



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



SIGNIFICAÇÕES DURANTE A TRANSIÇÃO
PARA A MATERNIDADE:
A mulher antes e depois do parto

Ana Patrícia Vargas Borges

Salvador
2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ANA PATRÍCIA VARGAS BORGES

**SIGNIFICAÇÕES DURANTE A TRANSIÇÃO PARA A
MATERNIDADE:**

A mulher antes e depois do parto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Infância e Contextos Culturais

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos

Salvador

Agosto de 2005

Borges, A. P.V.

Significações durante a transição para a maternidade: a mulher antes e depois do parto/ Ana Patrícia Vargas Borges – Salvador- BA, 2005

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, 2005.

Orientadora: Ana Cecília de Sousa Bastos

**SIGNIFICAÇÕES DURANTE A TRANSIÇÃO PARA A
MATERNIDADE: A mulher antes e depois do parto**

ANA PATRÍCIA VARGAS BORGES

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Cecília de Sousa Bastos
(Orientadora)

Prof. Dr^a. Ilka Dias Bichara

Prof^a. Dr^a. Anamélia Lins e Franco

Dissertação defendida e aprovada em Salvador, 23 de agosto de 2005.

AGRADECIMENTOS

Impossível agradecer, nominalmente, a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho. Por isso, apenas destaco algumas pessoas, antecipando minhas desculpas àqueles que não citar.

Agradeço às mulheres que, voluntariamente, aceitaram participar deste estudo e que me confiaram um pouco dos seus pensamentos e sentimentos. Tomara conseguir ser fiel à delicadeza e intensidade dos seus relatos.

Agradeço às “Anas” que me auxiliaram:

Ana Cecília que me aceitou como sua orientanda, depois de anos de afastamento. Seu acolhimento e amorosidade, em alguns momentos, e firmeza em outros, sempre me guiarão em meus passos acadêmicos.

Ana Lúcia, minha “chefa”, representando as demais psicólogas e estagiárias de Psicologia do Hospital Santa Izabel, por terem me acompanhado, suportando-me e me dando suporte durante este período de “dureza”.

Ana Rita, revisora, mas, sobretudo, minha eterna “amiguinha”. Vou sentir sua falta ao meu lado em outros momentos, mas sei que busca sua felicidade. Encontre-a.

Agradeço também a Lorna, Verusca e Ana Clara, pelo auxílio nas transcrições. A Darci Neves, agradeço pela introdução, literalmente, no campo das pesquisas. Foram anos de aprendizado durante os quais conheci e reencontrei pessoas e conhecimento.

Aos meus colegas mestres e mestrandos, particularmente Letícia Marques. E, claro, aos professores e professoras do Mestrado e àqueles cujas pontuações auxiliaram-me na elaboração deste trabalho, como Mirela Figueredo, Maria Lúcia Seidl e Paulo Menandro.

Agradeço a Marta Prazeres pela escuta e incentivo.

A Marilene, pelo alimento e companheirismo certos.

A Minha Madrinha Ivahy, pela torcida incansável. A “Tasso”, pelas primeiras letras.

Aos meus familiares e amigos: acabei!

Graças a Deus!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais Pedro e Darcy,
e a meus irmãos, Pedro Alexandre e Maurício (*in memoriam*).

Às avós e tia que Deus me deu
e às “mães”, “pais” e “irmãos” que a vida me faz encontrar.

À mãe que pretendo ser.

À Doce Mãe da Purificação.

SUMÁRIO

Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Apresentação.....	11
Objetivos do estudo.....	16
Capítulo 1 – Quadro teórico.....	17
Capítulo 2 – Metodologia.....	36
Capítulo 3 – Apresentando as pessoas através dos casos.....	48
Capítulo 4 – Tecendo redes de significação.....	109
Capítulo 5 – Considerações finais.....	154
Referências bibliográficas.....	159

ANEXOS

Anexo I – Termo de Consentimento Informado

Anexo II – Avaliação da saúde da gestante

Anexo III – Ficha para dados sócio-demográficos

Anexo IV – Roteiro temático para entrevista antes do parto

Anexo V – Roteiro temático para entrevista após o parto

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadros

1. Perfil sócio-demográfico das entrevistadas com nível de escolaridade superior, com e sem pós-graduação.....45
2. Perfil sócio-demográfico das entrevistadas com curso superior incompleto, ensino médio e ensino fundamental.....46

Figura

1. Diagrama adaptado do Self-Q.....41

RESUMO

Borges, A. P.V. *Significações durante a transição para a maternidade: a mulher antes e depois do parto*. Salvador, 2005. 173p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

Este estudo visa descrever e analisar significados e relatos sobre aspectos ligados à maternidade, em especial ao parto, e como estes modificam-se nessa transição. Para tanto, propõe-se a articulação teórica entre a Rede de Significações e a perspectiva do curso de vida, em particular quando focalizadas as transições desenvolvimentais. O parto tem significados individual e coletivamente construídos. No contexto brasileiro de assistência à saúde, destaca-se o uso demasiado de procedimentos cirúrgicos no parto. Embora visem o controle da morbi-mortalidade materno-infantil, podem também repercutir sobre o modo como as mulheres experimentam e significam esta etapa da transição. Realizou-se um estudo de casos, descritivo e exploratório, entrevistando-se oito mulheres adultas, que esperavam seus primeiros filhos. As entrevistas foram realizadas em dois momentos: no último trimestre de gestação e nos primeiros meses após o parto. As idades das participantes variaram entre 18 e 35 anos; sete delas residiam em Salvador e uma no interior da Bahia. Todas tiveram gestações saudáveis e relacionavam-se com os pais dos bebês há, pelo menos, dois anos. As rendas familiares variaram (de $<1/2$ até 45 salários-mínimos). Para iniciar a primeira entrevista, utilizou-se um diagrama adaptado da técnica de auto-questionamento de Bougon (1983). Os questionamentos das entrevistadas não se restringiram ao parto, mas englobaram outros aspectos da transição para a maternidade, como a gravidez e a dimensão relacional. Na análise comparativa, foram identificados três modos diferentes da mulher posicionar-se e atribuir posições aos outros, durante a transição. Percebe-se que a rede de significações está imersa em uma matriz sócio-histórica e cultural que é formada por múltiplas “vozes” e, portanto, os discursos sobre gravidez, parto e maternidade podem traduzir ambigüidades que se concretizaram nas falas das entrevistadas.

Palavras-chave: Significações; transição para a maternidade; parto; desenvolvimento humano.

ABSTRACT

Borges, A. P.V. Significations while transition to motherhood: the woman before and after labor. Salvador, 2005. 173p. Master's degree Dissertation. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

This study aims at describing and analyzing meanings and reports about aspects related to motherhood, specially to the labor, and how these ones modify during this transition. A theoretical-methodological approach which proposes a semiotic network of meanings to analyse human development and the life-span perspective guide this study. During the transition to motherhood, the labor is an important moment, with individual and group meanings. Specifically in the health care Brazilian context, the exceeding use of surgical procedures during the labor stands out. Although essential in some cases, this can have consequences on the way women experiment and understand this transition. Eight grown-up primiparous women were interviewed. A cases study, descriptive and exploratory, is adopted. The interviews were done on the last trimester pregnancy and on the first months after labor. The participants ages varied between 18 and 35. Seven of them lived in Salvador and one lived on Santo Amaro, both cities in Bahia. All of them had healthy pregnancy and had been dating the baby's father for at least two years. The family income was very varied (from $<1/2$ up to 45 minimum wages). In order to conduct the interviews with the minimum researcher interference, one used a diagram adapted on the *Self-Q* technique by Bougon (1983), which was presented as stimulus in the beginning of the first interview, asking the participants to point out the most significant questions related to labor. The results show that the interviewees questions were not restricted to the labor, but also included other motherhood transition aspects, such as pregnancy and relational dimension. In the comparative analyses, three different ways of a woman stands herself and gives others positions during transition were found. A network of meanings, immerses in a social, historical and cultural matrix, is formed by multiple "voices" and, therefore, the discourses about pregnancy, labor and motherhood may bring ambiguities that got concrete on the participants speech.

Key-words: Meanings network; transition to motherhood; labor; human development.

Apresentação

Considera-se que se tornar mãe é um importante marcador dentro do processo de desenvolvimento humano, repleto de significados individual, social e culturalmente relevantes, que podem ser melhor estudados pela Psicologia.

A questão da maternidade contemporânea precisa ser analisada dentro de uma perspectiva histórica. Entre as diversas mudanças sociais ocorridas durante o século XX, a inserção da mulher no mercado de trabalho repercutiu sobre as práticas de cuidados dispensados à criança e também sobre seu papel na família. Avanços tecnológicos, como a pílula anticoncepcional e outros métodos contraceptivos, colaboraram para que a mulher pudesse ter uma relação diferente com seu próprio corpo, com a vida e com a

maternidade. Esta passou a ser considerada não mais como destino inevitável, mas como um projeto passível de ser concretizado. Entretanto, ainda são atuais idéias sobre o que é “ser mulher”: ter grande capacidade de abnegação, de cuidar e maternar. Convivem simultaneamente, então, diferentes concepções de mulher e, conseqüentemente, há reflexos sobre as posições e papéis que ela ocupa, e como interage com aqueles aspectos mais intrinsecamente relacionados com o ser feminino, como gestar e parir.

O parto caracteriza-se por ser, simultaneamente, um ponto final (da gestação) e um ponto de início (da vida extra-uterina da criança), em torno do qual organizam-se ritos e rituais, com significados sociais e culturais diversos. Na história da parturição na Medicina Ocidental, observa-se que houve considerável controle da morbi-mortalidade materno-infantil, como produto da adoção de práticas e procedimentos decorrentes do avanço do conhecimento e da tecnologia. No entanto, tem se discutido atualmente o uso excessivo de intervenções durante o parto. A mulher é considerada, muitas vezes, como um corpo a ser medido, avaliado; isolam-se as circunstâncias da sua vida, afastam-na dos contatos com a família, ignorando-se suas opiniões e decisões sobre o que deseja, eliminando-se o que há de subjetivo neste evento, mesmo em casos em que não há riscos ou problemas de saúde da mulher ou do bebê. Para transformar isto, o movimento intitulado “humanização do parto” tem buscado (re)construir o sentido do parto como um “encontro” entre mãe, bebê e família, um evento psicossocial, portanto. Um dos pontos centrais deste movimento é estimular as mulheres a assumirem comportamentos mais ativos e conscientes em relação à gestação e ao parto.

No Brasil os índices de partos cesáreos são altíssimos. Ainda que não seja possível generalizar o cenário da saúde pública brasileira, encontra-se com freqüência situações em que é flagrante a precariedade da assistência, a desinformação, quando as pessoas (os usuários) posicionam-se em relação aos profissionais de saúde com submissão, medo e insegurança. Uma parcela reduzida da população tem acesso à assistência à saúde de melhor qualidade e pequenos grupos dispõem da tecnologia a seu bel-prazer (por exemplo, cesarianas para ter mais “conforto”). Assim, apenas uma pequena parte da população tem um posicionamento, de fato, ativo nas suas interações no contexto dos serviços de saúde.

A experiência de tornar-se mãe também está vinculada à estrutura da rede social, cultural e econômica da mulher, incluindo-se suas crenças sobre a maternidade. A gestação e o nascimento de um filho podem levar a mulher a modificar padrões psicológicos internos. Ao mesmo tempo, reorganizam-se papéis e relacionamentos interpessoais. Como se pode perceber, trata-se de uma vivência psicologicamente complexa. O presente estudo tem em conta todo esse contexto interacional, mas privilegia a dimensão pessoal, isto é, o que acontece psicologicamente, o que é internalizado pela mulher, como ela posiciona-se e posiciona as outras pessoas, durante transição para a maternidade.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Este estudo divide-se em **cinco capítulos**, organizados como se segue:

- O **Capítulo 1** apresenta o **Quadro teórico** que é o referencial para esta investigação: a perspectiva sócio-histórico e cultural, mais especificamente a partir dos trabalhos que compõem a Rede de Significações e a contribuição teórica de Jaan Valsiner; e a teoria das transições desenvolvimentais, segundo Philip Cowan. Este capítulo também apresenta um breve histórico sobre a maternidade nas sociedades ocidentais industrializadas e situa o parto dentro do processo de transição para a maternidade;
- O **Capítulo 2** informa sobre a **Metodologia** utilizada para realizar esta pesquisa e a descrição do perfil das participantes deste estudo;
- O **Capítulo 3, Apresentando as pessoas através dos casos**, é a reconstrução das entrevistas realizadas com cada participante, antes e após o parto, no período de novembro de 2004 a maio de 2005;
- O **Capítulo 4, Tecendo redes de significações**, parte dos aspectos comuns aos casos, apresentando-os sob a forma de análise comparativa;
- O **Capítulo 5** trata das **Considerações finais**.

O PROBLEMA

Trabalhando como psicóloga e estudando sobre o desenvolvimento humano, freqüentemente encontrei-me diante de questões que apontavam para a necessidade de compreender o que ocorre em determinados períodos chamados “críticos” dentro do ciclo vital. Com as crianças, é imprescindível compreender as circunstâncias em que ocorreu sua gestação e nascimento e o processo de desenvolvimento em vários níveis, durante os primeiros anos (ou meses) de vida. Com adultos, é preciso entender como se dão as transições que, nesta etapa, decorrem de suas escolhas, na maior parte das vezes. Algumas destas são tão importantes que têm o poder de mudar o rumo e o ritmo da vida a partir das pessoas.

Estava atenta a estas questões quando, concomitante ao início do Mestrado, fui trabalhar em um hospital. Como parte de minhas funções, respondia inter-consultas de avaliação e acompanhamento psicoterapêutico dentro da maternidade e da UTI-Neonatal. Esta experiência ajudou-me a definir o tema do meu estudo, especialmente porque encontrava muitas informações e material sobre parto e gestação produzidos por profissionais e pesquisadores de diferentes áreas, mas relativamente poucos (e sistematizados) estudos em Psicologia. Avançando as leituras durante a revisão bibliográfica, encontrei mais trabalhos, principalmente em abordagens da psicologia clínica, no trabalho com gestantes e também sobre interação mãe-bebê. Chamou minha atenção também, o enfoque sobre temáticas ligadas a “psicopatologias”, isto é, interesses sobre depressão pós-parto ou psicose puerperal, bem como sobre o surgimento do apego.

Embora inserida em uma linha de pesquisa que estuda “Infância e contextos culturais”, focalizo mulheres adultas primíparas durante a transição para a maternidade por reconhecer que parte deste processo envolve os “primórdios” da maternidade, que diz respeito à forma como a mulher prepara-se para receber seu primeiro filho e quais as mudanças que podem já estar em curso e que se seguirão nos primeiros meses após o nascimento, quando ela coloca-se como principal cuidadora do bebê.

O parto é um evento biológico, social, cultural, e psicológico, uma ocorrência dentro da experiência humana, visto neste estudo como um “marcador” e não como definidor da transição, que delimita mudanças na vida da mulher e do seu bebê. Procuo observar este fenômeno em sua singularidade mas também em sua diversidade, levando em consideração diferenças como renda, tipo de assistência a que a entrevistada tem acesso e nível de escolaridade.

Para a coleta de dados, foi escolhido um recurso que permitia a realização de uma entrevista não estruturada, favorecendo o surgimento de fatores definidos pelas próprias participantes e não exclusivamente pela pesquisadora.

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste estudo é descrever e analisar significados e relatos sobre aspectos relacionados com a maternidade, em especial o parto, e como estes modificam-se na transição, construindo significações entre mulheres adultas, em diferentes situações sociais, diante do nascimento do primeiro filho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar significados atribuídos à maternidade, gravidez e parto, antes e depois do nascimento do bebê;
- Verificar possíveis semelhanças ou diferenças entre as experiências das participantes, antes e depois do parto, segundo a situação socioeconômica das entrevistadas;
- Investigar expectativas e relatos sobre a assistência médico-hospitalar dispensada à gravidez, parto e puerpério, segundo o local e o tipo de parto.

Capítulo 1

Quadro Teórico

Os eventos relativos à procriação humana não são puramente biológicos pois envolvem uma organização social e cultural que regula condições propícias e esperadas para a atividade da sexualidade (Valsiner, 2000). A geração de uma nova vida mobiliza sentimentos intensos, como se percebe analisando os significados variados e atribuídos pelas culturas a esse acontecimento (Steinberg, 1996). Por mobilizar tão grande mudança, rituais e ritos são organizados, possibilitando-se a compreensão dos eventos que cercam o nascimento, e que também auxiliam na construção de novos papéis e novas relações decorrentes da chegada de uma criança, envolvendo, portanto, processos psicológicos diversos.

No contexto mais amplo em que estes processos ocorrem, vêm-se situações e discursos contraditórios: avanços tecnológicos da Medicina em geral e da Obstetrícia em particular podem promover melhores condições de saúde para a mulher e o bebê, mas gradativamente têm resultado em uma excessiva “medicalização” do parto, que passou a ser visto quase que exclusivamente dentro de um enquadre saúde-doença, praticamente isolado da experiência da maternidade. Além disso, uma grande parte da população não tem acesso aos recursos tecnológicos, ficando à mercê de manobras e práticas arriscadas para a saúde da mãe e do bebê.

Com poucas exceções, a assistência à gravidez-parto-puerpério é caracterizada como desumana, desrespeitosa, criando cenários nos quais, na maioria das vezes, a mulher-gestante-parturiente é tratada como um objeto, sem voz e passiva, que precisa aceitar a condução do(a) profissional, como, por exemplo, tem restritos seus movimentos para não incomodar ou atrapalhar o trabalho da equipe.

No entanto, isto contrasta com a posição em que a maternidade parece colocar a mulher, antes mesmo dela ser, concretamente, uma mãe. Uma destas questões é assumir maior autonomia, na busca da defesa e da proteção do filho, o que contrasta com o que ocorre na assistência.

Uma rede social, cultural, econômica e pessoal articula-se na experiência de tornar-se mãe que, como se pode perceber, é uma vivência psicologicamente complexa. Para colaborar para a compreensão de um período com tal complexidade, neste trabalho, recorre-se à abordagem teórica da Rede de Significações e à perspectiva do curso de

vida, especialmente no que esta última coloca acerca das transições entre os seus diferentes estágios.

1.2 AS SIGNIFICAÇÕES DA REDE

A Rede de Significações é uma proposta recente, uma síntese brasileira que visa analisar o desenvolvimento humano através da complexa inter-relação entre os fenômenos, nas dimensões pessoal e contextual, durante toda a vida. Baseia-se nos teóricos sócio-históricos ou histórico-culturais como Vygotsky, Wallon e Bakhtin, incorporando referências teóricas da Psicologia do Desenvolvimento, em uma perspectiva sistêmica e ecológica, de forma integrada e inclusiva.

Esta proposta está ao lado de outras idéias daqueles “que acreditam na natureza discursiva e no caráter semiótico da constituição humana” (Rossetti-Ferreira, Amorim e Silva, 2004, p. 24). Destaca-se, portanto, “a centralidade das interações nos processos de produção e transação dos significados e sentidos, na co-construção do ato, na ação de significar, na constituição e no desenvolvimento das pessoas” (Idem, Ibidem, p. 24).

Nesta perspectiva, assume-se que atos de significação são centrais no processo do desenvolvimento e que o homem, como ser dialógico, sobrevive e torna-se pessoa na relação com os outros. Tal dialogia é atravessada pela linguagem, pela cultura e pela interpretação que uma pessoa faz da outra e também da situação. É um processo em aberto, que permite construir sentidos diversos e mesmo contraditórios do mesmo fenômeno ou situação.

Também Valsiner (2000), que afirma que o desenvolvimento psicológico é cultural em sua essência, designa a cultura como instrumento de mediação semiótica, parte do sistema de funções psicológicas organizadas para as ações intra e interpessoais. Pessoas no mesmo contexto constroem, necessariamente, sentidos pessoais das situações, usando meios semióticos com diferentes níveis de generalização.

A cultura quebra uma relação imediata, “natural”, entre uma pessoa e seu ambiente imediato, através de mediadores semióticos (signos). É a construtividade semiótica que permite ao homem criar formas avançadas de distanciamento do contexto imediato; usando signos, o homem está livre para imaginar contextos do passado, do futuro e assumir as perspectivas de outras pessoas, além de vivenciar o aqui e agora. A pessoa em desenvolvimento está constantemente cercada por sugestões da cultura coletiva, direta e indiretamente e, por outro lado, a cultura coletiva é construída e reconstruída constantemente por várias pessoas que se organizam numa estrutura hierárquica de dada sociedade, sendo este o processo co-construtivista.

Antes, porém, de seguir-se pela proposta da RedSig, é importante saber algo sobre a construção dos conceitos de significação e de rede.

Na passagem para o século XX, situa-se a emergência da perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento humano, marcada pelas contribuições de Vygotsky, Luria, Leontiev, Wallon e Bakhtin, que fundamentam suas elaborações teóricas no materialismo histórico-dialético. São Vygotsky e Bakhtin que se detêm na problemática da significação, especialmente focalizando a relação entre aspectos constitutivos dos signos e psiquismo e ideologia (Smolka, 2004).

A obra de Vygotsky evidencia a natureza relacional, interativa e interdependente dos fenômenos psicológicos, o que fundamenta a teoria sócio-histórica (Blanco, 1996). Ele postula que os processos sociais em que o indivíduo se desenvolve são internalizados e têm reflexo direto nos processos psicológicos mais importantes, propiciando a reconstrução da atividade psicológica com base na operação com signos e expressas na forma de comportamentos. O resultado da internalização é um processo mental semioticamente mediado (Toomela, 1996), porque o uso do signo é elemento essencial e indispensável, como meio de direção e de controle do próprio processo (Blanco, 1996). Porém, o significado apenas pode ser compreendido através de uma convenção socialmente organizada. Os processos naturais mudam suas qualidades ao serem incluídos na estrutura mais complexa dos processos culturais; é função dos símbolos mediar esta relação, caracterizando-se a fala como a mais importante diferenciação dos processos naturais (Toomela, 1996).

Esta concepção de desenvolvimento elaborada por Vygotsky opera uma passagem da representação à significação. Isto é, se desde a Antiguidade até o Renascimento o signo implicava na noção de representação, da percepção e a formação de imagens, relacionada a idéias de semelhança, de imitação, cuja função seria a substituição, para Vygotsky, o signo não é apenas o que “está no lugar de”, mas trata da transformação de algo que se produziu no âmbito das relações, manteve-se estável e aceito enquanto convenção, e que marca tanto os indivíduos quanto as relações interpessoais. Tais marcas pressupõem mecanismos orgânicos básicos, mas não são explicados apenas por estas instâncias (Smolka, 2004).

Neste trabalho, a expressão significação (a ação de significar) mantém a idéia central de sentido e dinâmica, uma proposta que visa enfatizar o entrelaçamento entre o individual, o social e o cultural.

