de Humanização do Parto e Nascimento, Rede Cegonha e profissionais da saúde, Rede Cegonha e planos privados de saúde, perspectivas de continuidade das ações da Rede Cegonha. A entrevista terá uma duração média de 40 minutos à 1 hora. Caso o entrevistado queira participar da pesquisa, mas não queira realizar a gravação, este será orientado do método utilizado no processo de coleta e análise dos dados, e da inviabilidade de sua participação no estudo. O sigilo das gravações, armazenamento (durante cinco anos) e descarte, será de responsabilidade da pesquisadora.

Desconfortos e riscos:

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas você não deve participar deste estudo caso sinta algum constrangimento e/ou desconforto ao responder ou falar sobre as temáticas abordadas durante a entrevista. Você poderá recusar responder perguntas, falar sobre algum assunto que não deseje ou desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Benefícios:

A sua participação contribuirá para a análise das políticas de saúde sobre o parto e nascimento, e principalmente, evidenciar o encontro das mulheres consigo e seus próprios corpos, até então, desconhecidos. O participante não terá nenhum benefício direto com sua participação na pesquisa.

Acompanhamento e assistência:

Você será entrevistado em momento oportuno e de sua preferência. Durante a entrevista, se a pesquisadora identificar algum sinal de possível desconforto do participante, a

entrevista poderá ser suspensa/cancelada. Em todos os momentos, a pesquisadora se coloca a disposição para acolher e sanar quaisquer dúvidas sobre as entrevistas.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores (pesquisadora e sua orientadora). Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

A entrevista será realizada em local de sua preferência. Sendo assim, a pesquisa não prevê ressarcimento para custos aos entrevistados. No entanto, diante de qualquer tipo de dano decorrente de sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização (Código Civil – Lei 10.406 de 2002).

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Graziela Maria da Silva Gatto, com endereço na Faculdade de Ciências Médicas – Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UNICAMP, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil. Ou pelos telefones (019) 3365-2318 ou (019) 98319-6998, ou via e-mail: graelagatto@hotmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP, que tem horário de funcionamento de segunda a sexta de 8h às 17h, situado na rua: Tessália Vieira de Camargo, 126, CEP 13083-887 Campinas – SP – Brasil; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do pesquisador

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
MULHERES

A ressignificação da mulher através do seu corpo: parto e nascimento

Responsável pela pesquisa: Graziela Maria da Silva Gatto

Número do CAAE: 61922916.5.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Este estudo tem como objetivo central analisar o processo de encontro da mulher consigo mesma e com seus corpos por meio da experiência do parto e nascimento. A justificativa deste estudo pauta-se na necessidade de se realizarem pesquisas de cunho qualitativo que problematizem o modo como ocorrem diferentes discursos e ações em torno do corpo da mulher, demonstrando um intenso campo de disputa e de poder sobre ele. Pretende-se com esta pesquisa contribuir para a análise das políticas de saúde sobre o parto e nascimento, e principalmente, evidenciar o encontro das mulheres consigo e seus próprios corpos, até então, desconhecidos.

Procedimentos:

Participando do estudo, você está sendo convidado a fazer parte de uma entrevista que será realizada em local de sua preferência. Se você autoriza, a entrevista será gravada em áudio e direcionada por um roteiro semiestruturado, contendo questões sobre o pré-natal (acompanhamento público ou privado, quantidade de consultas, relação com a equipe de profissionais de saúde, sentimentos, mudanças corporais, acompanhamento familiar), tipo de

parto (normal ou cesárea, experiência vivida), parto humanizado (qual o entendimento, as informações concedidas), experiência da gestação (sentimentos, mudanças), concepção de corpo e de mulher, percepção de si antes e depois do parto (sensações, transformações). A entrevista terá uma duração média de 40 minutos à 1h. Caso a entrevistada queira participar da pesquisa, mas não queira realizar a gravação, esta será orientada do método utilizado no processo de coleta e análise dos dados, e da inviabilidade da sua participação no estudo. O sigilo das gravações, armazenamento (durante cinco anos) e descarte, será de responsabilidade da pesquisadora.

Desconfortos e riscos:

A pesquisa não apresenta riscos previsíveis, mas você não deve participar deste estudo caso sinta algum constrangimento e/ou desconforto ao responder ou falar sobre as temáticas abordadas durante a entrevista. Você poderá recusar responder perguntas, falar sobre algum assunto que não deseje ou desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Benefícios:

A sua participação contribuirá para a análise das políticas de saúde sobre o parto e nascimento, e principalmente, evidenciar o encontro das mulheres consigo e seus próprios corpos, até então, desconhecidos. O participante não terá nenhum benefício direto com sua participação na pesquisa.