A idéia de REDE também enfatiza dinâmica e entrelaçamento, permitindo integrar elementos diversos e contemplar micro e macrodimensões numa perspectiva evolutiva e histórica. Busca-se superar falsas polaridades, como entre o biológico e o social, o universal e o singular, continuidade e ruptura, determinismo e indeterminismo, interno e externo (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004). Estas “polaridades”, tanto quanto o conflito, a contradição e a oposição, constituem o fenômeno em estudo e, sendo aceitos como inerentes ao próprio processo de desenvolvimento esta proposição visa integrá-los.

Os processos de desenvolvimento se dão, portanto, a partir de reconfigurações de redes de significados, compostas por uma matriz sócio-histórica, dentro de limites e possibilidades de comportamentos passíveis de mudança (“*constraints*” ou circunscritores):

“É nas relações situadas em cada momento do fluxo de ações das pessoas em interação (concretas ou imaginadas), que os circunscritores se compõem, atualizando modos de relacionamento, valores e concepções de um determinado grupo-cultura, assim como significados de experiências do tempo vivido e expectativas” (Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004, p. 87).

A RedSig, portanto, é compreendida como uma perspectiva que, metaforicamente, visa múltiplas articulações, para favorecer o entendimento da complexidade em que pessoas e processos de desenvolvimento estão imersos. Esta metáfora baseia-se em uma visão de relações interdependentes, estruturando um “universo semiótico” que promove a emergência de significados e sentidos dentro de uma situação vivida no aqui-agora. A RedSig é definida, conceitualmente, em termos de campos dialógicos, pessoa, contexto, matriz sócio-histórica e múltiplas dimensões temporais.

Na RedSig, o termo “pessoa” remete ao interjogo eu-outro onde se constroem as identidades pessoais e grupais, em um processo que se estende ao longo de toda a vida. Os jogos interativos colocam a pessoa em uma rede de relações “impregnada e atravessada pela linguagem” (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004, p. 25) que podem abrir ou interditar papéis e lugares. Este caráter relacional, porém, não implica ausência de singularidade: a pessoa é simultaneamente múltipla e singular.

A singularidade da pessoa está no sentimento de ser único e relativamente constante no tempo, o que tem base na existência concreta do corpo; há, entretanto, que se considerar que a pessoa faz-se no mundo social que se compõe por uma multiplicidade de vozes, espaços e posições nas práticas discursivas.

Os campos interativos dialógicos referem-se ao fato de que um outro social media as relações humanas desde a infância, o que permite a inserção da criança em contextos ou posições sociais. Porém isto ocorre durante todo o desenvolvimento humano pois nossas ações são partilhadas ou interdependentes. Estabelecem-se relações dialógicas na medida em que coordenamos nossos papéis ou posições, o que implica em aceitar, negar, confrontar, negociar e/ou recriar tais papéis ou posições. Esta ação é que transforma a pessoa e seus parceiros, reciprocamente.

Os contextos ou cenários, constituem-se pelo ambiente físico e social, estrutura organizacional e econômica, guiados por funções, regras, rotinas e horários específicos. Definem e são definidos pelo número e característica das pessoas, articulam história geral e local que se entrelaçam com objetivos atuais, sistemas de valores, concepções e crenças prevalentes. São também definidos por e definem “papéis sociais e de coordenação de papéis e posicionamentos” (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004, p.

26) gerando relações profissionais, pessoais, afetivas, de poder. A relação entre pessoa e contexto é de figura e fundo, e não o contexto como “variável independente”, mas instrumento para o desenvolvimento.

Na RedSig, o tempo do acontecimento e o lugar concreto de sua realização são supostos nos processos de desenvolvimento; o tempo desdobra-se em quatro dimensões denominadas *tempo presente*, *tempo vivido*, *tempo histórico* e *tempo de orientação futura*, que se inter-relacionam dinamicamente, atualizando-se em cada situação (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004, p. 27). As autoras citam Bakhtin (1997), que afirma que o tempo está impresso nos indícios que marcam o contexto, está inscrito nos espaços, contribuindo para dar sentido à situação.

As inter-relações que se desenvolvem podem tanto submeter a pessoa quanto abrir espaço para inovação e “construção de novos posicionamentos e processos de significação acerca do mundo, do outro e de si mesma” (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004, p. 25). Nas situações interativas, os parceiros assumem e atribuem posicionamentos, estabelecendo jogos de papéis que podem mudar de sentido a partir de suas percepções que vão sendo reformuladas a todo momento. Desta forma, é que a realidade psicológica de cada indivíduo é narrativa e dinâmica, inserida nos contextos histórico, político, cultural e interpessoal.

A noção de papel já permeia as obras de Vygotsky, Bakhtin e Wallon, mas somente aparece como um conceito no final do século XIX, a partir de quando se pensam as interações sociais como relações de papéis, como se verifica nos trabalhos de William James e Bergson. Mas foi Baldwin quem, em 1895, usou pela primeira vez a expressão “papel” para analisar atitudes conflitivas. Depois dele, Guillaume e Janet também apontaram a importância do comportamento imitativo para o desenvolvimento da personalidade. Foram os chamados “teóricos do papel”, George H. Mead e J. L. Moreno que, de formas diferentes, modificaram a noção de papel. Depois deles, o termo passou a referir-se a modelos sociais e prescrições de comportamento (Oliveira, Guanaes & Costa, 2004).

Segundo as autoras, Harré, Davies, Langenhove e Gillet concebem o uso da expressão posição ao invés de papel, considerando uma perspectiva relacional para a teoria do posicionamento. Esta teoria focaliza “como o fenômeno psicológico se produz

nas práticas discursivas, nos episódios sociais que tomam lugar em nossas relações cotidianas”, ou, dito de outra forma, “como as pessoas constroem suas identidades discursivamente, na relação com os outros” (Id., *ibid.*, p. 75), assumindo tanto uma dimensão relacional quanto reflexiva. É importante destacar que “nem todas as pessoas podem assumir qualquer posição”, mas que, por outro lado, os interlocutores não adotam posições fixas. Além disso, a pessoa nem sempre está consciente das posições em curso e de suas conseqüências.

Há muitos pontos de coincidência entre os conceitos de papel e posicionamento: ambos “são ferramentas conceituais importantes para dar visibilidade aos processos interacionais e de construção de sentidos sobre o *self* e o mundo” (Oliveira, Guanaes & Costa, 2004, p. 79), mas o termo papel parece ter sido “fossilizado”, limitado por certos procedimentos metodológicos no decorrer do século XX. Posicionamento, por outro lado, trata de formas de comportamento culturalmente definidas, que abrange tanto papéis sociais (ser mãe ou professora) e “psicológicos” (*como* são desempenhados tais papéis, se autoritariamente, por exemplo, e são relativos aos modos específicos de funcionamento psicológico).

Tudo isto está sempre inserido numa matriz sócio-histórica e, mais diretamente, em um contexto que é definido pela história pessoal de cada mulher e de suas relações, incluindo-se as relações com as próprias figuras parentais (especialmente com a materna), além de suas características de personalidade, a etapa do ciclo vital em que se encontra, e está imbricado com o relacionamento que há entre homem e mulher como casal e posteriormente como pais daquele bebê.

Tantas transformações possibilitam que se capturem aspectos das redes de significações das pessoas envolvidas pela chegada de um filho, e principalmente do primeiro, uma vez que os eventos de crise “requerem re-estruturações mais agudas da situação, levando à emergência mais abrupta de emoções, à (re)elaboração de conceitos e, ao mesmo tempo, a conflitos no grupo social, em um contexto específico. Em tais episódios de crise, as mudanças ganham visibilidade, ajudando o pesquisador em seus esforços de atribuição de sentidos” (Amorim & Rossetti-Ferreira, 2004, p. 96).

A transição para a maternidade tem este “colorido” especial, que permite que se destaquem aspectos importantes; esta fase do ciclo vital configura-se, então, em um

período crítico no qual provavelmente emergirão novas significações e re-organização de papéis e de posicionamentos da mulher em suas interações.

1.3 AS TRANSIÇÕES DESENVOLVIMENTAIS

Embora se saiba que as pessoas estão em mudança a maior parte do tempo, há momentos críticos na vida, que implicam em passagens de um estágio para outro no ciclo de desenvolvimento, o que Cowan (1991) denomina transição.

As transições são processos contínuos que resultam numa reorganização tanto do comportamento interno quanto externo, envolvendo uma qualitativa alteração do ponto de vista subjetivo, isto é, como o indivíduo entende e sente-se sobre si mesmo e sobre o mundo, tanto quanto as mudanças percebidas pelo ambiente externo sobre aquele indivíduo. As transições são regidas por princípios gerais, apesar das evidentes diferenças em relação ao ponto do ciclo vital em que ocorrem.

Do ponto de vista subjetivo, as transições envolvem grandes reorganizações do espaço psicológico de cada pessoa, isto é, como o indivíduo entende e sente-se em relação a si mesmo e em relação ao mundo. São analisadas por Cowan (1991) em termos do senso de *self* (*auto-identidade*), visão de mundo e regulação do afeto. Já a reorganização do mundo exterior é observável pela mudança de comportamentos e ações concretas, necessárias para lidar com as novas tarefas desenvolvimentais implementadas e demandadas social e interpessoalmente pela transição. Podem ser compreendidas através da reorganização de papéis, reestruturação da competência pessoal e dos relacionamentos, e no gerenciamento de emoções na relação com os outros.

Uma reorganização transicional envolve dimensões internas e externas que podem, ou não, ocorrer simultaneamente; indivíduo e família passam por períodos de desorganização e perda da sincronicidade, que possuem efeito estimulador para o crescimento e desenvolvimento. Geralmente os papéis mudam primeiro, seguindo-se modificações do senso de *self*, que demanda regulação de afetos, num movimento

sucessivo de deflagrações de mudanças. As transições podem ser tanto analisadas em termos dos seus *processos* (dinâmica) quanto da *estrutura* (*links* entre os sistemas) (Cowan, 1991).

Os processos de uma transição envolvem o entendimento da dinâmica ou dos mecanismos que descrevem a trilha que se percorre e o nível de adaptação alcançado à medida que o indivíduo atravessa uma transição no seu ciclo vital. Kiehl e White (2003) reportam, por exemplo, que quanto maior é a adaptação da mulher durante a gravidez, melhor será sua adaptação às demandas após o nascimento do bebê e, assim, menor o nível de sofrimento e frustração.

Para compreender-se transição enquanto processo, será importante considerar-se algumas dimensões que a definem: a) Ocorrência – se um evento ou transição foi experienciado por um indivíduo ou família (alguém que nunca teve filhos, não vivenciou transição para a maternidade); b) *Timing*: em que momento do ciclo vital espera-se que dado fenômeno ocorra, segundo o significado social da idade (gravidez na adolescência, por exemplo); c) Duração: transições ocorrem num dado período de tempo, assim, quanto mais abrupto for um evento, menor será a possibilidade de buscar alternativas para ajustes e maior será o risco de respostas prolongadas e mal-adaptadas.

Assim, considera-se que a resolução do desequilíbrio e conflito existentes ao longo de uma transição conduzem a um nível de adaptação mais alto, mais diferenciado e mais integrado no curso do desenvolvimento. Quando se permanece no conflito ou se a resolução é mal sucedida, o indivíduo ou grupo familiar pode estar diante de uma condição que representa risco (Cowan, 1991).

A gravidez configura um período no qual há uma demanda por reestruturação e reajustamento em várias dimensões, especialmente no que se refere à identidade e à definição de papéis, tanto da mulher quanto do homem. Alguns autores apontam que casais com filhos pequenos necessitam de atenção específica porque a existência de conflitos nesta fase do ciclo vital pode estar associada a certa precariedade da relação pais-filhos, o que ocasionaria a lentificação do desenvolvimento cognitivo e social da criança, como Cowan, Cowan, Heming, e Miller (1991) observaram em medidas no ambiente doméstico, no laboratório e na escola. Também Zamberlan e Biasoli-Alves (1997) encontraram resultados similares em um estudo sobre as práticas de cuidados

dispensados à criança, sugerindo a existência de mediadores potenciais que, combinados, poderiam afetar as relações no contexto da família. Entre os mediadores referidos pelas autoras, destacam-se a experiência da maternidade primípara e as práticas instáveis de cuidados, que interferem no estabelecimento de vínculos seguros, bem como o trabalho materno fora de casa, efeitos de cuidados múltiplos e baixos níveis de organização familiar e expectativas familiares em relação à criança.

A transição para a maternidade não é necessariamente marcada pelo nascimento do filho, mas pelas mudanças psicológicas internas e organizações do papel materno e dos seus relacionamentos mais importantes, como com o pai do bebê.

Bradt (1995) diz que o ciclo de vida familiar é modificado pela chegada de um filho, especialmente do primeiro, destacando-se a “transmissão” transgeracional na família. O processo de tornar-se mãe implica na mudança da posição da mulher de filha para mãe, e situa a mulher no lugar de alguém que será provedora de cuidados para outra pessoa, no caso, o filho. Com o nascimento de um filho, a posição da mulher, dentro do seu próprio ciclo vital, é modificada: ela passa de mulher/filha para mãe, igualando-se em *status* à sua própria mãe, criando mais uma geração – filha, mãe, avó (Bradt, 1995; Stern, 1997).

Em nosso contexto cultural, prevalece ainda uma matriz sócio-histórica dentro da qual a mãe é vista como a principal cuidadora durante o primeiro ano de vida da criança e, então, é sobre ela que recai maior responsabilidade, justamente pela valorização social e cultural do papel maternal. É a mulher quem assume e a quem se atribui grande parte do sucesso da sobrevivência e bem-estar do bebê, e de quem depende o bom exercício do papel materno, mesmo quando esta tarefa está a cargo de outras pessoas. Apesar das transformações socioculturais também do papel paterno, espera-se que o pai e as demais pessoas apoiem a mãe, pelo menos no período inicial, para que ela desenvolva seu papel maternal de modo eficaz. Contraditoriamente, esta mesma matriz sócio-histórica tem propiciado à mulher poucas oportunidades para experimentar ou treinar o papel materno, antes de tornar-se mãe, bem como não fornece à nova mãe apoio adequado para que ela execute este papel (Stern, 1997). Não é possível falar-se sobre maternidade sem inscrevê-la no quadro mais abrangente no qual um certo “padrão” de maternidade foi

construído nas sociedades ocidentais (também chamadas industrializadas) e que integra nossa matriz sócio-histórica.

1.4 UM BREVE HISTÓRICO DA MATERNIDADE

Historicamente, na Grécia Antiga, o Estado definia, organizava e dividia as funções das pessoas ligadas às necessidades da sociedade. Para tanto, entre as crianças espartanas, os homens preparavam-se para a guerra e as mulheres destinavam-se a preparar-se para a procriação. A singularidade era sacrificada em prol do ideal social. Também na Roma Antiga, a menina geralmente permanecia no lar, sendo educada moralmente, de forma distinta da dos meninos, contraposta à severidade de castigos corporais que eles recebiam (Levin, 2001).

Encontram-se outros exemplos da divisão dos papéis masculinos e femininos ao longo da história do pensamento ocidental, opondo natureza e cultura, geralmente sendo a mulher da ordem do natural – dos afetos, cuidados, sentidos. A desvalorização social, política e econômica do feminino “emprestou” características da mulher enquanto ser inacabado, incompleto, dependente, incapaz da razão (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV], 2001). Ignorando-se como funcionava o corpo da mulher, articulou-se um “cenário” em torno da gravidez que fornecia explicações aceitáveis naquele período, até que se percebeu que “os corpos da mãe e da criança são um e outro em simultâneo” (Id., *ibid.*, p.6), e portanto, que os acontecimentos que atingissem o corpo da mulher poderiam ter influência sobre o corpo do bebê. A partir daí, a circulação das mulheres foi restringida mediante tabus e interditos, tentativas para controlar o que parecia, muitas vezes, incontrolável.

No século XVII, começa-se a pensar sobre a criança como um ser que necessita de cuidados especiais, tanto por parte dos pais, como do Estado e da sociedade. A infância é orientada pelo Estado e é gradativamente mais institucionalizada pelo regime escolar e tratados pediátricos, médicos e higiênicos. Levin (2001) descreve que o

protagonismo da criança e a concepção burguesa da família, consolidam-se com os avanços da uma sociedade industrial em crescimento, tornando-se cada vez maior a influência da medicina sobre a arte de educar e criar na primeira infância. Isto coloca a mulher em uma nova condição social, pois a mãe passa a atuar no papel de “auxiliar do médico”. Badinter (1995) afirma que até o século XVIII havia uma conduta de indiferença materna em relação aos filhos, o que contribuía para a alta mortalidade infantil. Porém, segundo a autora, a exaltação do amor materno entra no discurso científico somente no final daquele século. A partir desses fatos históricos, a autora conclui que o amor materno instintivo é um mito, que surge da convivência e disponibilidade da mãe para a criança. Na segunda metade do século XIX o trabalho doméstico também modifica-se, resultando para a mulher a função de mãe, cabendo-lhe a responsabilidade de educar física e moralmente as crianças (Levin, 2001; CNECV, 2001).

Nas sociedades ocidentais, nos séculos XVII e XVIII começam, também, as tentativas de dominar a morte, prolongar a vida, controlar o corpo e suas produções – inclusive em relação às técnicas de regulação da fertilidade. A partir da década de 1960, a mulher passa a ter maior controle sobre sua vida e seu corpo, contando com o avanço na tecnologia de contraceptivos, que possibilitam escolher *quando* e *como* deseja tornar-se mãe – se o quiser; também estão disponíveis variadas técnicas de reprodução assistida ao lado de formas alternativas mais tradicionais de ser mãe, como a adoção. Com isto, ampliam-se os sentidos atribuídos à imagem da mulher: seu corpo não é mais modelado apenas para tornar-se mãe, porque a mulher encontra-se numa posição menos assimétrica em relação ao homem (CNECV, 2001).

Este breve resgate histórico pretende demonstrar que não é por acaso que a identidade feminina estruturou-se em torno da maternidade nas sociedades ocidentais; além de não ser casual, a identidade feminina dentro das sociedades ocidentais industrializadas tem caráter muitas vezes ambíguo, comportando simultaneamente imagens de santas, mães, virgens e prostitutas. Ainda atualmente percebe-se que as mulheres defrontam-se com uma imagem idealizada do feminino, situando-se, muitas vezes, dentro da contradição, que possivelmente interfere no processo de tornar-se mãe. As mulheres que não engravidam – por dificuldades, impossibilidades ou por opção –

ainda são menosprezadas socialmente; engravidar fora do casamento ainda é um tabu em muitas sociedades. Tais situações levam as mulheres a vivenciarem sentimentos de culpa e frustração e, ocasionalmente, de estarem fora do social (Steinberg, 1996).

Nos setores populares, mais especificamente, a maternidade garante um salto qualitativo na vida da mulher: ilumina vidas sem esperança. Conforme Hotimsky, Rattner, Venâncio, Bógus e Miranda (2002) apontam, faz parte da construção social de gênero a expectativa pela vivência da “dor do parto”, que seria inerente à parturição e à experiência de se tornar mãe entre as mulheres das camadas populares brasileiras.

Certos fatores reconhecidamente contribuem para o modo como a transição para a maternidade é vivenciada pela mulher, como a existência ou não do desejo para tornar-se mãe, as experiências anteriores da mulher no que diz respeito à maternidade (se a mulher é primípara ou multípara; se realizou abortos; se teve – ou tem – problemas de infertilidade), coabitar com parceiro masculino, considerar seu relacionamento conjugal satisfatório ou não, ou dispor de uma rede social de apoio.

A presença de um parceiro masculino em casa constitui um indicador de peso quanto às atitudes tomadas face à gravidez, nascimento de filhos e família, determinando a qualidade ou quantidade de apoio recebido pela mãe (Kennell, 1995). Isto é particularmente relevante no contexto social brasileiro, onde crianças e adolescentes têm crescido em condições ambientais que os colocam diante de uma série de riscos psicossociais, contando com poucos e precários fatores de proteção. Uma das condições mais investigada tem sido a gravidez adolescente. Porém, estudos têm revelado que, embora esta seja uma condição potencialmente prejudicial para mãe e bebê, não implica necessariamente em “problemas”. Kreutz (2001) analisou 19 mulheres durante o processo de transição para a maternidade, incluindo nove adolescentes; comparando-as com o grupo de mulheres adultas vivenciando o mesmo processo; não encontrou diferenças significativas, indicando que a idade, por si só, não pode ser tomada como preditor de dificuldades para o tornar-se mãe. Esteves (2003) estudou trajetórias de vida de 20 mulheres que haviam se tornado mães na adolescência e identificou que as repercussões nem sempre adquirem formas negativas e deletérias, dependendo especialmente do contexto socioeconômico das famílias das mães e do seu parceiro.

Tendo-se situado a maternidade, faz-se necessário observarmos o parto como um momento particularmente importante dentro do processo de transição para a maternidade. É crítico por ser quando a mulher defronta-se, pela primeira vez, mais diretamente com as possibilidades de mudanças em sua vida e com a tarefa de proteger e cuidar do bebê que nasce. O parto simboliza uma mudança abrupta de um estado a outro – a mulher entra no trabalho de parto enquanto *grávida* e sai dele com uma nova identidade, a de *mãe*. Diferencia-se, portanto, da gravidez, quando as modificações são graduais, ao longo dos meses (Maldonado, 1997).

Falar sobre o parto é indissociável de tratar da questão da assistência dos serviços de saúde que, na nossa sociedade, define os contextos que limitam ou possibilitam os modos da mulher vivenciar este momento, repercutindo sobre as significações que são atribuídas a este evento.

1.5 O PARTO NA TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

Com o avanço tecnológico, gravidez e parto passaram a ser assuntos da Medicina, que cada vez mais instituiu intervenções que favoreceram o controle da morbi-mortalidade materno-infantil que era muito alta – e ainda continua alta nos locais que não contam com a tecnologia e aparatos médico-hospitalares – além da utilização de técnicas de analgesia e anestesia que permitiram que se controlasse a dor durante os procedimentos obstétricos.

No entanto, a excessiva “medicalização” fez com que o parto fosse visto exclusivamente dentro de um enquadre saúde-doença, retirando o caráter humano de dar à luz, fazendo crescer sentimentos de solidão (Kennell, 1995) e submetendo a maior sofrimento mãe, bebê e pai que, de “protagonistas” passaram a ser praticamente “coadjuvantes” de um ato médico na cena do parto (Barker, 1998; Steinberg, 1996).

Klaus e Kennell (1992) consideram que tem havido uma substituição histórica das instâncias que cercavam gravidez-parto-puerpério. Isto é, muito do que antes

aconteciam em família, nos lares, hoje está dentro dos hospitais. Se no início isto ocorreu como alternativa para atender às necessidades físicas da mãe e do bebê, outras “demandas”, não físicas, também foram sendo “transportadas” para lá, ganhando contornos diferenciados, como o gradativo isolamento da mulher (parturiente) e do bebê. O acolhimento e o apoio são esperados, agora, da equipe de profissionais que freqüentemente não estão preparados ou disponíveis para esta tarefa.

Contra a “medicalização do parto”, surgiram, na década de 1970, várias tentativas de devolver o sentido “humano” do parto – o movimento de humanização do parto – que visa o bem-estar da mãe e do bebê, respaldando-se no conhecimento produzido por diversas pesquisas. Por exemplo, a existência do “período sensível maternal” defendida por Winnicott foi um dos tópicos utilizados pelos ativistas da humanização do parto. Segundo Kennell (1995), Winnicott observou que existiria um período logo após o parto quando mãe e bebê parecem estar mais disponíveis para estabelecerem um forte vínculo. A mãe experimenta uma preocupação primária que provê para o bebê um ambiente necessário para que sua personalidade se inicie; tal estágio cresce durante a gravidez, mantém-se em nível alto após o parto e diminui nas primeiras semanas após o nascimento (Kennell, 1995). Portanto, mãe e bebê deveriam permanecer em contato íntimo o mais precocemente possível.

Além das questões relativas ao bem-estar afetivo, a “medicalização do parto” não resulta em um controle da morbi-mortalidade materno-infantil efetivo porque as intervenções podem ocasionar problemas ou seqüelas (Diniz, 2001) que muitas vezes não ocorreriam, caso não existisse a intervenção médica. Além disso, o acesso aos serviços de saúde não é igual para todas as gestantes/parturientes e, como consequência, há muitas mortes e problemas de saúde para mães e bebês naqueles grupos que não têm acesso a toda tecnologia e aparatos médico-hospitalares disponíveis. Outro aspecto é que as técnicas de analgesia e anestesia para controlar a dor durante os procedimentos obstétricos dão às mulheres a impressão de que o parto está sob controle, mas além de terem repercussões no bem-estar de mãe e bebê durante o período pós-parto (Klaus & Kennell, 1992), também não estão ao alcance de todos por questões sociais e econômicas.

Os debates iniciados na década de 1970 ainda são atuais e tem havido uma grande mobilização contra as práticas dos profissionais nas instituições hospitalares, eminentemente dos médicos. Diversos autores (Klaus & Kennell, 1992; Mott, 2002b; Diniz, 2001) colocam que há um sistema de crenças e valores – culturais, portanto – que organizam e direcionam as práticas obstétricas “de rotina”, que, muitas vezes, não estão pautadas em evidências científicas. Assim, como os médicos também estão inseridos em um sistema social, político e ideológico maior do que eles, suas condutas profissionais diante do nascimento baseiam-se em grande medida em tal imersão. Porém, apesar da discussão sobre a qualidade do atendimento obstétrico ser bastante atual e controversa, cabe neste trabalho pontuarem-se apenas alguns aspectos.

Mundialmente, as taxas de realização de cesarianas têm se elevado consideravelmente (Moraes & Goldenberg, 2001). No contexto dos hospitais brasileiros isto não é diferente. O uso de procedimentos cirúrgicos na assistência ao parto, no Brasil, tem sido estudado e discutido, inclusive internacionalmente, indicando níveis epidêmicos, e que revelam políticas públicas problemáticas (Steinberg, 1996; Moraes & Goldenberg, 2001; Mott, 2002a). A assistência nos serviços de saúde à mulher-mãe-parturiente e ao bebê, antes, durante e após o parto, tem sido duramente avaliada e criticada pelo abuso de procedimentos considerados desnecessários e, mais do que isso, possivelmente causadores de problemas (Diniz, 2001).

Pesquisadores brasileiros conduziram estudo entre 1982 e 1986 (Barros, Vaughan & Victora, 1986 citado por Steinberg, 1996, e também por Moraes & Goldenberg, 2001), questionavam o motivo de escolha pelo parto cesariano, que colocava o Brasil em primeiro lugar no mundo neste tipo de parto. Os resultados apontaram que, entre diversas implicações, havia questões sócio-econômicas diretamente implicadas que ditavam a escolha deste tipo de procedimento de cirurgia, principalmente nos casos em que a ligadura de trompas era indicada; por ser não paga pelo sistema de saúde público, a realização deste procedimento, especificamente, era feita sob o “disfarce” de cesarianas. Tais resultados descartaram a influência de crenças religiosas nesta escolha.

Todavia, mesmo após a mudança na forma de remuneração da assistência ao parto pelo sistema público de saúde, isto não mudou. Para Yazlle, Rocha, Mendes, Patta,

Marcolin, e Azevedo (2001), a alta incidência de cesarianas parece estar relacionada com a cultura amplamente difundida no Brasil como recurso pra resolução “segura” e sem sofrimento, mas é proporcionalmente mais elevada conforme o padrão de renda da paciente e nos serviços particulares e conveniados.

De acordo com Diniz (2001), contradizendo os esforços do Ministério da Saúde, a curva de realização de cesarianas no Brasil é crescente como em nenhum outro país no mundo. A autora diz que, segundo diversas pesquisas, em certas regiões, as taxas de cesáreas ficam acima de 70%, chegando, em alguns serviços, a superar 90%. Mesmo nos partos normais, a assistência gera questões; nota-se que, ao invés de utilizar condutas que garantam maior bem-estar físico e emocional da mulher, são usados procedimentos muitas vezes danosos, ineficazes e dispensáveis. Em certos casos, as práticas podem até ser apropriadamente indicadas, mas como são usadas terminam causando mais danos do que benefícios.

Há trabalhos brasileiros realizados no âmbito da Enfermagem, buscando identificar expectativas e experiências de gestantes sobre os tipos de parto mais freqüentes, isto é, cesarianas e partos normais (Hotmisky, Rattner, Venâncio, Bógus & Miranda, 2002; Oliveira, Riesco, Miya & Vidotto, 2002; Nozawa & Schor, 1996).

Estes dados são apresentados para delinear o cenário em que ocorrem os partos no Brasil. Talvez pela excessiva medicalização, o parto passou a ser visto como um evento que demanda intervenções médicas. A qualidade da assistência prestada à mulher-parturiente, no entanto, pode repercutir nas significações sobre o parto e sobre a maternidade.

Os estudos brasileiros que consideram a experiência humana em relação à gravidez e parto, em geral, destinam-se a descrever ou comparar partos realizados por parteiras e equipes médicas, focalizando a qualidade da relação da gestante/parturiente/mãe com a assistência ao parto e ao recém-nascido (Mott, 2002a).

Nota-se que a Psicologia tem produzido poucas pesquisas sistematicamente em relação a esta temática e é nesta lacuna que se insere o presente trabalho, no qual pretende-se caracterizar e analisar as significações que emergem em torno do parto, justificando-se isto pelo fato de ser um evento crítico, tornando-se, então, uma via

privilegiada para a compreensão do processo de tornar-se mãe, na perspectiva da mulher que o vivencia.

Capítulo 2

Metodologia

Os estudos empíricos sobre gravidez, parto e maternidade são feitos a partir de abordagens metodológicas diversas, verificando-se a predominância de trabalhos relativos à assistência à saúde; além disso, há poucos estudos nos quais o papel central é da mulher enquanto gestante, parturiente ou mãe.

Os enfoques metodológicos utilizados para estudar as transições têm sido diversificados (Nelson, 2003; Ruble, Brooks-Gunn, Fleming, Fitzmaurice, Stangor & Deutsch, 1990), havendo atualmente crescente interesse para investigar aspectos de caráter subjetivo ou relacional, focalizando os processos, seus elementos centrais, as semelhanças ou diferenças entre as mulheres e quais os significados que atribuem a tal experiência (Nelson, 2003). Estes estudos são realizados a partir da atuação na assistência à saúde ou bem-estar da criança, mulher ou família, e têm o objetivo de situar mais adequadamente suas intervenções nesta etapa do desenvolvimento, utilizando delineamentos diversos, com ênfase para o uso de entrevistas como estratégia de coleta de dados (Bailey, 2000; Sawyer, 1999).

Os trabalhos da Psicologia sobre a transição para a maternidade são preponderantemente qualitativos, utilizando entrevistas, questionários escalas, inventários e também filmagens (Dessen & Braz, 2000; Florsheim, Sumida, McCann, Fukui, Seefeldt, Winstaley & Moore, 2003; Kreutz, 2001; Menezes, 2001; Priel & Besser, 2001), não havendo instrumentos padronizados por tais estudos. Baseados em críticas sobre este dado, Ruble *et al.* (1990) investem na construção de um instrumento que permita acessar o vasto conjunto de atitudes e percepções acerca da transição para a maternidade. Isto, porém, é uma tentativa isolada, já que é consensual se tratar de experiências singulares e, portanto, dificilmente comparáveis, ainda que haja variáveis mediadoras similares em termos estruturais.

Nesta pesquisa, a abordagem metodológica qualitativa foi considerada a mais adequada tanto para a coleta quanto para a análise dos dados, por dispor de estratégias que permitem acessar e compreender a realidade psicológica, pois o *locus* do processo de significação está na pessoa (Pedrosa, 2004) e articula-se nas práticas discursivas interpessoais. Como a realidade psicológica é singular, por ser construída pela pessoa em situações específicas de interações sociais (reais ou imaginadas), o estudo de caso foi considerado apropriado para esta pesquisa.

O estudo de caso, segundo Yin (2001), focaliza os eventos contemporâneos, inseridos no contexto da vida real, contribuindo para compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, e preservando características holísticas e significativas destes eventos. Afirma este autor que o uso de estudos de casos é criticado pelo seu pobre poder de generalização científica. Entretanto, os resultados não são generalizáveis para populações ou universos, mas para proposições teóricas, posto que seu objetivo é alcançar a generalização analítica e não enumeração de frequências.

Ainda segundo este mesmo autor, o estudo de caso pode ter como importante fonte de informação, as entrevistas. Com estas, pode-se mapear e entender a vivência das pessoas, alcançando dados fundamentais para o desenvolvimento e compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, o que permite aprofundar o conhecimento sobre crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (Gaskell, 2002).

A entrevista é fortemente caracterizada pela interatividade pesquisador-pesquisado, sendo necessário que o entrevistador esteja atento a alguns aspectos da sua condução, oferecendo ao entrevistado a oportunidade de falar o mais livremente possível sobre o que está acessível à sua mente, permitindo que ele assuma um papel, de fato, ativo. Esta dimensão relacional que se estabelece entre pesquisador e pesquisado pode permitir um grande aprofundamento dos dados, especialmente nas entrevistas individuais (Fontana & Frey, 2000). Autores como Rech (2000) e Gaskell (2002) enfatizam que nesta relação “triádica” que se estabelece em uma entrevista (duas pessoas relacionando-se em função de um objeto, projeto ou assunto, em dado local e em um intervalo de tempo), a mediação é feita por palavras, a “moeda de troca” da técnica de entrevistas.

Porém, refletindo-se mais demoradamente sobre o uso das palavras como fonte de dados em pesquisa, reconhece-se que o comportamento verbal, em especial, é altamente vulnerável, cabendo lembrar que a motivação do respondente, bem como sua inabilidade para fazer-se compreender ou para transformar-se em palavras que estejam à altura do que sente ou pensa, são fatores intervenientes. Como os psicanalistas não cansam de demonstrar, a fala está submetida a sanções e controles internos não conscientes, e sendo assim, susceptíveis ao mal entendido, tanto quanto ao “mal

expressado” e ao impreciso. Sendo assim, cabe ponderar que o relato pode ser propositadamente distorcido devido à natureza embaraçosa do evento ou como resultado do vínculo estabelecido entre entrevistador e entrevistado (Jovchelovitch & Bauer, 2002).

Especialmente dentro da abordagem teórica deste estudo, a relação pesquisador-pesquisado tem relevância: o pesquisador é também um interlocutor, pois sua rede de significações também está sendo continuamente impregnada e transformada, pelo próprio fazer da pesquisa. Alguns dos significados resultantes desta interação podem ser coletivos, como aqueles produzidos no longo tempo histórico, e outros são derivados tanto das experiências quanto das expectativas individuais, obtidas no aqui e agora da pesquisa (Rossetti-Ferreira, Amorim & Silva, 2004).

Então, o pesquisador é mais um “recolhedor da experiência” do que um “analisador à cata de explicações” (Schmidt, 1990, citado por Dutra, 2002) e está, ele próprio, mergulhado no campo da pesquisa que realiza. Conversas, lugares, espaços e tempos, encontros mediados ou não, com ou sem gravadores ou anotações, fazem parte da pesquisa social, conformando acontecimentos sociais em um meio material – tempo e lugar – e não “no vácuo”.

Portanto, baseando-se no referencial teórico adotado e nos objetivos deste estudo, delineou-se um estudo de casos, descritivo e exploratório, em duas etapas: entrevistas realizadas no último trimestre de gestação e após o parto. As entrevistas foram individuais, o que permitiria uma descrição das experiências e percepções das participantes através de seus relatos, favorecendo que sua expressão pudesse ser espontânea e livre de pressões; pessoal e auto-reveladora (Gaskell, 2002; Fossey, Harvey, McDermott & Davidson, 2002).

2.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

Foram instrumentos utilizados neste estudo:

- Ficha para dados sobre a saúde da gestante;
- Ficha para dados sócio-demográficos;
- Desenho da figura-estímulo – *Self-Q*;
- Roteiro temático para a entrevista antes do parto;
- Roteiro temático para a entrevista após o parto.

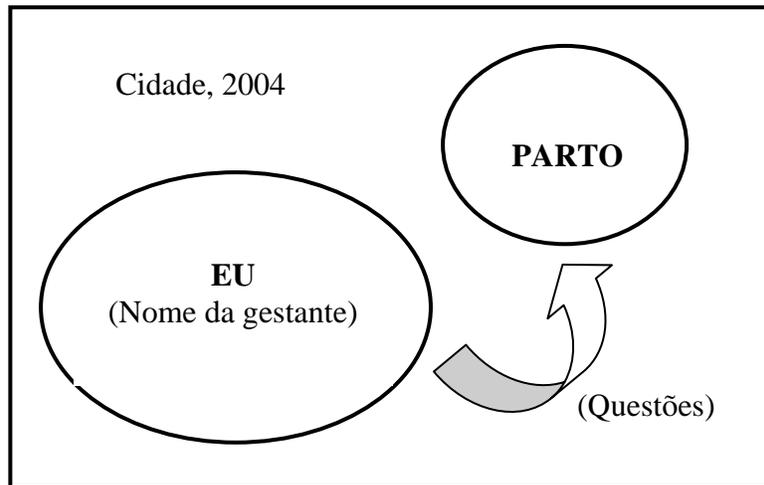
No primeiro encontro com a entrevistada, antes do parto, foram-lhe explicados os objetivos e métodos da pesquisa, solicitando-se o preenchimento do **Termo de Consentimento Informado**.

Seguiu-se buscando com a participante dados para a ficha para **dados sobre a saúde da gestante**, em que constam informações gerais sobre a saúde durante os meses anteriores de gestação, bem como dados sobre antecedentes obstétricos (problemas e/ou dificuldades relativas com gravidez) anteriores à gestação em curso. A **ficha para dados sócio-demográficos** informava sobre a situação socioeconômica do casal e era preenchida ao final do primeiro contato com cada entrevistada. Alguns dados não foram informados pela entrevistada por escrito e, nestes casos, respeitou-se sua opção por não os comunicar.

A técnica de entrevista de auto-questionamento ou “*Self-Q*”, desenvolvida por Michel Bougon (1983), foi adotada pelas características de não ser diretiva ou reativa, em uma primeira abordagem, isentaria o pesquisador de direcionar a entrevista. Além do uso reconhecido para estudar fenômenos organizacionais (Bastos, 2002), esta técnica também pode ser aplicada para a investigação de cognições e atitudes pessoais, podendo revelar suas representações e levantar questões relevantes para o entrevistado. No presente trabalho, adaptou-se tal técnica, utilizando-se um diagrama como estímulo para desencadear a entrevista. Assim, a **figura-estímulo** era desenhada diante da entrevistada, mantendo-se a estrutura conforme apresentada na FIGURA 1. A pesquisadora solicitava

que deveriam ser ditos todos os questionamentos que lhe viessem à mente em relação ao evento “parto”. A entrevistada poderia apresentar tantas questões quantas desejasse.

FIGURA 1. Diagrama adaptado do *Self-Q*.



Entretanto, nem todas as participantes deste estudo conseguiram sistematizar questionamentos sobre o parto, tanto porque não os tinham, quanto porque preferiram outra forma de falar ao invés de apontar questões: comentavam quais eram os pontos que as afligiam, o que pensavam ou sentiam, quais eram suas preferências em relação ao parto etc.. Mesmo aquelas entrevistadas que sistematicamente apresentaram seus questionamentos sobre o parto, não se restringiam a apontá-los, servindo apenas como introdução para suas falas que tratavam das questões como temas ou tópicos, a partir dos quais desenvolviam seus relatos. Houve casos em que alguns questionamentos surgiram quando a entrevista já estava em curso.

Todas as formas trazidas pelas entrevistadas foram aceitas, prosseguindo-se a entrevista a partir das suas próprias falas, já que o objetivo principal do encontro era que se estabelecesse entre pesquisadora e pesquisada uma interação a partir da qual se construiriam os dados da pesquisa. A pesquisadora procurava interferir minimamente, permitindo que a entrevistada continuasse sua fala livremente enquanto estivesse envolvida e interessada em algum tópico, estimulando-a a por meio de perguntas ou

comentários, favorecendo que ela se aprofundasse em alguns pontos do seu discurso para esclarecer o que pensava ou sentia. Somente foram introduzidos outros tópicos durante a entrevista, quando se percebia que a participante não os abordava por conta própria e eram essenciais como dados da pesquisa, de acordo com o que fora previsto no **roteiro de temáticas para a entrevista antes do parto**. Finalizando a entrevista, informava-se à participante que outro contato seria mantido após a data prevista para o parto, para a segunda parte da coleta de dados.

Nas entrevistas após o parto, iniciava-se o contato solicitando que as participantes relatassem como ocorreu o parto; em geral, elas incluía outros eventos acontecidos no período entre a data da primeira entrevista e o parto. No encontro após o parto, procurou-se focalizar os mesmos pontos abordados por cada participante na sua entrevista antes do parto. Como da vez anterior, favorecia-se o relato livre da entrevistada, somente intervindo-se para esclarecimentos ou perguntas, ou com o objetivo de estimulá-la a tratar mais profundamente sobre algum tópico ou para introduzir outro previsto no **roteiro de temáticas para a entrevista antes do parto**, caso a participante não o tivesse feito ainda.

Ao final de cada encontro era perguntado às entrevistadas se desejavam acrescentar informações relativas ao estudo que considerassem importantes e que não tivessem sido exploradas.

As entrevistas foram realizadas em local e horário convenientes para as entrevistadas e todas participaram do estudo voluntariamente. A duração das entrevistas antes do parto variou entre 40 minutos e uma hora e meia; já as entrevistas depois do parto foram mais curtas, durando entre 30 minutos e uma hora.

2.3 AS PARTICIPANTES

Para esta pesquisa, foram estabelecidos como critérios que as participantes fossem mulheres adultas (a partir de 18 anos), que estivessem esperando seu primeiro filho, que suas gestações estivessem sendo saudáveis (isto é, que algum problema ou

dificuldade, por si só, definisse o tipo de parto), e que estivessem no último trimestre de gestação na época da primeira entrevista (antes do parto).

Optou-se por procurar as participantes através de contatos pessoais da entrevistadora após a realização de uma entrevista-piloto. Considerando-se o tema, o referencial teórico e os objetivos da pesquisa, seria necessário estabelecer-se um bom “rapport” entre pesquisadora e pesquisada, que deveria ser suficiente para que a entrevistada se sentisse à vontade para explorar aspectos mais íntimos da sua experiência, em especial por haver um número de contatos reduzidos. Para facilitar o estabelecimento deste vínculo, definiu-se como prioridade que os contatos com as possíveis entrevistadas deveriam ser mais “pessoais” do que “institucionais” (ou seja, não aconteceriam através de instituições ou profissionais de saúde).

Entretanto, através do processo nominativo – isto é, selecionar as informantes através das indicações de terceiros – também revelou-se um procedimento problemático porque reduziu as possibilidades de contar com mulheres em situações sociais mais variadas, além da lentidão do processo de encontrar, contactar e entrevistar mulheres que estivessem de acordo com os critérios da pesquisa e que se disponibilizassem a participar deste trabalho.

Ao todo, onze pessoas foram entrevistadas, mas a primeira entrevista – chamada “piloto” – não foi gravada em áudio, e, por isso, não pôde ser incorporada à análise dos dados. Porém, a entrevistada contemplou os mesmos critérios estabelecidos para inclusão das participantes deste estudo e seguiu os mesmos procedimentos de coleta.

Devido à facilidade de acesso da pesquisadora, foram entrevistadas duas gestantes que residiam em uma cidade do interior do estado¹, o que se justificou também porque tais entrevistas poderiam trazer elementos que diversificassem as experiências analisadas. Uma das entrevistas não foi incluída porque a gestante apresentava problemas de saúde (pressão alta) desde o mês anterior à entrevista e, devido à sua idade (39 anos) e ao seu histórico de abortos espontâneos prévios, o que colocava as vidas da gestante e do bebê em risco, havia indicação médica para realização de parto cesariano.

¹ Santo Amaro, localizada a 75 quilômetros de Salvador, Bahia.

Além desta, outra exclusão ocorreu devido a problemas técnicos da gravação da entrevista que prejudicaram a transcrição do material.

Das onze entrevistas feitas por ocasião da primeira etapa da coleta, cinco foram realizadas no local de trabalho da participante, cinco nas residências das entrevistadas e uma na faculdade onde a entrevistada estudava.

Correspondendo à segunda etapa da coleta, após o parto, foram realizadas oito entrevistas, todas em um único contato, sete nas residências das participantes.

Exceto em um caso², a primeira etapa da coleta realizou-se em dois encontros e a entrevista após o parto aconteceu no local de trabalho da participante.

Para esta pesquisa são considerados oito casos com entrevistas completas antes e depois do parto. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e depois transcritas para posterior análise de dados.

Na primeira fase da coleta de dados, as idades das entrevistadas variaram entre 18 e 35 anos; sete delas residiam em Salvador e uma no interior do estado da Bahia. Todas encontravam-se entre a 32^a e a 38^a semana de gestações saudáveis.

Duas entrevistadas possuíam escolaridade de nível superior com curso de pós-graduação; duas possuíam curso universitário; uma concluía o curso superior. Duas entrevistadas concluíram o ensino médio e uma cursava o ensino fundamental (esta era também a participante mais jovem).

Todas as entrevistadas informaram ter relacionamentos com o marido ou namorado de, no mínimo, dois anos, mas apenas duas delas residiam com ele há mais de um ano. O tempo mínimo em que o casal vivia junto foi um mês.

Os maridos ou namorados das entrevistadas tinham idades variando entre 19 e 48 anos e cinco deles haviam concluído o ensino superior; dois concluíram o ensino médio. Em dois casos, apenas ele exercia alguma atividade remunerada na época da primeira entrevista.