Acompanhamento e assistência:

Você será entrevistada em momento oportuno e de sua preferência. Durante a entrevista, se a pesquisadora identificar algum sinal de possível desconforto da participante, a entrevista poderá ser suspensa/cancelada. Em todos os momentos, a pesquisadora se coloca a disposição para acolher e sanar quaisquer dúvidas sobre as entrevistas.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores (pesquisadora e sua orientadora). Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e indenização:

A entrevista será realizada em local de sua preferência. Sendo assim, a pesquisa não prevê ressarcimento para custos aos entrevistados. No entanto, diante de qualquer tipo de dano decorrente de sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização (Código Civil – Lei 10.406 de 2002).

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Graziela Maria da Silva Gatto, com endereço na Faculdade de Ciências Médicas – Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UNICAMP, Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil. Ou pelos telefones (019) 3365-2318 ou (019) 98319-6998, ou via e-mail: graelagatto@hotmail.com

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a Secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP, que tem horário de funcionamento de segunda a sexta de 8h às 17h, situado na rua: Tessália Vieira de Camargo, 126, CEP 13083-887 Campinas – SP – Brasil; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do pesquisador

Asseguo ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE V – MAPA DAS MULHERES PRIMÍPARAS

	ENTREVISTADA 1	ENTREVISTADA 2
1. Descoberta da gravidez		
2. Pré-natal		
3. Idealizações sobre o parto		
4. Assistência vivenciada no parto		
5. Garantia ao acompanhante		
6. Aleitamento materno		
7. Parto Humanizado		
8. Tipo de parto e experiência futura		
9. Relação com o corpo		
10. O que é corpo?		
11. O que é ser mulher?		
12. Processos de subjetivação		

APÊNDICE VI – MAPA DOS PROFISSIONAIS

	ENTREVISTADA 1	ENTREVISTADA 2
1. Histórico		
2. Objetivo		
3. Estruturação		
4. Ações relevantes		
5. Componente Pré-Natal		
6. Componente Parto e Nascimento		
7. Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança		
8. Componente Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação		
9. O que é corpo? (Visão RC)		
10. O que é corpo? (Visão Pessoal)		
10. O que é ser mulher? (Visão RC)		
11. O que é ser mulher? (Visão Pessoal)		

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PREFEITURA DE CAMPINAS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO
073/2016

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “**A RESSIGNIFICAÇÃO DA MULHER ATRAVÉS DO SEU CORPO: PARTO E NASCIMENTO**”, que tem por objetivo geral analisar o processo de ressignificação da mulher através do seu corpo pela experiência do parto e nascimento.

Declaro estar ciente que a pesquisa será desenvolvida por pesquisador vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, junto à puérperas primíparas com idade entre 25 e 35 anos, que tenham realizado pré-natal e parto no Sistema Único de Saúde e que estejam sendo acompanhadas nos Centros de Saúde do município de Campinas, sob a orientação da Professora Doutora Juliana Luporini.

Campinas, 10 de outubro de 2016


Cármino Antônio de Souza
Secretário Municipal de Saúde
Matrícula: 125.344-1
CPF: 723.931.818-49

ANEXO II - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP – CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A resignificação da mulher através do seu corpo: parto e nascimento

Pesquisador: GRAZIELA MARIA DA SILVA GATTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61922916.5.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.853.820

Apresentação do Projeto:

O problema que orienta esta pesquisa surgiu do contato com a temática das políticas públicas direcionadas às mulheres. A experiência profissional como apoiadora institucional de serviços da Rede Cegonha (RC) /Ministério da Saúde no Estado de Sergipe permitiu-me trabalhar com os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção ao Sistema Único de Saúde (PNH). Sobretudo, o trabalho na RC me permitiu refletir sobre o processo de implantação de novas lógicas de atenção materno-infantil. O fato de trabalhar com o tema, por diversas vezes, desencadearam conversas informais. Em uma dessas situações, após o nascimento do filho, presenciei um relato de desabafo de uma mulher: "Essas políticas de humanização do parto não falam sobre mim. Eu não tenho esse corpo". Passado alguns meses, em outra conversa sobre a temática, aquela mesma mulher afirmou: "Descobri que sou um homem, no corpo de uma mulher, que tive um filho". Falas fortes, repletas de afetos e diversas significações. Vivenciar o cotidiano de algumas maternidades, discursos e práticas sobre a experiência do parto e nascimento acarretou no desejo de desenvolver um efetivo estudo sobre o uso dos princípios teóricos, das políticas públicas e das práticas profissionais empregados atualmente. A criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), em 2003 pelo Ministério da Saúde, teve com o intuito provocar inovações nas práticas gerenciais e de produção de saúde. Um de seus mais acentuados desafios se dirigiu para os distintos coletivos/equipes implicados nestas

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br