A renda dos casais variou bastante: em um extremo, um casal tinha renda de menos de meio salário-mínimo e no outro extremo, um casal tinha renda de cerca de 45 salários-mínimos.

² Entrevista com Amanda.

Segundo as entrevistadas, as pessoas que mais estavam atuando como referência para questões relativas à gestação eram as mães (em quatro casos), seguindo-se de amigas (dois casos). Uma participante citou um professor como sua referência e outra disse não ter ninguém com este papel naquele momento.

As demais características sócio-demográficas encontram-se nos QUADROS 1 e 2.

QUADRO 1. Perfil sócio-demográfico das entrevistadas com nível de escolaridade superior, com e sem pós-graduação.

Gestante Dados	Anna	Amanda	Clarice	Carla
Idade da gestante	35	29	29	29
Escolaridade	Pós	Pós	3º grau	3º grau
Ocupação	Pedagoga	Enfermeira	Comércio exterior	Assistente administrativo
Renda (SM)	7,7	10	5	3
Quem mantém a casa?	Casal	Casal	Casal	Casal
Período que ficará sem trabalhar	4 meses	4 meses	>4 meses	5 meses
Religião?	Católica	Católica	Espírita	Católica
Estado civil	Casada	Casada	Casada	Casada
Residindo com o pai do bebê há...	10 meses	8 anos	4 anos	6 meses
Quantos moram na mesma casa?	3	2	2	2
Idade do marido	30	34	39	44
Escolaridade	3º grau	2º grau	3º grau	3º grau
Ocupação	Engenheiro	Assistente administrativo	Consultor	Servidor público
Renda (SM)	15,4	4	7,7	5
Religião?	Católica	Católica	Católica	Católica
Já tem filho(s)?	Não	Não	Não	Não
Onde mora?	Garibaldi	Stela Mares	Barra	Paralela
Quem tem ajudado na gestação?	Fisioterapeuta	Mãe	Mãe	Mãe
Idade	28	53	49	65
Escolaridade	3º grau	3º	2º	2º
Ocupação	Profª Hidro	Pedagoga	Não	Não
Onde mora?	Itaigara	Itaigara	Barbalho	Brotas

QUADRO 2. Perfil sócio-demográfico das entrevistadas com curso superior incompleto, ensino médio e ensino fundamental.

Participante Dados	Marina	Leila	Luzia	Vitória
Idade da gestante	25	26	20	18
Escolaridade	3º grau incompleto	Ensino médio	Ensino médio	Ensino fundamental
Ocupação	Estudante	Balconista	Não tem	Não tem
Renda (SM)	Não tem	Não informou	Não tem	Não tem
Quem mantém a casa?	Marido	Casal	Marido	Marido
Período que ficará sem trabalhar	3 meses	2 meses	1 ano	2 anos
Religião?	Católica	Espírita	Testemunha de Jeová	Não tem
Estado civil	Casada	Com companheiro	Com companheiro	Com companheiro
Residindo com o pai do bebê há...	3 meses	4 meses	5 meses	1 mês
Quantos moram na mesma casa?	2	5	5	2
Idade do marido	33	48	19	25
Escolaridade	3º grau	3º grau	Ensino médio	Ensino médio
Ocupação	Gerente de informática	Comerciante	Comerciante	Recreador
Renda (SM)	46	Não informou	Variável	<1/2
Religião?	Católica	Espírita	Não tem	Não tem
Já tem filho(s)?	Não	3	Não	1
Onde mora?	Rio Vermelho	Santo Amaro (Ba)	Paripe	Castelo Branco
Quem tem ajudado na gestação?	Não tem	amiga	Mãe	Professor
Idade	-	27	37	36
Escolaridade	-	Ensino médio	Ensino médio	3º grau
Ocupação	-	Balconista	Aposentada	Professor
Onde mora?	-	Santo Amaro (Ba)	Fazenda Coutos	Castelo Branco

Neste trabalho, de modo a respeitar o sigilo das participantes, seus nomes foram substituídos. Os nomes fictícios foram dados considerando-se a escolaridade da entrevistada e a mesma inicial foi adotada também para os nomes do marido e do bebê³.

Para a identificação dos hospitais, letras maiúsculas indicam as instituições públicas, algarismos arábicos indicam os hospitais particulares e/ou conveniados. A única instituição classificada como pública e privada é referida apenas como “Maternidade”⁴.

³ Os nomes com “A”: entrevistadas com curso de pós-graduação; nomes com “C”: com curso universitário completo; nome com “M”: não havia concluído o curso superior; nomes com letra “L”: ensino médio; nome com “V”: ensino fundamental.

⁴ Localizada na cidade do interior.

Capítulo 3

Apresentando as
pessoas através
dos casos

Quem fala, dirige-se a um ouvinte que, na pesquisa, transformará o que ouvir em outro relato – o seu próprio. Fatalmente haverá uma re-interpretação dos significados, dentro de um processo no qual o pesquisador leva em conta suas reflexões, sua trajetória pessoal e profissional, e também sua própria rede de significações. De antemão se anuncia um entrosamento de experiências, crenças e expectativas enquanto, simultaneamente, anunciam-se novas possibilidades, intenções e projetos, transformando a própria realidade neste processo (Cunha, 1997).

Neste capítulo, são apresentados os “casos”, ou melhor, o que se pode relatar a partir dos encontros com as pessoas entrevistadas. Um “estudo de caso” é, segundo Stake (2000), algo que se identifica como específico, singular e surpreendente, que ajuda a ampliar o conhecimento sobre o fenômeno estudado.

Encontra-se tal singularidade nos casos analisados e estes são aqui reconstruídos pela pesquisadora, que busca sintetizar os elementos essenciais de cada um. No capítulo seguinte, procede-se

Optou-se por organizar os relatos dos casos separando “antes” e “após”, tomando-se o parto como evento “divisor de águas” que marca diferenças importantes nos conteúdos e sentidos construídos nos encontros das participantes com a pesquisadora. A estrutura dos casos é a mesma, com alguma variação dependendo de cada entrevistada:

- “Antes do parto”: apresentam-se dados sócio-demográficos da gestante e do marido ou namorado, individualmente e também do casal; dados sobre a gestação atual e antecedentes obstétricos; informações sobre o bebê (escolha do nome e idade gestacional, por exemplo); características pessoais ou dados da história de vida da entrevistada; dados sobre a assistência pré-natal; expectativas em relação ao parto e à assistência, bem como o desejo de contar com a presença ou não de acompanhante durante o parto; informações sobre o relacionamento conjugal, familiar e com trabalho e/ou estudos durante a gestação.

- “Após o parto”: descrição do parto e de eventos imediatamente antecedentes; comparação com as expectativas de antes do parto; assistência recebida antes, durante e logo após o parto; se teve ou não a presença de acompanhante durante o parto; o

primeiro contato com o bebê; rotina de cuidados com o bebê; referências à relação com o bebê e à experiência da maternidade; auto-percepção da mulher; dados sobre a relação conjugal, familiar e com trabalho e/ou estudos após o nascimento do bebê.

Dividir a apresentação dos casos entre “antes” e “após” também aponta para uma importante relação com o tempo, destacada pelo referencial teórico adotado. A dimensão de irreversibilidade do tempo não impede que as pessoas, em suas vivências, vejam presente, passado e futuro indissociados, o que ocorre em vários momentos durante as entrevistas. Por isso, para conseguir-se melhor entendimento dos relatos, a linearidade baseada no tempo cronológico, é um recurso útil.

3.2 OS CASOS

3.2.1 AMANDA

Antes do parto

Amanda, enfermeira com curso de pós-graduação, tinha 29 anos quando realizada a primeira entrevista da pesquisa. Trabalhava em dois hospitais, cumprindo escalas de plantão eventualmente, o que ocasionava um ritmo intenso de atividade profissional. Era casada com Antônio, que trabalhava como assistente administrativo e cursava faculdade. Ela estava na 35ª semana de gestação, esperando uma menina que denominamos Aurora.

Amanda considerou ter mantido um certo planejamento em sua vida, realizando as coisas dentro de uma ordem que a fazia sentir-se segura antes de dar o passo seguinte. No entanto, a gravidez ocorreu um pouco antes do momento ideal no curso de sua vida prática, ainda que completamente integrada ao seu desejo de maternidade.

O casal namorara por dois anos; estiveram noivos durante quatro anos e estavam casados há oito anos. Ter seu primeiro filho após tanto tempo de convivência exclusiva como casal, quando já haviam criado uma rotina bastante confortável, implicaria em perder, ao menos parcialmente, uma liberdade que haviam conquistado. Porém, a vontade de ter um filho era um sentimento poderoso, quase indefinido e inevitável:

“(...) Aí, quando eu me senti segura, já, pra ter filho, já sentindo faltando, como se estivesse faltando alguma coisa... Não assim, na relação, mas, sentindo um vazio, eu não sei. (interrupção). Não acho que filho vai preencher vazio, não é? É uma coisa que você sente... desperta pra aquilo, entendeu? Pra maternidade.(...) Tem aquela coisa da relação que você sente mais segurança, então, você desperta pra aquilo, que ter o filho vai ser uma pessoa a mais que vai só estar complementando aquele amor.”

Um filho provocaria uma série de mudanças internas, para os dois, sendo para Amanda intensa a sensação de perda de espaço, de ter que dividir afeto com mais uma pessoa e da sua independência, o que resultaria, também, na modificação dos relacionamentos interpessoais – algo a que ela precisaria adaptar-se. Tudo isso representava desafios para ela: *“(...) Meu marido fala assim: ‘Antes você era uma princesa, agora você vai ser a rainha, porque a princesinha vai ser nosso bebê’ ”.*

Além das mudanças na dinâmica do casal e das relações familiares como um todo, uma questão prática era necessitar de uma empregada, ou melhor, de uma babá para cuidar de Aurora. Para ela, isto significava mudar a rotina da casa, com mais pessoas circulando por lá e, principalmente, conseguir encontrar alguém que aceitasse se adaptar às rotinas de Amanda, incluindo o fato de manter-se nos dois empregos.

Para Amanda, esta tarefa é solitária tanto porque Antônio parece acreditar que ela dá *“conta de tudo, sempre”*, quanto porque ela própria assume que é sua responsabilidade cuidar do bebê e, também, de escolher uma babá. Isto é tão intenso para ela que se confunde a dificuldade da demanda com suas próprias características pessoais, como ser muito exigente e gostar de desafios.

Por outro lado, a maternidade seria uma oportunidade de crescimento, de amadurecimento pessoal, de aprendizado. Tornar-se mãe significava, segundo Amanda, o desenvolvimento de aspectos mais femininos, como o cuidar de alguém, a fragilidade e

assunção da tarefa de educadora. Neste ponto, estaria relacionado com a responsabilidade de transmitir para o filho “*um pouco de tudo que você aprendeu de certo e de errado na sua vida toda...*”. Para ela, era uma experiência muito complexa, integrando este sentimento de responsabilidade pelo bebê a vários processos internos, psicológicos, que demandariam modificações nas atitudes ou atividades da mulher em prol do seu filho.

Ao tratar das preocupações com a educação da filha, Amanda antecipou no tempo, questões relativas a um futuro distante, como o receio de ter dificuldades quando a filha estiver mais velha. Amanda pensava que existirão variáveis externas às quais terá que se submeter e que não dependerão unicamente dela e, apesar de ter consciência disto, afligia-se:

“(...)eu sei, assim, se eu pensar conscientemente, eu sei que não depende só de mim, mas ao mesmo tempo, eu acho que eu vou pensar que é tudo culpa minha! É complicado...(...) eu vou fazer o meu melhor dentro das minhas possibilidades, mas ela vai ter o direito de seguir o caminho dela. Eu vou, enquanto ela tiver sob meus cuidados, assim, dependendo totalmente de mim, eu vou poder tá... amparando ela né? Mas tem uma hora que não vai ter mais isso!”

Esta mesma “vontade de controlar tudo” reaparece quando o tema tratado é o tipo de parto. A preferência de Amanda era pelo parto cesariano; marcar uma data a deixaria mais tranqüila até mesmo para esperar o parto normal que estava associado, para ela, à perda de controle, deixando-a à mercê do tempo, das circunstâncias e, assim, evidenciando seu medo de sofrer física e emocionalmente. Pelo fato de trabalhar muito, sentia-se mais responsável e temia que o parto fosse antecipado, buscando alternativas para que seu bebê escapasse do risco da prematuridade (pelo menos teoricamente).

Marcar uma cesariana poderia garantir a participação do obstetra que acompanhara o seu pré-natal, já que ele não era membro integrante da equipe do Hospital 2 e somente poderia estar na instituição como um “segundo médico”, uma espécie de auxiliar durante um parto cesáreo e dispensável no parto normal, segundo Amanda. Além disso, a cesariana previamente agendada evitaria situações como o seu médico estar viajando ou atendendo outra gestante/parturiente, evitando que ela fosse “*parar na mão de uma pessoa que eu nunca vi na minha vida, que eu não tenha*

nenhuma referência, assim, por exemplo, [como] se eu tivesse num hospital público, que eu não conhecesse ninguém...”.

Ao saber da gravidez, uma preocupação de Amanda referiu-se ao convênio, ainda no período de “carência” para realizar parto. Ela deveria pagar as despesas para não utilizar a rede pública. Sua preferência inicialmente era pelo Hospital 3, por gostar do tratamento prestado pela instituição, mas, tendo em conta a questão das despesas, optou pelo Hospital 2, onde trabalha e também onde poderia contar com o suporte de profissionais conhecidos, o que lhe garantiria maior sensação de segurança.

A presença de Antônio durante o parto geraria maior preocupação para Amanda, mais do que servir como suporte para ela, por considerar que o marido não teria condições emocionais de participar do parto. Porém, o apoio de outra enfermeira, uma colega e alguém de sua confiança, a auxiliava a ter mais segurança. Para ela, isto representava humanização: *“tecnicamente, não vai fazer nada, [mas] só de você tá ali, sabendo que vai tar olhando por você, é uma segurança maior”.*

Ser enfermeira era visto por Amanda como um fator complicador que aumentava sua ansiedade e a sensação de cobrança para que tudo funcionasse com perfeição:

“(...) sendo da área de saúde, já conhecendo alguns dos problemas que acontecem, eu já fico mais apreensiva, eu acho que até queria não saber nada. Ser uma total leiga... eu acho que seria mais fácil... as exigências, as cobranças, né? Seria mais fácil”.

Amanda imaginava como se sentiria sendo cuidada por outros profissionais da saúde que, na instituição hospitalar, “tiram” a individualidade e impõem regras, provocando sensação de impotência e de dependência naquele que está hospitalizado. Ainda que não fosse algo tão freqüente, sabia que isto poderia ocorrer.

Após o parto

Os últimos dias de gestação foram estressantes para Amanda porque houve risco de parto prematuro. Ela precisou afastar-se do trabalho antecipadamente, permanecendo em repouso, pois já tinha dilatação e sangramento, mas sem contrações. A orientação

que teve foi de tentar aguardar completar 39 semanas. Para ela, que não gosta de ficar parada nem de esperar, foram dias sofridos. Às vezes parecia que aquilo nunca acabaria e outras vezes, tinha medo de que tudo terminasse logo, o que aconteceria se Aurora nascesse prematuramente, sentindo-se culpada por isso. A ansiedade dos que estavam à volta de Amanda, telefonando diariamente, várias vezes ao dia, perguntando quando aconteceria, aumentava ainda mais o seu nível de estresse.

A gestação completou 39 semanas e realizou-se a cesária. Apesar do medo da anestesia, que demorou um pouco para fazer efeito, Amanda não teve problemas e sentiu o desconforto habitual de um período pós-cirúrgico, como ela disse. Ela e Aurora ficaram hospitalizadas por dois dias, mas sem qualquer problema. Ficaram juntas todo o tempo e, para Amanda, o hospital parece ter servido como um espaço importante nos primeiros dias, por garantir-lhe uma certa segurança.

Durante o parto, Amanda teve o apoio de uma colega também enfermeira e que trabalha no mesmo hospital, além do obstetra com quem fizera o pré-natal. Para ela, a assistência e apoio emocional prestados por ele foram de ótima qualidade.

O primeiro contato com Aurora foi extremamente emocionante para Amanda que descreveu como *“a maior emoção do mundo quando coloca, assim, o bebê perto de você, quando você vê que tá bem! É um momento mágico!”*.

É curioso notar que, tendo superado a etapa do parto, Amanda passou a sofrer de certa ansiedade em relação à amamentação: se teria leite; se a quantidade de leite seria suficiente para amamentar o bebê; se Aurora conseguiria sugar direito; se a qualidade do seu leite seria adequada para a nutrição da bebê. Nenhum dos questionamentos sobre o aleitamento se confirmou, mas Amanda sofreu porque seus mamilos ficaram “rachados”, doendo durante a amamentação.

A continuidade dos cuidados com Aurora, estabelecendo-se rotinas, fortalecendo os vínculos entre as duas, trouxe para Amanda uma nova dimensão da maternidade, *“a melhor experiência do mundo! Não existe sensação melhor na vida, principalmente quando você vê que seu bebê tá bem, tá saudável”*. Porém, a maternidade não foi uma “descoberta” plena de eventos positivos, mas também composta por situações difíceis, como as enfrentadas nos primeiros dias, quando já estavam em casa. Amanda, que achava que não “daria conta” de cuidar de Aurora que, para ela, era muito pequena,

chorava todos os dias. Foi crucial, neste período, contar com o apoio da família, do marido, mas especialmente da mãe, com quem passou alguns dias depois de ter tido alta hospitalar. Aos poucos, Amanda viu que tudo foi mudando. Para ela, ficou evidente que é a mãe quem sofre mais com a modificação das rotinas com a chegada do bebê: “*A mãe perde a hora de comer (...) você não tem mais hora pra tomar banho, você não tem tempo pra vaidade*”.

Até a data da entrevista pós-parto, quando Aurora já havia completado quatro meses, Amanda não conseguia ter um “tempo seu”, quando poderia fazer ginástica, sair com amigas ou mesmo resolver problemas domésticos:

“(...) até pra pagar uma conta eu preciso ter... que alguém fique com ela, entendeu? E eu procuro fazer isso não no tempo que eu tou livre, porque o tempo que eu tou livre hoje é todo de Aurora. A não ser que o pai esteja livre, aí ele fica... às vezes.”.

Não era que faltasse tempo, já que estava trabalhando apenas um turno, mas que cuidar de um bebê requeria muita atenção. Isto, no entanto, Amanda frisou, não diminuía a magnitude da experiência da maternidade:

“É muito bom ser mãe, não existe coisa melhor. (...) Aí você entende tudo...você entende a verdadeira essência, (...) aí é que você se sente mulher de verdade! Você se sente forte pra encarar qualquer obstáculo na vida, assim, sabe? Lhe dá uma... um gás, assim. Todo mundo fala isso, todo mundo, mas... só você passando que você sente! Você sente é...necessidade de... buscar algo melhor na vida, assim, né, a nível profissional. Você busca aproveitar a vida!”.

Um dos problemas que impedia Amanda de sentir-se realizada plenamente com a maternidade era que continuava sem uma babá para cuidar de Aurora enquanto ela trabalhava. Antes do parto, Amanda referira ter critérios “do que seria o ideal” para proceder à escolha da babá, que seria conciliar um perfil profissional adequado e aspectos pessoais, já que seria uma pessoa que residiria em sua casa e com quem sua filha passaria grande parte do dia:

“(...) eu não quero uma pessoa que cuide como eu, porque eu sou enfermeira... Então, assim, o cuidado é uma coisa que não é uma dificuldade, o que pra muita gente pode ser, né, porque tem a doação (...) Então, assim, eu ainda não achei a pessoa certa. Então, eu preferi, eu optei por ficar só, tendo alguém na minha casa (...) que cuida das outras coisas e não cuida de Aurora. E agora eu já tou buscando uma pessoa... (...) aí eu vou deixar ficar, assim, um mês com ela pra ver como é que vai tar com Aurora e tudo, na casa de minha mãe, indo todo dia. Se tiver tudo direitinho, já vou deixar em casa, porque tá muito estressante pra ela.”

Mas, após cerca de quatro meses, não havia encontrado quem atendesse a tais critérios. Amanda contava com o apoio da irmã e da empregada da mãe mas, nos últimos dias angustiava-se porque a bebê apresentava sinais de “estresse”, chorando intensamente quando era deixada na casa da avó. Para a própria Amanda estava sendo desgastante também, especialmente por precisar recorrer a outras pessoas, vivendo uma situação não era “ideal” para ela, incomodando-a por não ter conseguido, ainda, total autonomia como desejava.

Em relação a Antônio, Amanda considerou que ele tinha se revelando um “paizão”, porque, dentro das suas possibilidades, mostrava-se disponível, cuidando de Aurora mesmo em um tempo reduzido, mas que já auxiliava a mulher no papel de “pai moderno” como classificou Amanda. Com esta participação, o cuidado da filha não ficava totalmente a cargo apenas da mãe. Para Amanda, isto significava partilhar com alguém uma grande responsabilidade.

Amanda acreditava que, além de Antônio ser um marido compreensivo, juntos, eles conseguiram construir uma boa estrutura conjugal, suficiente para sustentar a chegada de um filho, cujo impacto pode colaborar para a separação de um casal devido às dificuldades que emergem. Para ela, realmente, o que faltava era ter uma babá para Aurora: *“Hoje, se eu conseguisse uma babá boa, de confiança, 95% dos meus problemas sumiriam na minha vida!”*.

3.2.2 ANNA

Antes do parto

Anna, 35 anos, e André, 30 anos, são procedentes de São Paulo e moravam há pouco tempo em Salvador quando ela foi contactada para a pesquisa. O casal havia mudado de cidade por causa do trabalho dele que era engenheiro. Ambos eram católicos praticantes e estavam casados há cerca de dez meses. Em Salvador, Anna descobriu-se grávida, o que foi uma mudança importante na vida do casal.

Os primeiros meses foram de “susto” porque não haviam se planejado para ter um bebê naquele momento. E para Anna, mais especificamente, havia a preocupação em conseguir um emprego em uma cidade diferente, o que poderia ser mais difícil estando grávida. Ela não poderia ser desonesta e ocultar este fato, mas o desejo de inserir-se profissionalmente era um aspecto importante da sua vida. Na primeira entrevista, o casal tinha renda em torno de 23 salários-mínimos e Anna encontrava-se na 34^a semana de idade gestacional. Mas, mesmo gestante, ela conseguiu um trabalho como pedagoga (era sua formação), ficando bastante feliz com isso.

Ela adquiriu o hábito de registrar, escrevendo sem censurar-se, sobre suas frustrações: “*“Mas eu tinha que ter ficado grávida?! Meu Deus, que chatice’, sem censurar, sem um puritanismo, sem uma falsidade. E hoje em dia eu penso: ‘Que bom que eu fiquei grávida’”*”. Foi uma forma de tentar elaborar as coisas que estava vivendo.

Para Anna, a gravidez tem algo de misterioso; é algo divino que “*escapa da mão da gente*”, é algo que “*acontece fora*” e não depende do nível de escolaridade ou de “*esclarecimento*” da mulher, como exemplifica com seu próprio caso.

O início da gestação foi, para ela, o tempo de aprender a esperar, observar, silenciar, escutar, em contraste com um tempo, “*de batalha, de luta, de guerra*”. No começo, “*parecia que o tempo tinha congelado*”. Porém, aos poucos, à medida em que o bebê ia tomando forma definida, quando ela passou a identificar “*um bebezinho (...) a mãozinha, os dedinhos, o pezinho*”, passou a haver também uma fase de “*adorar a barriga*”, quando há uma sincronia entre mãe e filho, existindo um elo emocional entre

eles. Anna percebia que aquela experiência não se repetiria novamente no tempo e, por isso, utilizou a metáfora da peneira, para referir-se ao que deveria selecionar para guardar consigo por toda a vida.

Anna comentou que a maternidade fazia com que ela analisasse a necessidade de mudar de postura diante da vida, de rever seus projetos profissionais, tornando-se mais flexível e tolerante consigo mesma. Acreditava que também aprendia a compreender as demais pessoas - como as atitudes de sua mãe em relação a seus irmãos. Ela percebia muitas modificações em si mesma, que sempre fora uma pessoa segura, destemida e ousada, e, naquele período de gravidez, via-se com medo e confusa. Anna identificava que havia “(...) *uma agudez de perceber, de sentir o que tá acontecendo*” com o bebê, que lhe parecia ser “*típico de uma mãe*”. Esta era uma experiência tão forte, que a transformaria definitivamente. Questionava-se, também, sobre sua habilidade para articular uma família a partir da chegada do seu primeiro filho.

Um importante marco da maternidade seria a experiência do parto, caracterizada por Anna como “(...) *nova e misteriosa*”, que “*marca a pessoa pro resto da vida, como se faz com o gado quando você quer imprimir a marca do dono: a gente fica marcada pro resto da vida*”. Para o bebê este também seria um momento significativo e Anna gostaria de oferecer ao seu filho, Augusto, a melhor recepção possível que, pela sua intuição, seria o parto normal. Seria o mais vantajoso tanto para a mulher quanto para a criança, apesar de mais arcaico e estar em desuso para alguns. Entretanto, o parto cesáreo fora caracterizado como mais agressivo, invasivo, doloroso psicologicamente, ainda que prático:

“(...) pra que, então, eu possa ajudar meu filho a também chegar nesse mundo de um jeito diferente, com algo diferente, e desde esse nascimento poder contribuir pra que ele seja uma pessoa também diferente, é o que eu mais desejo pra ele. (...)”

Anna não conseguiu saber quais as diferenças entre os partos normal e cesáreo, por nunca ter vivenciado qualquer um deles, mas pelas informações que obteve através de literatura, de material divulgado na *Internet* ou nos cursos de gestante, entendeu que a “*indústria de fazer nascer menino só com processo cirúrgico*”, surgiu devido ao

grande número de mortes de mães e bebês durante ou logo após o parto. Pensava que o parto normal parecia garantir uma recuperação mais rápida:

“(...) Dentro de dois e três dias a mulher já tá ótima, já tá andando (...) a sua recuperação é muito melhor, ou mesmo pra fazer depois um trabalho com o corpo pra perder peso, pra voltar ao peso normal dentro de 30 dias”. Por outro lado, “no parto cesáreo demora muito mais, 45 dias, dois meses, a depender de cada mulher”.

Para ela, pessoalmente, morrer ou deprimir-se após o parto seriam as intercorrências mais temidas. A escolha de Anna pelo parto normal ocorrera ao longo da gravidez, para o que contribuiu ter ouvido experiências de outras mulheres do seu próprio parto. No entanto, pensar nos benefícios do parto normal, para a mãe e para o bebê, não afastava de Anna o medo da morte e da dor, e o receio de que, por algum problema, fosse necessário ter um parto cesáreo. Neste caso, a prioridade era que o bebê nascesse com saúde e isto a confortaria.

A aproximação do momento do parto reavivava suas apreensões e também André partilhava com Anna suas preocupações. Ela achava que o parto demandava coragem; a mulher não tem como escapar, mas o homem, no caso, André, poderia não “*conseguir dar conta*” de presenciar o parto e as intercorrências possíveis. De todo modo, a principal colaboração dele seria após o parto, quando Anna desejava que ele estivesse mais disponível para acompanhá-la e ao bebê.

Por outro lado, Anna esperava contar com a presença do médico que a acompanhou durante o pré-natal como fonte de suporte psicológico no parto. Ela considerava que havia pouca possibilidade dele não fazer seu parto pois a própria esposa também estava grávida: “*(...) ele não vai ficar saracoteando por aí, né? (...)*”. Se ocorresse do médico não estar com ela, aceitaria porque a prioridade, mais uma vez, seria zelar pelo bem-estar do bebê.

Anna estava sendo acompanhada e realizaria o parto no Hospital 1 que possui um curso para gestantes e pais, propiciando criar maior familiaridade com o espaço e profissionais antes do dia do internamento. Ela participou de “*oficinas pra banho*”, encontrou com o possível anestesista, acompanhou passo-a-passo todo o percurso desde

a chegada ao hospital até o centro cirúrgico, onde o bebê seria apresentado ao pai e familiares e achou que esta idéia ajudava as pessoas a conseguirem estar mais tranquilas e sentir que “*as coisas estão sob controle*”. Descreveu esta visita como um contato com os rituais do hospital. Para ela, em especial, isto foi significativo porque não tinha construído qualquer referência por residir há pouco tempo em Salvador.

Anna destacou que a relação que a mulher estabelece com seu obstetra deve ser mais do que profissional, porque ele deve ser alguém que transmita segurança, confiança e liberdade, que dê esclarecimento e conforto. Isto precisa se estender da mulher para o marido também. Ela reconhece que André passou a ter um “movimento” totalmente diferente em relação à gravidez, ao longo do pré-natal e atribui esta mudança ao que encontrou no seu obstetra que tinha a conduta de que “*os pais estão grávidos*”. André tornou-se mais participativo em todo o processo, inclusive acompanhando Anna nas compras do enxoval e até sugerindo datas mais adequadas para as consultas médicas, de modo a poder estar presente. Para o casal, a confiança construída na relação com o médico implica em confiar que, na hora do parto, quando tudo pode acontecer, e pode ser de um jeito inesperado, imprevisível, o médico conduzirá o parto da melhor forma para ela e para seu bebê.

Nos primeiros dias de vida de Augusto, Anna esperava ter a presença da mãe que viria de São Paulo, para sentir-se mais apoiada. Após o primeiro mês, quando André estivesse de férias, eles iriam para São Paulo, onde contariam também com o suporte dos demais familiares. Anna preocupava-se com o futuro, quando precisaria organizar-se para cuidar do bebê sem ter o apoio dos membros da sua família.

Outra preocupação abordada por Anna dizia respeito à falta de cuidados que observava, de modo geral, em relação à gravidez, para ela, um período altamente sensível. Nos seus contatos de trabalho, por exemplo, ela encontrava mulheres que sequer tinham tempo ou condições para refletir sobre a chegada de um filho – ou mais um, em certos casos – o que lhe levava a pensar sobre como tais mulheres vivenciavam esta experiência, quais seriam seus sentimentos sem contar com um espaço onde pudessem expressar-se. Isto a incomodava muito. Eram experiências muito próximas mas ao mesmo tempo muito distantes da que ela estava vivendo.

Além deste contato produto de sua inserção profissional, Anna tivera também experiência pessoal significativa em relação à gravidez. Uma de suas irmãs apresentou um comprometimento emocional importante que se deflagrou a partir do nascimento do primeiro filho, acentuando-se cada vez mais, até culminar em uma grande depressão. Diagnosticou-se, então, uma psicose maníaco-depressiva, o que, para a família dela, era algo *“muito difícil de entender, de compreender”*. Isto marcou Anna com tal profundidade que, durante a sua gestação, ficou ainda mais atenta, procurando antever o qualquer tipo de possíveis sintomas: se ficava muito triste, ou muito eufórica; as preocupações com o trabalho ou com a solidão pelo marido trabalhar longe parte do dia. Com isso, pedia às pessoas: *“Ó, olha pra mim, cuida de mim (...)”*.

Após o parto

Durante um dos últimos exames no pré-natal, identificou-se que Augusto poderia ter uma “circular de cordão” e, neste caso, tentar um parto normal seria perigoso. Agendou-se, então, uma cesariana para que não houvesse risco para o bebê, mas, quando a cirurgia aconteceu, *“Augusto já tinha desfeito o nó”*. Anna ficou bastante decepcionada por não ter conseguido ter um parto normal, como se tivesse havido alguma deficiência dela. Só com o tempo, percebeu que estas ocorrências são normais e poderiam ter acontecido com qualquer criança.

O médico que a acompanhara no pré-natal realizou seu parto e deu a ela todo o suporte que Anna desejava. Ele a orientou, informando passo-a-passo o que aconteceria durante todo o procedimento: *“Olha, falta pouco”* ou *“Agora vai acontecer isso”*, o que fez com que aquele ato se transformasse em uma vivência afetiva tanto para ela quanto para André. O casal resolvera que André entraria na sala de parto com a mulher, dando-lhe suporte emocional, como fizera em outros momentos durante a gestação, graças ao vínculo formado com o obstetra e à postura adotada pelo médico. Para o casal, foi *“uma experiência ímpar”*.

Quando Augusto nasceu, *“foi um choro só! Aquela festa! E, assim, era como se (...) a gravidez tivesse acabado, realmente, né? E ali começasse uma outra história! Ter sentido o Augusto bater na minha barriga, ter sentido ele chutar, não dava a dimensão de que ali tem uma pessoa, (...) que respira, que chora... É uma coisa muito... muito maluca!”*. A primeira coisa que Anna fez foi rezar para Nossa Senhora para que ela a *“ajudasse a cuidar daquela criança, daquela criatura tão pequenininha, tão indefesa! Eu me lembro que eu fiz uma oração pro anjinho da guarda dele. (...) Me senti tão desproporcional! Não fisicamente, né? Mas (...) em termos da tarefa, né, que você acaba recebendo. Então, só com a ajuda dela é que eu vou poder conseguir tomar conta dele.”*

Referiu que André *“ficou bobo”* com a chegada do filho, e que continuava assim, como um misto de alegria, medo e responsabilidade. Para Anna, era marcadamente a responsabilidade de educar uma pessoa o aspecto mais significativo da experiência de tornar-se mãe e pai para ela e André.

Mãe e bebê permaneceram no hospital por três dias. Anna sofreu com dores e gases após a cirurgia e voltou para casa mais inchada do que fora para o hospital, o que a incomodou demais. Era como se o tempo não passasse tamanha era sua ansiedade para voltar à mesma forma física que tinha antes de engravidar: queria ter perdido dez quilos logo que o bebê nasceu; ter desinchando em três ou quatro dias após o parto.

Quando se realizou a entrevista após o parto, havia cerca de um mês que Augusto nascera e Anna ainda não podia entrar em uma academia. Também não podia caminhar todo o tempo. Para tentar perder peso, arriscou-se a fazer dieta, mesmo amamentando e passou mal. Com tudo isso, o marido ponderava: *“Demorou nove meses pra acontecer tudo que aconteceu, agora, amorzinho, não tem um mês, né?”*. Para suportar e superar esta fase, Anna dizia estar exercitando o aprendizado da paciência, especialmente com ela mesma.

Anna defrontou-se com um grande obstáculo no começo porque a dependência do bebê era muito grande, demandando dela uma disposição que não imaginava. Ficou bem assustada, chegando a pensar se seria daquela forma *“pro resto da vida”*. Depois foi melhorando – ela e também as rotinas foram se firmando. O apoio do marido,

participativo e colaborador, e da mãe que viera de São Paulo, foi imprescindível para Anna.

Apesar de ser contra a sua vontade, aceitou colocar o berço do bebê dentro de seu quarto, para evitar transitar entre os cômodos naquele período. Além de facilitar suas idas e vindas, o berço no quarto do casal parecia refletir que os três eram, agora, uma família. Anna reitera isto ao tratar sobre a transformação da sua relação com André, ambos aprendendo a pensar, articulando a existência de Augusto.

A amamentação foi a parte mais difícil para Anna que não havia “*se colocado questões*”, isto é, se preparado para isto. Descobriu-se produzindo menos leite do que era suficiente para Augusto, precisando oferecer-lhe um complemento nutricional. Fazer isto foi algo doloroso para ela que, assim como em relação ao parto, sentia-se faltando, falhando para com o filho. Amamentar fora doloroso também fisicamente até que se formasse o “*calo no bico do seio*”. Doía-lhe, também, ouvir Augusto chorar de fome e ela não conseguir alimentá-lo. Por ocasião da entrevista, Anna já conseguia aceitar melhor a condição de incorporar a suplementação para o bebê; dizia procurar ser mais realista, que era necessário, para o bem estar de Augusto, ofertar o complemento sempre após a mama.

Ao contrário do que esperava, Anna aprendeu rapidamente a banhar Augusto, caracterizando este momento como um contato muito prazeroso para ambos. Considerava-se ainda um pouco “*enrolada*”, mas bastante segura. Com as rotinas de Augusto melhor definidas, Anna conseguia organizar-se também, aos poucos, identificando os intervalos em que podia estudar, cuidar da limpeza da casa ou preparar algo relacionado ao próprio bebê.

Ela destacou que precisaria retornar ao trabalho antes de Augusto completar quatro meses por causa do reinício das aulas da sua escola. O ponto crucial seria, então, a contratação de alguém que cuidasse dele em sua casa, no período em que estivesse trabalhando (era apenas um turno), até que estivesse maior.

A experiência de ser mãe fez com Anna refletisse sobre como aconselhava e acolhia as mães no período em que ela trabalhava em uma creche e, com Augusto, conseguia entender o que aquelas mulheres sentiam ao deixar seus filhos na instituição. Sentia-se culpada por resolver trabalhar fora e o fato de estar distante dos familiares a incomodava

muito, por não dispor de uma rede social que lhes desse apoio nesse momento. Porém, acreditava que, com seu trabalho, garantiria uma melhor condição para a vida do filho.

Apesar das apreensões e dificuldades, a experiência de Anna estava sendo positiva e ela continuava fazendo suas reflexões. O cuidar da mulher, da criança e da família como um todo, neste período da vida, quando as experiências são tão intensas e complexas, merece ser foco de atenção especial, para ela. Particularmente, Anna colocava-se uma nova questão: “*Que tipo de mãe eu quero ser?*”. Ela parecia construir um modelo próprio, “importando” características que via em outras mães, outras vezes criando sua própria forma de agir, a partir da compreensão que tinha sobre a maternidade:

“Eu quero ser uma boa mãe! (...) aprender a amar o destino do filho. Não de construir sonhos ou tantas projeções, não é? (...) quero aprender a educá-lo, no sentido de dizer com muita clareza o que é certo, o que é errado, de acordo com minha formação, sim, né? Quero que ele seja uma boa pessoa; quero que ele seja uma pessoa interessante, boa, agradável, inteligente... Quero que, acima de tudo, ele seja feliz! Se eu puder colaborar nesse sentido, como mãe, eu vou ficar muito feliz!”.

3.2.3 CARLA

Antes do parto

Carla tinha 29 anos, trabalhava como assistente administrativo de um hospital, sendo formada em Administração Hospitalar. O marido dela, Cláudio, 44 anos, também possuía nível superior, sendo servidor público municipal. Juntos, possuíam renda mensal em torno de oito salários-mínimos e eram católicos. Relacionavam-se há vários anos, mas estavam casados há seis meses na época da 1ª entrevista, quando Carla encontrava-se na 37ª semana gestacional.

Para Carla, as expectativas em relação ao momento do parto eram anteriores à gravidez; o medo da dor seria a questão crucial, seguindo-se pelo medo de um parto

demorado. Outra preocupação dizia respeito às modificações que seu corpo poderia ter, após o parto, como prejuízos ao assoalho pélvico.

Especificamente o parto normal era visto por Carla como cercado por um “*grande mistério*”, “*natural*”, mas “*anormal*” e imprevisível, características que contrastavam com a cesariana que, por se tratar de uma cirurgia, teria “passos” definidos para os quais a mulher poderia se preparar. Ainda que haja dor, seria mais suportável. Este era o tipo de parto de sua preferência, embora sua obstetra a estimulasse a esperar entrar em trabalho de parto para tentar um parto normal. A cesariana é, para Carla, uma alternativa para evitar seu sofrimento.

“ela quer que eu dê sinal de ... de... de parto, mesmo, ou romper a bolsa ou começar contração... Alguma coisa que dê sinal de que tá na hora certa pra poder fazer... Aí eu fico me trabalhando, assim: de repente, eu tenho contração, rompe a bolsa, nasce rápido que eu nem sinto - maravilha! Mas, assim, se começar a sentir as contrações e começar a demorar... Ela já sabe, já tá lá no meu prontuário que tem que ser no bisturi [risos].”

As leituras a que teve acesso não serviram para auxiliá-la ou confortá-la pois apontavam para uma grande diversidade de situações. Assim, ela não encontrou as respostas que procurava, como também não achava que saber sobre a vivência do parto de outras mulheres poderia ajudar a diminuir sua ansiedade: “*O pior é que há várias diferenças: cada pessoa, cada mulher tem uma experiência de como foi...*”.

O marido de Carla, Cláudio, vinha sendo um grande companheiro em relação à ansiedade da mulher quanto ao tipo de parto, partilhando das angústias dela. Ele, no entanto, dificilmente poderia acompanhá-la durante o parto, porque somente pessoas da área de saúde eram autorizadas a estar na sala com a parturiente no Hospital 2, onde ela pretendia ter o bebê. Esta restrição baseava-se no consenso de que a presença de outras pessoas sem treinamento poderia “atrapalhar” a condução dos procedimentos. A própria Carla concordava com isto, duvidando que Cláudio seria corajoso o suficiente para isto.

Mas Carla afirmou que gosta de “sempre ter alguém por perto”, seja na relação familiar ou no trabalho. Ela se descreveu como uma pessoa que gosta de estar em contato com outras, “*sempre se comunicando*”, buscando proteção. E no parto, não

poderia ser diferente. Esperava que o irmão estivesse com ela no parto, pois era uma pessoa em quem confiava e que tivera a experiência de assistir ao parto da própria filha.

Outra presença que daria a Carla grande conforto durante o parto, era da médica que acompanhara seu pré-natal. Desejar que ela realizasse o parto, estimulava Carla a insistir ainda mais para ter uma cesariana agendada:

“(...) porque, assim, desde o início, desde a primeira consulta, ela deu o celular, o telefone de casa; eu tenho uma série de telefones de contato dela. Aí, ela falou: ‘Nunca aconteceu, só se for muito azar de você não me encontrar, porque você sabe meus horários daqui e tem todos os telefones de contatos pra me encontrar’. Aí, se, de repente, ela estiver em outro parto? Eu sou muito assim, de procurar o “se”...Aí ela fala: ‘Olhe, nunca aconteceu!’. Aí isso me preocupa (...) Já pensou, a gente ser acompanhada desde o início por uma médica e, na hora ‘H’, ter uma pessoa estranha, né? (...)”.

Ficou evidente como Carla apóia-se na referência familiar para lidar com as questões da gestação e do parto:

“(...) desde o momento que eu descobri que tava grávida, que a família soube, a aproximação foi muito mais do que já era antes, a proteção muito mais do que já era antes. Assim, de tar todo mundo atento, de tar ligando me perguntando como é que tá, como é que não tá... Então, aproximou mais ainda a família”.

Seus familiares estiveram com ela em diversos momentos durante a gravidez, às vezes “lotando” o consultório médico. Ela destacou como houve uma maior aproximação com a família durante a gestação de Caio, marcada no início pelo adoecimento e morte de um cunhado, que foi internado no hospital em que Carla trabalhava. A família preocupava-se em protegê-la do sofrimento, mas foi inevitável.

Carla não pensava que haveria uma mudança “brusca” na sua vida, com o nascimento de Caio; achava que o suporte, a aproximação da família deveria crescer ainda mais pela questão da superproteção, já que ela era a filha caçula. Exemplifica com uma fala da mãe em relação à gravidez: *“(...) ‘Ave, Maria, meu bebezinho, grávida!’ Olha pra mim, com o barrigão! Aí, é sempre assim, com minha mãe: ‘Ó, o meu bebê grávida!’. E fica com pena quando tá mexendo muito, diz que tá incomodando...”.*

A família de Carla tem uma “tradição” de que as mulheres passam o “resguardo” na casa da mãe dela. Assim, têm o apoio e a companhia de pessoas mais experientes e dos familiares em geral. Com isso, Carla teve a oportunidade de ter contato com bebês e crianças em várias situações. Após o nascimento de Caio, de modo a sentir-se mais tranqüila, ela pediu à mãe que fosse para sua casa por um mês, pelo menos, até aprender a cuidar dele. Além do apoio da mãe, Carla contava com algumas orientações dadas pela cunhada que é enfermeira de uma UTI Neonatal.

Em relação aos cuidados com o bebê, Carla ressaltava ter muito medo de não saber lidar apropriadamente com circunstâncias ameaçadoras ou difíceis. Por exemplo, o que fazer caso o bebê se engasgasse, ou se ele chorasse por estar sentindo uma dor que ela não pudesse identificar ou, simplesmente, como erguê-lo da cama sem machucá-lo. Esta “inabilidade” gerava em Carla grande sensação de impotência que, entretanto, esperava resolver usando a intuição que, acredita, toda mãe tem.

A expectativa de Carla era que cuidar do seu filho seria algo maravilhoso, “(...) *principalmente o ato de amamentar (...)*”. Ela planejava permanecer de licença-maternidade por quatro meses e prolongar este período contando com um mês de férias. A volta para o trabalho provavelmente despertaria outras questões, marcando, então, uma mudança significativa da vida do casal:

“(...) Porque uma coisa é você, seu corpo só, com seu esposo. Outra coisa é mais uma pessoinha que depende de você pra tudo. (...)”. Porém, ela acreditava que quando “(...) tem família, principalmente mãe, as coisas se encaixam, vão se arrumando com jeito...”.

Após o parto

Cinco dias antes da data prevista para o parto, em uma consulta médica de rotina, identificou-se elevação da pressão arterial de Carla: “*tava 14 por 10*”. Com isto, sua obstetra preferiu interná-la imediatamente, “*para não correr nenhum tipo de risco*”. As palavras da médica teriam explicado esta opção: “*Daqui há, no máximo, dois dias, você vai entrar em trabalho de parto, mesmo, não tem porque esperar*”. Como Carla sentia-

se insegura para ter um parto normal, foi um certo alívio isto ter acontecido, especialmente porque era o dia do plantão da sua obstetra também.

Ela disse não ter se sentido nervosa em nenhum momento e que recebeu um ótimo acolhimento também por parte do anestesista. Esteve consciente durante todo o procedimento cirúrgico, somente adormecendo quando retornou para o quarto. Assim descreve o primeiro contato com Caio: *“Eu chorei pra caramba! Quando ouvi o chorinho dele, agradei a Deus... Mas foi muito bom! Foram levar ele, né, pra limpar, depois trouxeram pra me mostrar... Foi muito bom! Super tranqüilo!”*. O irmão que fora autorizado a acompanhá-la durante o parto, também ficou emocionado. Carla referiu ter ficado “tranqüila e emocionada” pelo apoio que recebeu.

No Hospital 2, onde Carla fez seu parto, os bebês ficam em uma sala de observação que possui uma janela de vidro, de onde os familiares podem admirá-lo antes que o bebê seja levado para a companhia da mãe. Assim, como os familiares de Carla estavam na área da sala de espera do centro obstétrico, ao lado do berçário, surpreenderam-se admirando *“um bebê lindo”* que somente descobriram tratar-se de Caio ao lerem o nome de Carla na pulseira de identificação. É que todo o procedimento teria sido tão rápido que eles não esperavam conhecer o bebê em tão pouco tempo.

Por ter realizado a cesariana no mesmo hospital onde trabalhava, Carla recebeu muitas visitas logo depois do parto e ainda antes do bebê ir ficar com ela. Então, repetiu-se que suas visitas puderam ficar admirando Caio por mais tempo do que ela mesma. Algumas horas depois, no entanto, o bebê foi para o quarto e ela pôde amamentá-lo, o que foi bastante fácil para Carla: *“Ele parece que já nasceu sabendo o que era peito porque na hora que ela colocou, agarrou o bico e não soltou mais! Até, toda hora, o peito!”*.

Igualmente tranqüila foi a recuperação de Carla da cesariana; no mesmo dia, pôde sentar-se e andar pelo quarto, somente tendo ficado um pouco dolorida e com “gases” pela intensa circulação de visitas.

A entrevista pós-parto aconteceu após 21 dias do nascimento de Caio; Carla descreveu uma relação tranqüila e bem integrada após a chegada do bebê, apesar de alguns sobressaltos. Para ela e o marido, Caio era exatamente o filho esperado: um bebê *“danadinho”* mas que não dava muito trabalho, que *“já sabe o que quer”*, e com saúde.

Carla compreendia que suas emoções, muitas vezes, confundiam-na, envolvendo também Cláudio. Ela acreditava que o marido via mãe e bebê como uma dupla indissociável e ela própria, em alguns trechos da entrevista refere-se a “*a gente*” ou “*nós*”, ao falar sobre ela e Caio. É como se Cláudio esperasse que Carla pudesse interpretar o filho melhor do que qualquer outra pessoa e, assim, suas emoções em relação ao bebê fossem sempre confiáveis. A presença paterna estava sendo ativa, dentro do possível, pois Cláudio estudava pela manhã e trabalhava à tarde, mas sempre voltava ansioso para ficar o máximo com Caio. O casal ainda não se sentia seguro para deixar o bebê dormir no berço, pretendendo mantê-lo na sua cama até, pelo menos, um mês.

Carla contou com o apoio da mãe que permaneceu com ela por cerca de quinze dias, orientando-a em diversas situações, como na “*experiência do engasgo*”, que foi um marco para o casal, pois era um problema que Carla temia não conseguir resolver. De fato, ela e Cláudio ficaram muito nervosos, pois “*a impressão que dava é que tava... tava... é que tinha perdido a vida, na verdade*”, pois ele “*não piscava o olho, não levantava o braço, uma perna*”. O bebê engasgou-se com a golfada, mas continuou dormindo. No entanto, os pais não conseguiram ao menos verificar se Caio respirava. Como a mãe de Carla estava com eles neste período, auxiliou-os. O banho também fora uma tarefa difícil no primeiro momento, devido à insegurança de Carla, mas parecia que isto estava sendo superado.

Toda a experiência de Carla foi descrita como bastante tranqüila e bem integrada, ainda que houvesse alguns momentos de maior tensão. Pelo seu relato, a maternidade estava sendo algo tão natural, como se ela já tivesse feito tudo aquilo alguma vez. Na sua percepção, o fato de ter desejado isso por muito tempo tinha servido como uma “*preparação*” psicológica para a vivência em si. Ainda assim, havia “*pontos críticos*”, exatamente os aspectos que ela acreditava serem difíceis. Era como se suas expectativas sempre estivessem se concretizando. Porém, Carla parecia estar desenvolvendo recursos adequados para superar suas dificuldades e as conquistas eram muito prazerosas.

3.2.4 CLARICE

Antes do parto

Clarice tinha 29 anos na época da entrevista pré-parto e estava na 32ª semana de gestação. Graduada em Economia, trabalhava numa firma que negocia com Comércio Exterior. O marido era graduado em Engenharia Elétrica, trabalhando como consultor do SEBRAE. Carlos tinha 39 anos. O casal possuía renda média mensal de 13 salários-mínimos. Ela afirmou ser espírita e o marido católico não-praticante.

Clarice e Carlos estavam casados há quatro anos quando aconteceu a gravidez. Para ela, foi num bom momento porque já se planejava há algum tempo. Mas, no início, Carlos esteve reticente para encarar positivamente a gravidez pois sua mãe sofrera um AVC (acidente vascular cerebral) pouco tempo antes e dependia dos cuidados do filho que morava em um apartamento vizinho ao dela. Carlos tornou-se responsável pelos cuidados com a mãe e também com as rotinas da casa dela. Durante a gravidez de Clarice, a mãe de Carlos foi levada para o Rio de Janeiro onde permaneceria com uma irmã dele até que Cícero, o filho do casal, nascesse.

Nos primeiros meses de gestação, identificou-se em Clarice um mioma que reduzia em $\frac{1}{4}$, o tamanho da bexiga. No terceiro mês de gravidez, ela precisaria realizar uma biópsia, o que poderia provocar um aborto. Por isso, somente após este exame é que se iniciaram, de fato, os preparativos para a chegada do bebê. Enquanto a biópsia não era realizada, a mãe de Clarice cuidou dela, preparando uma alimentação reforçada para que tanto mãe quanto feto ficassem fortalecidos diante da “prova” pela qual passariam. A biópsia foi feita e nenhum problema aconteceu.

Clarice conheceu o obstetra com quem fez o pré-natal ao ser atendida na emergência do Hospital 3, depois de já ter confirmado a gravidez, e gostou da forma dele tratá-la. Apesar de ter os telefones do médico, Clarice nunca ligou para ele porque não sentia necessidade. Para ela, sua gravidez corria dentro de uma total normalidade; superado o risco da biópsia, o bebê foi integrado, passando a fazer “*parte da vida, da rotina*”, e somente faltava nascer para tornar isso real.

Como a gestação, o parto também seria normal: aconteceria o que tivesse que acontecer. Assim, Clarice não tinha questionamentos para fazer quando apresentei a figura-estímulo. Ela disse não ter dúvidas, temores ou receios pois seria tudo natural. Esperava que o médico confirmasse o momento mais apropriado para o bebê nascer e, mais pela ansiedade em conhecer seu filho, admitiria realizar uma cesariana – mas só se isto não trouxesse prejuízo para o bebê: “(...) *se ele disser que ainda não é pra essa semana, aí eu vou esperar o parto normal. Agora se passar de 40 semanas também eu vou fazer cesárea*”.

Clarice informara-se que a gestante deveria começar a se preparar para o parto a partir da trigésima semana, devendo evitar “(...) *ir a lugares que tenha facilidade de pegar algum tipo de infecção, porque (...) o colo do útero começa já a abrir. Então seu neném fica bem mais exposto porque já tá, né, encaixando. (...) por isso é bom você evitar piscina, ir pra praia, mesmo porque o balanço da água pode ser que possa estimular as contrações*”.

Ela participara de um curso oferecido pelo Hospital 3, onde pretendia fazer seu parto. Nesta atividade, explicariam coisas importantes para a gestante, mas Clarice considerou que aquelas informações não eram desconhecidas para ela. Antes mesmo de engravidar, ela tivera acesso a diferentes fontes de informações sobre gravidez e parto, especialmente pela televisão e internet, ainda que ponderasse que é importante “peneirar” o que é disponibilizado por tais veículos. Talvez por ter tido acesso a um grande volume de informações, não havia espaço para “*nenhum tipo de expectativa, nenhum tipo de dúvida*”.

Além do curso teórico, o Hospital 3 realizava visita para que as gestantes pudessem conhecer as instalações da maternidade, bem como parte da equipe que, possivelmente, realizaria seu parto. Clarice achou esta experiência significativa porque ajuda a mulher a se situar naquele espaço e em relação aos procedimentos da instituição. Ela sentiu como se participasse de uma espécie de “passeio”, como se escolhesse “(...) *um hotel cinco estrelas de piscina dentro do quarto*”.

Como a gravidez fora algo planejado, Clarice conseguia preparar-se para cada etapa, sentindo-se plenamente segura para o parto, independente de que tipo fosse. Sua ansiedade era apenas de “*chegar logo o momento*”. Porém, por saber-se naturalmente

ansiosa, ela achava que seu bebê nasceria de parto cesáreo, já que acreditava que o temperamento da mulher tem influência sobre isto: *“Tudo que eu quero, eu quero fazer é na mesma hora. Por que o filho eu vou ter que esperar nove meses?”*.

Referiu que não tinha medo de sentir dor e que não acreditava que a dor do parto fosse tão grande como algumas mulheres dizem, visto que, se fosse uma dor tão insuportável, não haveria mulheres que têm três ou quatro filhos, todos via vaginal. Para ela, deveria ser como uma cólica menstrual, ainda que soubesse que *“cada corpo tem uma predisposição”*. Diferente de outras mulheres que conhecia, não estava ansiosa para saber detalhes, como qual o tipo de dor ou por quanto tempo a sentiria. Baseava-se, principalmente, na experiência da mãe para se tranquilizar: *“Minha mãe teve três partos normais tranquilos. Claro que diz que sente muita dor né, uma cólica forte pra caramba, e tem vezes que o neném não quer sair”*. Era importante ter-se discernimento para não insistir em um parto normal, caso houvesse risco do bebê nascer fora do prazo previsto.

Cuidar do filho também não lhe despertava angústias: *“Não tenho medo de não ter leite, não tenho medo de não saber como cuidar, não tenho medo de: ‘Ah, quando chorar, o que vou fazer?’, não tenho nada disso! Tudo é natural, é como se eu já tivesse vivido”*. E, quanto à amamentação, Clarice acreditava que seria uma situação sem maiores problemas, e dependeria do corpo dela, de modo que não poderia se antecipar a isto, especialmente por não ter tido uma experiência anterior para comparar. Mais uma vez, era a mãe que lhe servia como exemplo: *“Minha mãe teve três, disse que nunca teve problema com rachadura não sei o quê. Tem mulher que diz que faz tudo e disse que só sangra parece que o neném tá misturando leite com sangue”*.

Com o desenrolar da entrevista, surgiu um questionamento para Clarice: as mudanças na vida prática, como o retorno ao trabalho e as modificações que seriam feitas em casa pela chegada de uma criança: *“O meu receio é de voltar a trabalhar, daí vou ter que deixar o neném com outra pessoa, como é que ele ia se sentir, se vai tar muito apagado, se vai saber distribuir as tarefas do trabalho, de maternidade, de casa”*. Outra de suas preocupações dizia respeito à relação da criança com seus dois cães de estimação e também à higiene da casa. Na verdade, isto talvez falasse mais das mudanças em sua vida:

“O que assusta é o que vai mudar e a forma que a gente vai ter que fazer a casa. Porque uma casa que tem não criança é diferente de uma casa que tenha criança.(...) tem que tirar a quina da parede, que tem que tirar as coisas de cima dos móveis, que tem que fazer cerquinha pro cachorro (...)”.

A ansiedade de Clarice para tentar organizar-se ao máximo antes do bebê nascer fez com que ela resolvesse muitas coisas: *“(...) aí já tá tudo pronto, só falta arrumar o quarto. (...) Veja que eu comprei tudo: ele já tem roupa, já tem até Higipele, Hipoglós, cotonete, algodão, tudo. Só falta agora esperar mês que vem pra montar tudo, já mandei pintar o quarto, só falta montar o berço”.* Esperava que o bebê nascesse logo para poder parar de trabalhar pelo tempo da licença-maternidade e, talvez por isso, tenha comparado a ida para a maternidade com o início de um período de férias e o hospital como um *“hotel cinco estrelas”*.

Para Carlos, a experiência da espera pelo filho era diferente, na opinião de Clarice, porque era *“virtual”* demais para ele. Para ela mesma era difícil em alguns momentos, identificar-se como grávida por ter uma barriga pequena e um bebê que mexia muito pouco. Talvez isso dificultasse ainda mais para Carlos estabelecer um vínculo mais forte com Cícero.

Carlos participava pouco, também, da preparação do que dizia respeito ao bebê porque ele e Clarice diferiam na questão do que comprar, especialmente em termos de custos. O nome do bebê já fora escolhido anteriormente e também não foi discutido pelo casal. Entretanto, Carlos queria assistir ao parto: *“disse que não tem medo nenhum, que vai pra lá, vai assistir...”*. A participação mais ativa, junto a Clarice, durante toda a gravidez, foi da mãe dela, mas que, para Clarice, *“(...) já tava antes também; tá o tempo todo comigo”*.

Após o parto

Quando aconteceu a entrevista pré-parto, Clarice estava na 32ª semana de idade gestacional. A partir de então, ela começou a apresentar elevação de pressão arterial, necessitando avaliar semanalmente a condição de saúde do bebê. Precisou afastar-se do trabalho e ficar em repouso. Explicou como entendeu o funcionamento do seu corpo naquele período assim: *“quando a pressão aumenta, o líquido diminui, aí o líquido que dá o sustento pra criança, né? (...) Minha placenta parou de funcionar, por isso que não produzia líquido, por causa da pressão”*. A gestação de Cícero estava entre a 36ª e a 37ª semana quando ele nasceu por um parto cesáreo, pesando pouco mais de dois quilos e quatrocentos gramas e com *“problema de sucção e icterícia”*; por estes motivos, precisou ficar dois dias na UTI Neonatal do Hospital 3. Depois de ter recebido alta, Cícero desenvolveu-se normalmente, segundo a avaliação de Clarice.

Na última consulta, Clarice foi informada pelo médico que seu parto ocorreria dali a três dias antes do previsto. Ela aproveitou, então, o final de semana para se “preparar” para o internamento: foi para o shopping, fez “escova” no cabelo, tirou fotos pra mostrar a barriga para o filho quando este nascesse, arrumou a mala e, no dia marcado, internou-se. A experiência da cesariana foi bem recebida por Clarice que referira ter optado por um parto normal, mas não se sentiu frustrada por ter precisado de uma cesariana: *“Se eu tivesse que ter dez filhos cesárea, eu queria. Não sentir nada.”*. Dormiu após o parto mas, no dia seguinte, sentiu *“muita dor no útero”*. Especifica que não sentia dor no local da incisão, mas eram dores internas, fortes, que pioravam quando ela amamentava. Disse que eram contrações sinalizando que o útero estava voltando pro lugar. Ela não pôde tomar analgésico porque é alérgica a quase todos; fez uso de uma medicação menos potente que, no entanto, não melhorava sua dor. Isto durou toda a primeira semana. Daí em diante, recuperou-se e ficou bem: *“Você vai se acostumando com aquela dor”*.

Quando Cícero nasceu, Clarice foi tomada por uma grande emoção: *“(…)Era tudo o que eu esperava mesmo, assim. Mas eu senti muito, assim, na hora, como se fosse assim um conto de fadas assim, um dia muito importante, muito feliz, muito diferente, assim! (...)”*. Este evento foi tão marcante na sua vida, que desafia a noção de

tempo: “(...) parece que foi hoje de manhã, meu parto! Assim, é tudo como um presente pra sua cabeça, (...) é como se fosse (...) aqueles acontecimentos maravilhosos na sua vida, que você fica recordando, assim, com vontade de voltar... é isso! O parto é isso! (...)”.

Para ela, toda a sua vivência condensa-se, como se tivesse ocorrido a um só tempo:

“(...) Talvez a hora de você se preparar pra ir pra maternidade... a hora de você entrar na sala de cirurgia... de sair... de ficar lá no hospital seja, assim, a hora mais feliz do que já foi da rotina de cuidar do menino, sabe? (...) A espera dele nascer... a chegada dele lá na cirurgia... ali na hora do parto... depois você ir para o quarto... aí você fica esperando assim, tudo o que você preparou pra fazer ali naquele momento... é assim, a hora mais assim, fantástica! Eu acho que se você me perguntar assim, qual foi a hora mais feliz que eu fiquei, foi esse momento assim, sabe? (...)”.

Clarice sabe que foi algo único, irrepitível, como o primeiro beijo, mas gostaria de experimentar novamente, repetidamente, como se fosse a primeira vez: “(...) se você dissesse assim: ‘Você quer ir agora pra lá pra sala de parto ter outro?’, ‘Eu quero’. Porque vai ser uma sensação, assim, maravilhosa (...) Por mais que saiba que você sofreu a semana toda com dor... Assim, até aquela dor você sente saudade, de sentir aquela dor! (...) Claro que cada momentozinho dele é gostoso (...) mas aquele momento ali é mágico, sabe? É o momento em você, assim, guarda pra o resto de sua vida e tem vontade de viver ele o tempo todo, assim, se pudesse (...)”.

O contato com um bebê “real” foi quase indescritível, “(...) Você não acredita que aquilo ali, aquele neném saiu de dentro de você! Não acredita! Pra mim, como se (...) tivesse comprado na loja (...)”, mas foi seguido da tristeza de não o ter consigo no primeiro dia de vida porque Cícero teve que permanecer na UTI. Ela desejava que seu filho estivesse com ela, no quarto, como acontece com a maioria das mães mas, depois de tudo ter passado, refletiu que, ao menos na primeira noite, fora um alívio não ter que acordar várias vezes para amamentá-lo, podendo recuperar-se da cirurgia. Nos dois dias

em que o bebê ficou na UTI, Clarice o visitava para amamentar e também recebia várias fotos, feitas por Carlos com a câmera do celular, o que amenizava sua angústia diante da separação. Sabia que seu bebê estava sendo bem cuidado, mas, no dia em que ele pôde descer para o quarto, vivenciou uma grande felicidade.

Ela destacou que a amamentação havia sido uma experiência bastante negativa e até traumatizante porque, na maternidade, sofreu muito. Além das contrações uterinas que sentia enquanto dava de mamar, nos primeiros dias seu leite saía pouco e, como Cícero era “fraquinho”, não conseguia sugar, era necessário fazer manobras para *“amolecer o peito (...) pra poder o leite ficar bem pouquinho para ele poder mamar”*. Neste aspecto, a assistência do Hospital 3 não a satisfazia porque, segundo Clarice, *“(…) as enfermeiras (...) fazem de um jeito que meu peito ficou com hematomas!”*. Isto foi muito triste para Clarice que descreveu como seus seios ficaram roxos e doloridos. Ainda que com dor, precisava fazer a ordenha de duas em duas horas, gerando grande mal-estar e um sofrimento que lhe parecia que duraria para sempre. *“Aí, eu fiquei traumatizada!”*, disse, lamentando não tendo recebido orientações ou apoio emocional da assistência para dar conta disto.

Após esta vivência tão dolorosa, Clarice concluiu que deveria ser por tais condições tão adversas que muitas mulheres desistem de amamentar, outras ficam com o leite “empedrado”, ou até têm raiva do bebê pelo que as faz sofrer. Após dois meses, Clarice continuava não achando a amamentação uma experiência prazerosa, mas desejava que Cícero tomasse leite do seu peito pelo período que fosse necessário para o sustento dele.

Acreditava que o leite satisfazia o bebê por pouco tempo, especialmente porque Cícero era bem “prático” e tinha mamadas rápidas, raramente nos dois peitos. Por isso, precisava mamar várias vezes. Para Clarice, talvez após a introdução de outros alimentos na dieta, quando o bebê estivesse mais crescido, ele ficaria “sustentado” por um tempo maior, mudando, também, seus hábitos, como os períodos de sono e vigília.

Clarice não se adaptara à rotina doméstica e, apesar de estar realizada com o filho, descobria-se sem paciência para ficar com o bebê todo o tempo. Sentia muita vontade de retornar ao trabalho pois, assim, achava que teria mais prazer em estar com o bebê, porque estaria desobrigada do incômodo que as tarefas ligadas convencionalmente

à maternidade causavam-lhe. Mais especificamente, Clarice concluía que permanecer em casa era algo que a entediava.

Ela gostaria de dar o “melhor de si” ao filho o que, naquele momento, Clarice reconhecia que não conseguia fazer por ele. Não associava isto a se tornar uma “*mãe má*”, pois continuava a preocupar-se com ele e, no seu ponto de vista, era precisamente desfazer-se do que a incomodava para estar mais inteira e bem disposta com Cícero que a faria ser “*uma mãe melhor*”.

Para ela, a distância entre eles causaria grande sofrimento no começo, mas isto mudaria. O possível retorno para o trabalho seria antecipado em cerca de um mês antes do final da licença-maternidade, como uma retribuição ao fato de ter sido “liberada” antes do prazo, para ficar de repouso antes do parto. Pensava que o amor da mãe pelo filho faz com que tudo seja superado e que, tendo amor, as demais coisas são supérfluas, como na questão da dedicação exclusiva ao filho. Além disso, Clarice argumentou que as limitações da vida moderna já não permitem tanta dedicação e que, ainda assim, não percebia que os problemas aumentavam. Conforme sua opinião, conciliar “tudo” (trabalho, maternidade, família etc.) é um desafio para a mulher nos dias de hoje e seria preciso confiar na intuição ou no seu instinto para acreditar que as coisas “fluiriam”.

Outra grande mudança que estava para acontecer (e esta, muito mais próxima), dizia respeito ao retorno da mãe de Carlos. Como referido antes, a sogra de Clarice estivera no Rio de Janeiro durante a gestação de Cícero e estava retornando para Salvador no dia em que se realizou a entrevista pós-parto, quando o bebê estava com pouco mais de dois meses de idade. Assim, Clarice preparava-se para haver uma transformação significativa na qualidade da atenção de Carlos em relação à mulher e ao filho. Ela procurava organizar-se para o futuro, visando comprometer minimamente o bem-estar do bebê.

Clarice entendia que tudo isso deveria ser encarado com naturalidade, sem antecipação, de modo a não criar dificuldades que por vezes nem passam a existir. Embora pensasse que “(...) *uma criança não precisa mais do que a sua mãe... Babá, empregada, nada*”, ter o apoio da mãe era essencial pois, “(...) *Claro que é bom ter todo suporte porque, às vezes, cansa, né?*”. Ela achava estar conseguindo vencer as barreiras,

contando com suas qualidades e também com as limitações.: “(...) *Mas eu consegui, assim, normal. Acho que eu passei na prova!*”.

3.2.5 LEILA

Antes do parto

Leila nasceu e cresceu em Santo Amaro, cidade do interior do estado da Bahia. Tinha 26 anos na data da primeira entrevista e estava na 32^a semana de gestação. Possuía escolaridade de nível médio e trabalhava como balconista na livraria de propriedade do namorado, Luís, com quem vivia há quatro meses, após quase quatro anos de namoro. Ele tinha 48 anos, nível superior, e tinha três filhos do casamento anterior, dos quais o mais novo tinha 22 anos. Leila não informou a renda do casal e afirmou que ambos eram espíritas.

Para a família de Leila, a diferença de idade do casal foi um empecilho no início do relacionamento, bem como o “perfil” de Luiz (separado, com filhos adultos e um tanto “mulherengo”). Mas, depois de quatro anos, sua relação estava mais sedimentada quando ela confirmou a gravidez, que foi aceita por todos. Para Leila, engravidar teve significado especial porque diagnosticara um mioma que temia necessitar de cirurgia ou qualquer outro tratamento que a impedisse de ter filhos.

A gravidez colocou o relacionamento do casal em outro “patamar” pois assumiram efetivamente uma vida conjugal, o que aumentou a proximidade tanto física quanto psicologicamente. Por outro lado, Leila teve que interromper seus planos de investir num curso de nível superior como fizera sua irmã, mas mantinha sua intenção de continuar os estudos porque isto seria melhor, também, para o futuro do filho.

A convivência doméstica, além do tempo que estavam juntos por causa do trabalho às vezes gerava algumas dificuldades, mas Leila acreditava que, talvez pela gravidez, Luiz estava mais compreensivo, atencioso, respeitando seus limites e suas

vontades. Ela, por outro lado, tentava respeitar sua liberdade, ainda que o preferisse por perto.

Os filhos de Luiz estavam muito felizes com a chegada de outro irmão. O fato de terem começado o relacionamento após a separação do 1º casamento dele, facilitou a aceitação da atual gravidez.

Leila não conseguiu sistematizar questionamentos sobre o parto, a partir da figura-estímulo. Ela passou a comentar sobre o que pensava sobre o parto e gravidez, de forma tal que se pôde perceber como ela encarava e se preparava diante destes eventos. Os temas foram tratados com muita liberdade e descontração – sorria, brincava – e não disfarçava o orgulho do que estava vivenciando: “*a barriga tá linda*”, achando que ficara mais bonita grávida. Sempre compara sua experiência com as de outras mulheres, o que lhe assegura a sensação de “estar na média”, de ter uma gravidez normal. E, então, um parto igualmente “normal” era o mais esperado:

“No início eu queria cesáreo, porque eu não queria sentir dor, mas depois eu pensei bem, um monte de gente, um monte de colega que fizeram o parto normal falaram que é bem melhor do que o cesariano, entendeu? Aí eu desisti.(...) A dorzinha...eu...o importante é a expectativa, né? Eu vou tar tão nervosa para ver o rostinho do neném que eu nem vou sentir dor”.

Leila reitera sob diversas formas, que o parto normal é o mais natural entre as mulheres com quem convive, e a cesariana existe como recurso de evitação da dor, apesar da mãe sempre desmotivá-la para o parto normal. Porém, Leila esperava apenas a confirmação, através do exames, de que estava tudo bem com o bebê para definir o parto normal:

“(...) minha mãe pariu 6 filhos e 5 foi normal, aí ela disse que dói muito, sofre muito (...) Eu acho que depende muito da cabeça da pessoa; às vezes o homem vai extrair os dentes e tá com tanto medo que desmaia, não é isso? Aí...claro que vai doer um pouquinho, mas acho que é uma dor suportável. Eu vou fazer normal.”.

Prioritariamente era pela sua rede social que Leila obtinha informações sobre parto, gravidez e cuidado com crianças, às vezes comparando com orientações recebidas

da obstetra que acompanhava sua gestação ou de outras fontes mais “científicas”. No final das contas, quando havia contradição, quando não conseguia compreender direito ou restava alguma dúvida, ela lançava mão do recurso da fé para manter sua segurança; Deus estaria ao lado, protegendo-a e ao seu bebê, evitando problemas para ambos.

Leila escolhera realizar seu parto particular na única maternidade da cidade, ainda que tenha consciência de que a equipe, a estrutura, enfim, toda a assistência que poderia ter seria idêntica ao atendimento custeado pelo SUS. Entretanto, para ela, estar na condição de paciente particular a fazia sentir-se mais segura:

“(...) Aí eu tou fazendo tudo particular porque atendimento pelo SUS não presta não (...) Eu vou querer com anestesia. Ainda tem esse problema, imagine? Tem que ter um anestesista; se não tiver vai ter que ser uma coisa, mas eu acho que a atenção é melhor, do que... Esse negócio do parto é difícil. (...) Não, não quero arriscar não. Eu tou avaliando o que seria melhor, porque no caso, a cesariana vai ser tudo programado, tudo certinho, mas no caso, normal eu vou ter que ter sorte, se tiver anestesista no dia... se não tiver, vai ter que ser...vou sentir mais um pouquinho de dor.”

Para aumentar sua sensação de segurança, lançara mão de outros recursos, como uma médica bem recomendada, com reconhecida competência na condução de partos bem sucedidos, que trabalhava em um hospital considerado bom, por ela, em Salvador (uma referência importante para os moradores da cidade como um todo). Tinha também, a seu favor, contatos diretos com os demais médicos e outros profissionais da maternidade, o que ampliava sua sensação de conforto: *“Eu fiz, no caso, meu pré-natal todo com elas. Isso é legal; as enfermeiras mesmo, eu conheço todas. Aí eu fico brincando: ‘Eu quero ver quem vai pegar meu neném pela primeira vez!’”*.

A relação de confiança que estabelecera com a obstetra que acompanhava seu pré-natal a encorajava ao parto normal e a ajudava a lidar também com a imprevisibilidade do momento do parto. Ao refletir sobre a possível ausência desta médica, sobrevinha o medo de sentir dor e de ter um trabalho de parto demorado, o que significava aumentar o sofrimento. A opção da cesariana ficava, então, como uma “carta na manga”, caso algo saísse do controle ou desse errado.

Leila preocupava-se em fazer coisas que ajudassem a melhorar seu estado geral em decorrência da gravidez, principalmente por sentir-se diretamente responsável pelo bem-estar do bebê. Por exemplo, não alisou o cabelo durante sete meses de gestação, apesar de desejar ficar mais bonita; procurou também alimentar-se moderadamente, criando hábitos mais saudáveis. Até pensou na possibilidade de fazer hidroginástica com turma para gestantes em um clube da cidade, mas isto terminou não acontecendo.

Outro aspecto destacado por Leila, era a questão do trabalho. Ela trabalhava com o marido que é proprietário de uma livraria e papelaria e o nascimento do bebê coincidiria com a época de maior movimentação no estabelecimento: *“Eu acho que só 60 dias mesmo, no máximo! Porque o problema é o período escolar, entendeu?”*. No entanto, por sentir-se responsável pela criança, queria evitar circunstâncias que prejudicassem, direta ou indiretamente, seu bebê:

“(...) Se der eu volto, porque o balcão estressa muito, aí eu não quero, porque depois, sei lá, eu posso ficar nervosa e descontar no neném. Às vezes também, do jeito que criança chora muito e irrita a pessoa... Aí não sei, talvez eu fique só 30 dias. Mas eu acho que meu filho não vai me estressar não”.

Tratando, ainda, sobre a responsabilidade da mãe pelo bebê, Leila incluiu fatores “objetivos”, mas também possíveis práticas que, mesmo sem fundamentação científica, poderiam ter alguma influência sobre a saúde da criança. Pelo discurso de Leila, restavam dúvidas. Por exemplo:

“(...) dizem, se bem que eu acho que é superstição, mas dizem que dá azar arrumar o berço antes do neném nascer. Eu não ligo não, mas minha mãe tá falando que não é pra eu armar (...) mas eu tenho várias colegas que desde o terceiro mês já tá com o quarto todo arrumadinho e não acontece nada. (...) ninguém sabe explicar o que acontece. Eu pergunto e as pessoas (...) só sabem falar que não é bom. Acho que isso é bobagem, eu vou armar é logo”.

Por outro lado, se uma grávida usa roupas pretas, expõe-se ao risco de atrair energias negativas para o bebê: *“Outro dia, passei mal, comecei a me sufocar de tanto o pessoal... todo mundo que entrava aqui na loja: ‘Você tá usando preto?’”*.

Para Leila, seria importante cuidar do filho, estar próxima dele, acompanhar seu crescimento. Porém, se a mãe estudar, melhora suas condições para cuidar do filho, ainda que a separação prejudique o contato. Neste caso, é importante contar com alguém confiável para cuidar da criança na ausência de sua mãe. Das duas formas, seria da mãe a principal responsabilidade pela criação do filho.

A escolha de um substituto para cuidar do bebê na ausência da mãe era algo difícil, segundo Leila. Havia critérios e também esperava que a pessoa “assumisse”, ou melhor, aprendesse a cuidar do seu filho como ela própria faria, caso não tivesse outras ocupações. Pensava em contratar alguém que ficasse sob supervisão até sentir-se segura de que a babá conseguiria agir como era seu jeito. Além disso, o fato de morar em uma cidade pequena tinha vantagens: (...) *aqui é legal; interior é legal porque você conhece todo mundo (...)* às vezes desde pequenininho (...).”

Após o parto

O bebê de Leila, Leonardo, nasceu dia 14 de dezembro. No dia anterior, ela havia feito ultrassom, reclamando de uma dorzinha no alto do abdômen, mas, pela avaliação do médico, o parto aconteceria no final do mês ou início de janeiro. De madrugada, a “bolsa” rompeu. Ela procurou assistência médica mas, pelo exame de toque, o médico orientou-a a retornar para casa. Começou a sentir contrações cerca de sete horas da manhã e isto se prolongou até quase três da tarde. Por volta de onze horas, pediu ao médico que fizesse uma cesariana pois não conseguia mais suportar a dor. Porém, ele avaliou que o bebê já havia “descido” demais e era arriscado: “(...) *ele me falava que eu ia agradecer a ele depois por ter tido o filho normal; mas eu: ‘Não vou agradecer, não!’ (...)*”. Além disso, a Maternidade não dispunha de anestesista no momento, o que inviabilizaria uma cesariana. Leila ficou nervosa, foi grosseira com as pessoas, mordeu os lábios; as irmãs acompanhavam-na, penalizadas. Uma delas, que é enfermeira, tentava orientá-la, mas Leila não conseguia ouvir ninguém: “(...) *Ó, sai da minha frente! Some da minha frente! (...)*”.

Por volta de 14:50 horas, o bebê coroou e ela foi levada para a sala de parto; pouco depois, o bebê nasceu: “(...) *quando sai é um alívio! (...) saiu o rostinho. Uma cabeça! A cabeça parecia não sei nem o quê (...) bem compridinha, assim. Aí, quando eu olhei, eu não falei com ninguém: ‘Meu Deus, que menino da cabeça feia!’*”. Logo depois, dormiu. Referiu que tomara “soro” para estimular as contrações e, talvez por isso, estava tão exausta após o parto.

Esteve acompanhada por diversas pessoas durante todo o tempo, exceto pela mãe que não teve coragem de ir. Quando ela chegara ao hospital, Leila estava sendo encaminhada para a sala de parto. Apesar das dores, Leila considerou que a sua recuperação foi muito tranqüila e rápida; no outro dia, nem parecia ter ocorrido nada. No entanto, para uma das irmãs, a experiência de Leila foi decisiva para ela não desejar ter parto normal.

Leila disse que, por ela, teria mais dois ou três filhos, se tivesse dinheiro. Considerava que o problema era ter condições de dar uma boa educação aos filhos, o que custa muito caro atualmente. Mas planejava, secretamente, engravidar de novo, mesmo que o marido não aprovasse a idéia: “(...) *Quando ele souber, eu tou grávida!*”. Logo após o nascimento do bebê, Leila ficou na casa da mãe porque sua casa estava sofrendo uma pequena reforma. Quanto à superstição de não armar o berço antes do nascimento de Leonardo, não foi seguida. Na verdade, ficou tudo “*pra cima da hora*”, inclusive a compra de enxoval e armar os móveis do quarto.

Leila não teve logo leite depois que o bebê nasceu e também não tivera orientações sobre o que fazer. Somente dois dias depois. Tinha colostro, mas duvidava sobre a capacidade de alimentar o bebê. Isto deixou Leila nervosa, chorando por não ter leite. Tomou tudo que ensinaram para fazer “descer” o leite, como mingau de café com manteiga, cuscuz, mingau de milho, banhos quentes... uma vizinha comentou ter tomado um comprimido que estimulava a produção de leite, mas não soube dizer do que se tratava. Uma outra vizinha ofereceu-se para amamentar Leonardo, enquanto Leila não tivesse leite. No primeiro momento, ela aceitou, mas depois, arrependeu-se: “(...) *‘Se ela tiver hepatite, qualquer outra doença assim, vai passar pra ele...’*. Aí, eu fiquei desesperada (...)”. Para livrar-se da “ajuda”, mentiu, dizendo que já tinha leite; uma

amiga ajudou-a a estimular as mamas, massageando-as, para facilitar a saída do leite, até que aconteceu: “*Ô, que alívio!*”.

Ela até tentou voltar logo ao trabalho, mas não deu certo porque precisava ficar com Leonardo muito tempo, por causa da amamentação. Ela e Luiz organizaram-se de modo que Leila realizasse parte das tarefas da livraria em casa mesmo. Ela não se sentia segura para sair de casa e deixar o bebê, ainda tão “*molinho*”, com alguém estranho, a não ser que a pessoa ficasse na casa da mãe dela, onde poderia ser supervisionada. Vinha contando com o apoio de várias pessoas, como as irmãs e amigas que estão sempre à sua volta, além dos filhos de Luiz. Como Luiz já tinha a experiência de outros três filhos, seu “traquejo” também era bem-vindo em muitos momentos. Mas cuidar de Leonardo estava sendo fácil, principalmente porque ele era um bebê tranqüilo. Acordar à noite fora uma dificuldade já superada. Em diversos momentos, durante a entrevista, Leila precisou dar assistência ao filho, incluindo também o fato de ter muito leite que espirrava da mama todo o tempo.

Leila atribuiu à gravidez algumas mudanças, como o fato de estar muito “*esquecida*”, algo também compartilhado por outras mulheres, segundo ela. Estava engordando mais depois do parto e esperava poder entrar em uma academia para perder o excesso de peso ganho nos últimos meses.

Os cuidados com Leonardo também passavam por ensinamentos populares: um dos olhos ficou “*fechadinho*” e todos orientaram Leila a colocar leite do peito porque era “*resto de parto*”. Isto permaneceu por um tempo, até que ela resolveu levar o bebê ao médico que lhe disse que o “*resto de parto*” não existe; Leonardo tinha conjuntivite, mesmo.

Os primeiros dias foram os mais difíceis; Leila disse ter ficado deprimida, chorando muito, mas que não ficou como uma prima que tinha raiva da filha. Leila apenas sentia grande tristeza. As pessoas estranhavam porque ela estivera muito feliz durante toda a gravidez e o bebê nascera saudável e estava desenvolvendo-se bem. A própria Leila não soube explicar a que se devia toda aquela tristeza. Depois, isso passou e ela voltou a experimentar a alegria pela chegada do filho. Concluiu afirmando que “*(...) ser mãe é a melhor coisa do mundo*”, e que se sentia muito bem ao perceber que o bebê a reconhecia, que preferia ficar nos braços dela ao invés de estar com outra pessoa.

Toda a sua atenção estava voltada para Leonardo e tudo em que pensava considerava o bem-estar dele.

3.2.6 LUZIA

Antes do parto

Luzia e Lázaro estavam morando juntos há cerca de cinco meses, mas há dois anos já namoravam quando ela engravidou. Ela tinha 20 anos na época da primeira entrevista, terminara o 2º grau (ensino médio), mas não se profissionalizara, era Testemunha de Jeová. Lázaro, 19 anos, não tinha religião e trabalhava na loja de aluguel de roupas de propriedade da mãe, onde Luzia ocasionalmente auxiliava (nas épocas de grande movimento ou fazendo pequenos reparos). Por se tratar de uma empresa familiar, com fluxo de caixa variável, não havia um padrão de renda da família. Eles ficavam satisfeitos por estarem em condições de pagar as próprias contas e organizar a casa para onde iriam mudar.

Na época da primeira entrevista, Luzia estava na 33ª semana de gestação. A gravidez ocorrera em um momento inesperado pois Luzia acabara de perder o emprego. Ao constatar que estava grávida, desesperou-se. Comunicou à mãe, ao namorado e à sogra. A mãe ficou “chateada” no início pois queria que Luzia entrasse em uma faculdade porém, com o tempo, deu seu apoio. Lázaro e a mãe dele também foram receptivos. Nem se pensou em aborto, algo terminantemente contra sua religião:

“... Se a gente procurou sarna pra se coçar, tem que realmente assumir as conseqüências, porque eu não sou mais criança, eu sei as conseqüências de você ter um ato sexual, você ter uma relação sexual, pode ou não causar tanto uma gravidez como uma doença, principalmente porque você não se preveniu, entendeu? Mas com relação a isso, a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, sempre acontece com os outros, a gente acha assim: ‘Ah, fulano engravidou porque quis, beltrano engravidou porque quis’”.

Para Luzia, o melhor seria que a gravidez acontecesse quando ela já tivesse uma estrutura física, mental e financeira melhor definida. Não gostaria de depender dos outros e ter um filho, naquele momento, implicava, necessariamente em depender de alguém.

Com o tempo, Luzia e Lázaro começaram a estruturar-se, organizando sua casa que seria construída em uma “avenida” onde moravam outros familiares dele, num bairro do subúrbio de Salvador. Para eles, isto daria melhor condição de vida ao bebê.

O início da gravidez de Luzia foi marcado, também, por intenso mal-estar. Para ela, o fato de não ter evitado algumas atividades como se agachar, significou a piora das suas condições de saúde que, associado às dificuldades para alimentar-se, levou à necessidade de internamento de Luzia que ficou desidratada e desnutrida. Na época, a mãe de Luzia, cuja profissão era auxiliar de enfermagem, estava em casa e cuidou dela. Depois, ela própria adoeceu e precisou ficar internada por vários meses, recebendo alta na mesma época prevista para o parto da neta. Neste período, Luzia temeu perder a mãe e como uma forma de homenageá-la, escolheu um nome parecido com o dela. Neste trabalho, chamaremos a mãe de Luzia de Luana e a filha dela de Luna.

O acompanhamento pré-natal de Luzia deixou muito a desejar, para ela. Não conseguia identificar um profissional que tivesse ajudado a esclarecer suas dúvidas ou a atendido bem. Um trecho do seu relato permite perceber isto claramente:

“Eu comecei com uma pessoa e terminei com outra, mas é como eu te falei: tratamento com o SUS é horrível, você não tem o tratamento 100%. É uma coisa, assim...um descaso total,entendeu? Você chega lá, não tem prioridade...(...) é mais um a ser atendido. Você não é uma pessoa, não é...fica tudo corrido. (...) Agora, eles estão cobrando pra fazer o pré-natal, mesmo no SUS (...) e quem não tem dinheiro, fica esperando a data. São cinco pessoas do SUS, entendeu? A gente vai marcar, espera o dia que tenha a vaga e aí quando chega lá, 8 horas da manhã, sai 3 da tarde. Mas não é o atendimento, se você estivesse pagando, você teria, sabe, uma coisa mais...esclarecedora. Suas dúvidas, eu acho, assim, que o médico nessas horas tem que ser mais do que um médico, tem que ser um amigo. Essas dúvidas que estou levantando com você , tudo que eu estou lhe falando, eu não conversei com ninguém, entendeu? Às vezes, eu converso, assim, com meu esposo e falo assim, por alto, mas não conversei com o médico, pois ele chega lá, tem mais cem pessoas pra ele atender, então ele não pode dar prioridade pra mim. Ele tem que fazer o básico e liberar.”

Luzia sabia que algumas mortes durante o parto aconteciam por causa da falta de estrutura física, como no caso de mães adolescentes, ainda que também soubesse de casos bem sucedidos. Apesar de não se considerar propriamente uma adolescente, equiparava-se com elas por ser pequena e franzina e ter na família um caso de mulher com problemas no parto. Este receio já era anterior à gravidez e se intensificara.

O medo de morrer ou “dar alguma coisa errada” durante o parto esteve presente durante a primeira entrevista de Luzia. Temia que sofresse de eclâmpsia ou que não suportasse a dor do parto. A morte a afastaria das pessoas de que gostava e, especialmente a impediria de conhecer sua filha, Luna, por quem já nutria afeição:

“(...) Eu sei que vai ter que sair de alguma forma, eu não sei como e o que vai ser, se eu vou suportar, entendeu, e ter a minha filha normal. (...)Eu acho assim, quando você, quando a gente tem tanto medo daquilo acontecer, acaba acontecendo. Sei lá, atrai alguma coisa assim...”

Luzia pensava que o parto normal teria uma recuperação mais fácil, mas era o mais temido por ela. Já uma cesariana era mais complicada, preocupando-a com a estética da cicatriz, por ter tendência a formar “quelóides”. No entanto, havia poucas chances de que seu parto fosse cesariano e Luzia nem se ateu a esta opção durante sua fala.

Outras questões, relativas ao fato de ser assistida pelo SUS: seria atendida no local onde houvesse vaga, quando desse “a dor” e por quem estivesse de plantão. Dificilmente poderia ter acompanhante durante o parto, se bem que gostaria de estar apenas com a mãe, que ainda estava hospitalizada. Luzia contava, alternativamente, com o apoio da sogra, mas ela não era uma pessoa para conversar, para orientá-la; seu suporte era financeiro ou na vida prática, não emocional.

Quando esteve internada, no começo da gravidez, Luzia pôde observar várias vezes como as mulheres eram atendidas na maternidade onde, possivelmente também teria sua filha. Viu que elas eram deixadas sofrendo até a realização do parto, esperando muito tempo, enquanto tomavam um “soro” ou algo parecido.

Ainda assim, Luzia considerava que as experiências de outras mulheres não poderiam servir como referência para comparar-se e preparar-se:

“(...) as experiências de parto de outra pessoa, é muito “mituosa”. A gente que é adolescente, que nunca teve filho, que nunca passou por essa experiência, fica com medo e quando outras pessoas vêm nos passar experiência, e falam como foi ou deixa de ser, aí, a cabeça vira um bolo (...) Já ouvi muitas histórias (...)”

Lázaro e Luzia estavam convivendo pouco nos últimos dias da gestação, porque ele finalizava problemas da construção da casa deles, em outro bairro. O contato mais freqüente era no ambiente de trabalho, onde Luzia auxiliava o marido e a sogra, donos de uma loja de aluguel de roupas, atendendo clientes ou realizando outros serviços junto com eles.

A gravidez deixou Luzia frente a frente com uma realidade para a qual ela não se sentia preparada: mudar tudo, desde pensamentos e conceitos, até hábitos, como ir para festas e sair livremente. Depois que mudassem para a casa nova, sua vida ficaria ainda mais restrita, restando apenas que “se conformasse” com isso. Segundo Luzia, ela precisava aprender a aceitar que seria responsável pelo laço conjugal, pela filha, mas também pelo marido. Por outro lado, Luzia desejava tornar sua filha uma “cúmplice” quando crescesse mais um pouco, saindo juntas para passear.

Para ela, Lázaro perderia pouco com o casamento, ainda que ele estivesse se desvencilhando, também, da vida familiar. Mas, como ele trabalhava muito (“de domingo a domingo”), a mudança seria praticamente apenas de endereço. Ela, entretanto, assumiria uma responsabilidade doméstica como “mãe de família”.

A relação familiar de Luzia estava um tanto confusa no período da gravidez. Sua relação com o padrasto não era muito boa, e também entre ele e Lázaro. Havia problemas de Luzia com os irmãos e, em menor escala, com as cunhadas. Por isso, pensar que moraria sozinha, em seu próprio espaço, era estimulante para Luzia.

A relação entre Lázaro e Luana, mãe de Luzia, era também “turbulenta”, por causa de diferenças de idéias. Luzia sentia-se muitas vezes dividida entre as opiniões dos dois, como, por exemplo, para onde iria logo após o nascimento de Luna. Luzia preocupava-se com o período inicial de cuidar de um bebê, algo que nunca fizera sozinha, mas também gostaria de acompanhar a mãe, que estaria retornando do hospital. Até aquele momento, não havia definido o que faria.

Após o parto

Os últimos dias de gestação de Luzia foram bastante estressantes. Ela praticamente saiu do trabalho para a maternidade. Houve um saque à loja da família que causou prejuízos, exigindo mais trabalho do que normalmente. O marido, Lázaro adoeceu neste período.

A qualidade da assistência médico-hospitalar que Luzia recebeu não a ajudou a ter uma boa experiência de parto, ainda que tenha ocorrido, circunstancialmente, que alguém tenha se “compadecido” de seu sofrimento – uma auxiliar de enfermagem a quem Luzia se refere como “a menina” – que terminou fazendo as vezes de “suporte emocional” para ela, durante o parto, e a quem Luzia atribui a manobra que concluiu o nascimento de Luna.

Dois dias antes do parto, Luzia começou a sentir dores consideradas suportáveis. No dia 18 de dezembro de 2004, ela entrou em trabalho de parto. Sua descrição do trabalho de parto e parto foi bastante dramática e somente reproduzindo alguns trechos é possível ter-se uma aproximação da sua realidade:

“(...) sentia dor um dia antes de ir pra maternidade e aí, tava normal, assim, super calma e tudo. Quando cheguei na maternidade, na maternidade perto lá da minha casa, disse que eu tava entrando em trabalho de parto ainda e que lá não tinha suporte, que tinha que providenciar uma outra maternidade. Aí eu fui pra onde eu tava fazendo o pré-natal, cheguei lá fui logo internada (...) Aí, colocaram no soro e me internaram (...) Só que, me colocaram no soro, até um certo ponto eu vendo todo mundo gritando, esperneando, eu achei que aquilo ali era tudo teatro, sabe assim, que... achei que não era nada daquilo que tavam fazendo, tudo, mas...porque não tava realmente sentindo nada, tava tranqüila. Só que quando chegou na metade do soro, a dor começou a apertar. Mas doía tanto, tanto! Que eu nunca senti uma dor tão forte igual aquela! Achava que eu ia morrer, realmente, porque é muito forte mesmo (...) E eu, sabe, ficava impaciente, levantava, descia e o pessoal me avisando que não era pra eu... não era pra eu... suspender, levantar, porque poderia nascer e cair no chão e tudo, mas a gente na hora não escuta ninguém, não vê nada, entendeu? Aí, quanto mais fecha a perna, a contração pára e relaxa mais um pouquinho, só que demora mais o parto. E manda fazer força pra baixo; quando faz a força é quando dói mais. Aí depois que aconteceu isso, a menina falou assim: “Se você não fizer força, eu não vou te levar pra sala de parto! Faça força! Faça força!” e eu nada de conseguir fazer e doía muito, muito, muito (...) Eu não agüentava

mais e comecei a chamar por Deus e a chorar muito e pedir pro médico me ajudar. Aí ele disse que já vinha me ver, que tinham outras pessoas tendo, pra resolver logo e eu fiquei por último. Aí, a menina ficou com pena de mim e me levou pra sala de parto. Só que quando chegou lá, o médico disse que ainda tinha mais uma hora pro neném nascer, ainda tinha que esperar mais uma hora. Aí eu disse a ele: “Pelo amor de Deus, eu não agüento mais”, quando ele: “Ah, já que você já está aqui no centro cirúrgico, então a gente vai ter que fazer esse parto de qualquer jeito”... Ele dilatou com a mão! Teve que abrir, fazer passagem com a mão! E eu, assim, comecei a coisar... mandava eu fazer bastante força pra poder coisar... e ele abrindo assim e eu fazendo força e nada! Bem umas cinco ou seis vezes, eu tentando e nada, nada! Até que a moça teve que subir aqui, subir no banquinho e fazer força em cima de mim, pra poder descer! Teve que fazer força em cima de mim, assim, empurrar minha barriga pra baixo! E cada vez que eu gritava, ele... eu gritava desesperada, ele dizia: “Não grite porque sua neném tá subindo!”. Ela não descia, ela só fazia subir, vinha pra... isso aqui ficou inchado, ó, aqui, a parte do abdômen, essa parte aqui em cima ficou... ela ficou toda aqui em cima, ela não descia! Aí que a moça chegou e conseguiu descer, colocar ela pra baixo. Aí, graças a Deus, eu consegui ter, mas com muito sofrimento, tava sem me alimentar direito, já há cinco dias desgastada por causa do trabalho, porque foi muito trabalho, entendeu, muita confusão também e aí a gente sem... sem poder, sem estrutura nenhuma, entendeu? (...) Quando saiu, foi um alívio, mas eu tava sem força nenhuma, sem força nenhuma... Até a bolsa ele que teve que romper; e aí, depois, eu vomitei muito. Fiquei fraca, cansada... Tomei um mingau, vomitei tudo, sabe, não agüentava ficar em pé (...) Eu tive que pedir, eles deram anestesia local mas eu, sinceramente, não senti a anestesia (...) depois que eu tive o parto, que tava doendo muito, eles deram ponto e tudo, aí eu pedi pra poder me dar dipirona. Eles me deram um pouquinho de dipirona (...) porque eu tenho alergia a esses medicamentos, dipirona e tudo, aí podia baixar a pressão e ficar pior ainda(...).”

Luzia e Luna permaneceram 24 horas “em observação” na maternidade, sem problemas. Para Luzia, ter “quebrado o resguardo”, ou seja, não respeitar o período de repouso, ocasionou inflamação e infecção no local da episiotomia.

Houve dois episódios de grande mobilização emocional para ela: o primeiro, uma briga com Luana por ter “se deixado” ficar na casa da família do marido, quando recebeu alta da maternidade. Para tentar resolver este conflito, Luzia desceu e subiu escadas, andou bastante e correu e, sobretudo, ficou emocionalmente abalada. O segundo episódio relaciona-se com uma crise respiratória que Luna apresentou aos nove

dias de nascida, ficando asfixiada e cianótica, precisando ser levada às pressas para o posto médico, exigindo outro grande esforço de Luzia.

No início, estar com Luna foi um “choque”. Depois, aos poucos, começou a se familiarizar com as rotinas dela, conhecendo “suas manhas”, conseguindo interpretar seus comportamentos, até divertindo-se com isso:

“(...) ela tá virando flor porque tem que tomar sol, eu e ela, 20 minutos durante a manhã, o período da manhã, de 7 a 8, nesse período, 20 minutos. Essa menina tá virando uma florzinha! Precisa de leite e de sol.”

O que se mantinha como questão importante para Luzia, era a interrupção do seu sono, durante a madrugada, para amamentação. Existiam sérios conflitos entre ela e Lázaro que, em muitos momentos, ficava atônito para cuidar de Luna, sempre recorrendo à mulher para auxiliá-lo. Luzia refere ter um sono pesado e que acorda irritada, tornando-se “ignorante” com o marido, brigando com ele e com a filha também.

Este ponto relaciona-se com outro aspecto igualmente importante: o fato de Luzia considerar que Luna depende inteiramente dela, generalizando a dependência da alimentação para tudo mais. Desta forma, ainda que reclamasse do fato do marido não poder cuidar adequadamente de Luna sem ela, entendia que havia uma dependência exclusiva do bebê à mãe, algo real e fundamental para a sobrevivência da criança: *“Quem pariu Mateus, que balance”*.

A fala de Luzia , em alguns momentos, releva a importância da maternidade, a grandeza da sabedoria e do instinto maternos e, em outros, fala sobre sentimentos de solidão e cansaço. A solidão está referida, mais diretamente, ao fato de ter sido muito “paparicada” durante a gestação e, sentir falta disto depois do nascimento de Luna, que coincidiu com a mudança para sua casa, com a separação da sua família e maior dedicação do marido ao trabalho.

Luzia acreditava que parte das suas dificuldades, devia-se à precocidade da maternidade no seu caso. Para ela, alguém que já “aproveitou a vida”, e construiu uma certa estrutura antes de tornar-se mãe, conseguiria lidar melhor com esta realidade e aproveitar, também, a experiência da maternidade que, somente no final da entrevista e,

mais especificamente, após o término desta, é que é referida como algo positivo, maravilhoso, que provoca mudanças também bastante agradáveis.

“(...) depois que nasce, muda tudo... que a gente vê o rostinho, cuida com bastante carinho, (...) o primeiro sorriso, é aquelas coisas maravilhosas que a gente aproveita, que é muito bom, mas eu, sinceramente, se eu pudesse voltar o tempo e escolher, eu escolheria somente ter filho quando tivesse preparada, pra vivenciar tudo isso, que eu achei que foi no impulsivo, que eu interrompi minha vida que agora é tarde demais pra eu me lamentar. (...) Agora é uma outra vida, é uma...um....um outro processo (...) o que foi já não volta mais. As oportunidades que a gente tinha antes, não vai ser a mesma coisa agora, entende? Não vai ser...pode até parecer que seja a mesma situação, mas não vai ser igual, sempre você vai ter uma pessoa que depende de você, sempre você vai ter um filho que, é como eu tou te falando, você pode deixar o resto do mundo, mas o filho vai ser sempre seu, entende?”.

3.2.7 MARINA

Antes do parto

Marina tinha 26 anos e concluiria o curso de Psicologia no mesmo mês previsto para o nascimento do bebê. O marido de Marina, Marcos, tinha 33 anos na data da primeira entrevista, trabalhava como gerente de informática e tinha nível superior. Ambos foram considerados católicos, segundo Marina, ainda que não praticantes. O casal possuía renda em torno de 46 salários-mínimos.

A gravidez foi como um “choque” para Marina. Ela preparava-se para investir em sua carreira profissional, com planos de iniciar um curso de Mestrado. Sentia que isto a prejudicaria uma vez que desorganizaria sua ordem pessoal: ela e Marcos tinham um relacionamento de mais de 3 anos mas planejavam casar-se após a formatura de Marina. Como já estavam com “tudo pronto” anteciparam o casamento e moravam juntos há três meses. O impacto maior seria em relação ao campo profissional dela porque Marcos possuía uma carreira bem estruturada:

“Desde de ficou sabendo, foi aquele susto, mas, cinco minutos depois ele começou a fazer as contas, o que poderia ser feito antecipado e eu ainda chorando, pensando... Então, foi melhor pra mim porque ele me deu uma força na hora... Ele segurou, assim, minha apreensão, meu medo.”

Marina associava a gravidez a um período deflagrador de medo ou insegurança, por isso surpreendeu-se com a segurança com que passou a viver nesta etapa. Comparando com outros momentos da sua vida, era um ganho importante para ela, ainda que soubesse que poderiam acontecer fases críticas, como o parto.

Segundo as informações que coletara, Marina avaliava que o parto cesariano envolveria maior risco para a criança do que o parto normal, mas o fato de que a maior parte da experiência dos médicos brasileiros termina sendo de partos cesáreos, gerava outra insegurança: se eles estariam aptos a realizar apropriadamente um parto normal, já que sua prática neste tipo de parto é tão pequena. Para ela, uma cesariana seria um recurso para o último caso, por ser um procedimento cirúrgico, estando relacionada, então, com o risco de morte.

Por outro lado, a dor do parto normal e a sua demora eram pontos contra, acrescido do risco de sofrimento fetal, como a criança estar enrolada no cordão umbilical e sufocar-se durante o parto. Porém, ainda que considerasse tais riscos, para Marina o parto normal ofereceria a possibilidade de um nascimento menos traumático para o bebê se comparado com o parto cesáreo.

Marina pensava que, em uma cesariana, a criança não tem a preparação física e psicológica (pois está prestes a fazer uma mudança para um novo ambiente completamente diferente) que se inicia com o trabalho do parto normal:

“(...) o trabalho de parto normal prepara a criança; ela faz o esforço de sair e isso pra ela (...) prepara psicologicamente também (...) então, ela vai forçando o canal para sair e vai se preparando, vai quebrando resistências mentais ali, do momento, e vai se preparando pra aquele novo ambiente Já o parto cesáreo, não.”

O parto cesáreo estava associado a uma recuperação mais lenta, com sensação de gases, preocupação com os “pontos” e indisposição para cuidar do filho. O parto normal,

apesar dos medos envolvidos, priorizaria a condição de saúde do bebê, o que era desejo de Marina. Há riscos nos dois tipos que geram impasses para ela decidir.

Era incômodo para Marina pensar que o tipo de parto dependeria mais da avaliação do médico, ainda que baseada em questões técnicas, não à luz do bem-estar do bebê ou da mãe, mas tão somente a partir do seu próprio ponto de vista. Para ela, era como se sempre ouvisse dos profissionais que consultou: *“Ah, a gente só vai poder saber disso na última hora...”*, como uma forma de deixar em suas próprias mãos a decisão sobre o que deveria ser feito. Deste modo, todas as informações que procurava “articular” ou o cuidado que pretendia ter com o bebê não adiantavam nada, cabendo-lhe “conformar-se” com a realização de um parto cesáreo, não pela sua escolha, mas quase certamente, do médico.

Talvez por estar em busca de uma relação com um obstetra que lhe permitisse sentir-se segura para escolher, Marina trocou de médico três vezes durante a gestação. A médica que a acompanhou nos primeiros três meses transmitiu-lhe a impressão de desatenção e descaso: *“(...) me atendia quase em pé; nunca guardava as informações que eu dava sempre parecia uma situação nova, anotava mas me perguntava de novo (...)”*. Outro médico, mais velho, pareceu-lhe amadurecido e experiente, mais inclinado a realizar um parto normal, mas não poderia atendê-la na maternidade de sua preferência. Uma terceira profissional foi recomendada por uma cunhada e pareceu segura, ainda que Marina desconfiasse “dos seus interesses” no parto cesáreo. No entanto, por já estar no final da gestação, resolveu ficar com ela.

Aceitar um parto cesáreo parecia assemelhar-se, para Marina, a permitir que “anestessassem” sua voz, sua possibilidade de sentir-se no controle, devendo submeter-se às vontades de outrem. Havia uma certa desconfiança de Marina, como a idéia de que *“milhões de coisas podem estar acontecendo”* durante o parto - um corte mal feito, imperícia dos profissionais da assistência, esquecer material dentro da barriga da parturiente.

Marina disse que não costumava dividir tais dúvidas com outras pessoas, somente as abordando durante a entrevista. Suas reflexões permaneciam com ela, talvez como uma alternativa para preservar seu senso de independência e auto-eficácia, que

construía durante a gravidez. Ela referiu que, para o casal, era importante ter a menor interferência possível dos “outros”, dos familiares inclusive.

Especialmente para Marina, resolver sozinha as questões do bebê significava uma realização pessoal, confirmando que não necessitava de “super-proteção”. Portanto, as famílias, dela e de Marcos, não participavam ativamente da gestação de Mateus como gostariam. Ao final da gravidez, Marina passou a procurá-los um pouco mais durante os períodos de ausência do marido, mais como uma alternativa para cuidar-se e do bebê, para não ficar sozinha em casa.

Marina avaliou que ela e Marcos haviam se tornado mais cúmplices, o que pode ter acontecido tanto pelo casamento quanto pela gravidez. Ele construía metas conjuntas, pensavam em benefícios para ambos. No entanto, para Marina, a participação do marido era ainda “periférica”, como “brincar com a barriga” dela ou acompanhá-la algumas vezes às consultas durante o pré-natal. Ela considerava que, para o homem, o filho faz parte de uma experiência “encoberta” durante a gestação, tornando-se emocionalmente mais intensa com o nascimento do bebê. Marcos engajava-se mais ativamente “com o braço financeiro”, responsabilizando-se por “as coisas chatas”.

Era óbvio para Marina que, com o nascimento do bebê, sua relação de depender de alguém poderia mudar, pois necessitaria de algum apoio para cuidar de Mateus, pelo menos no primeiro mês. Porém, pensava em termos práticos, em ter uma empregada que lavasse as roupas do bebê e preparasse a alimentação dela. Programava-se para retornar aos seus planos de estudar a partir do segundo mês após o nascimento de Mateus, o que demandaria outro tipo de organização da vida doméstica. Para ela, a principal preocupação seria encontrar uma “substituta” que a deixasse confortável e segura.

Suas expectativas eram de tentar “*fazer tudo perfeito*” por sentir-se muito responsável pelo bebê, uma pessoa que, deliberadamente, colocaria no mundo. Pensava que, como mãe, tinha o compromisso de refletir sobre a qualidade da educação que daria ao filho, que colaboraria para a construção do seu caráter. Por outro lado, havia uma certa sensação de liberdade porque poderia educá-lo da melhor forma, segundo seu ponto de vista.

Após o parto

Marina teve Mateus no dia 31/12/04, um nascimento antecipado em cerca de quinze dias. O curioso é que na véspera havia realizado o último exame (ultra-som), sendo tranqüilizada pela médica que a previsão estava mantida. Nos últimos quinze dias que antecederam o parto, Marina sempre acordava pensando que “aquele” poderia ser o dia.

Por volta de 16 horas, descansava após organizar a festa de revellion que aconteceria mais tarde em sua casa. Ao levantar-se, percebeu que algo diferente acontecera:

“(...) eu senti uma, uma, uma... um puxão assim, na parte da... pélvica assim, muito forte pra baixo, é, como uma vontade de fazer xixi assim, muito grande, e aí eu falei: ‘Oxente, mas porque essa dor tão grande de fazer xixi?’, aí quando eu levantei, a bolsa estourou.”

Sua primeira sensação foi de medo, de pânico. Apesar de ter se preparado para o momento, Marina disse que não tinha a exata medida do seu sentimento; havia sido uma preparação do pensamento e não da emoção. Tentava controlar os pensamentos, visando manter a tranqüilidade, baseando-se na experiência de amigas que tiveram filhos no mesmo período que ela. Entretanto, os fatos que se sucediam, colaboravam para nova “desorganização” dela.

A médica que acompanhara Marina na fase final da gestação estava viajando e indicou sua sócia para realizar o parto: *“Tá certo... Ai, meu Deus do céu! Eu fiz tanto... Mudei três vezes de médico, querendo ter a confiança do parto, chega na hora, a minha médica de confiança não tá! Então, assim, pifei, né?”*.

Marina achou a médica jovem demais porém “bem articulada”, estabelecendo com ela um vínculo de confiança, mas o mesmo não ocorreu com os demais profissionais que a assistiram, em especial o anestesista, que insistia em chamá-la de “mãezinha”, transmitindo-lhe a impressão de ser uma “pobre coitada”, ignorando seus pedidos de ser orientada sobre as etapas da anestesia, o que a deixaria mais tranqüila:

“(...) ‘Não se preocupe, não, mãezinha. Você só tem que pensar no seu neném quando nascer’, eu falei: ‘Olha só, você não tá me ajudando, assim, esse ‘mãezinha’ (...) não precisa (...) falar desse jeito (...) mas é importante pra mim saber o que é que eu vou sentir porque isso vai me acalmar’. ‘Não precisa, não’. Não falou. Eu entrei em pânico! Já tava com raiva de ter que me submeter à intervenção dele (...). E aí, senti muita falta de ar e ele falou que era normal. (...) ‘Eu to apagando!’’. Aí comecei a ouvir a voz dele muito longe (...) Aí ele me aplicou uma injeção de adrenalina, acho (...) E, aí, eu voltei. O parto, pra mim, demorou muito, mas pra todo mundo foi muito rápido. Então, acho que foi rápido”.

Na sua percepção, o parto demorava, significando que algum problema poderia estar acontecendo e, mesmo contando com a presença de uma amiga da área de saúde que filmava o parto, continuava insegura. Marina não sentia dor, e não enxergava o que acontecia além da “coisa verde”, uma espécie de “cortina” que delimita a área de intervenção da equipe sobre o corpo da paciente. Entretanto, como estava alerta, tinha as sensações das manobras que eram feitas no seu corpo: *“(...) eles tiveram que empurrar muito; o anestesista chegou a subir em cima de mim e empurrar assim, e eles lá na frente empurrando também. Então, todo mundo mexendo em mim (...)”.*

A ansiedade e a falta de confiança podem explicar a percepção de que o parto de Marina demorou muito, ainda que para as outras pessoas que a acompanhavam ou a aguardavam tenha sido bastante rápido. Ela própria calcula o intervalo entre sua chegada ao hospital e o parto como breve, mas parecia-lhe que os minutos transformaram-se em horas, até que ouviu o choro do bebê:

“(...) quando ouvi o choro dele, eu... me acabei! Comecei a chorar! Muita emoção, muita felicidade! Eu sabia que era um momento muito especial, ali, sabe? Foi aquela coisa assim: ‘Pôxa, esse é um marco em minha vida, um momento na minha vida! E (...) esse pedacinho de tempo, agora, não vai se repetir mais, sabe, assim. É uma..é uma emoção maluca, essa! (...) você passa nove meses imaginando a carinha dele, né, aí você vê que ele é real ali, naquele momento! Não é fantasia sua! (...) você fica totalmente feliz (...) tudo valeu a pena (...) Quando eu senti a pele dele na minha pele, ô, meu Deus! Eu teria... eu passaria por isso 10 vezes, pra ter isso!”, sabe? Foi o que eu pensei na hora.”.

A emoção foi tão intensa que Marina não conseguiu dormir neste dia bem como nos dois dias seguintes. Queria olhar para Mateus todo o tempo e não conseguia parar. Amamentou-o com tranquilidade “logo de primeira”, e ficou com o bebê no colo a noite inteira. Assistiu a queima de fogos na entrada de 2005 pela televisão, mas sua sensação era que ela estava em uma novela pois nada lhe parecia real naquele momento.

O contato com Mateus misturava prazer e estranhamento e, diversas vezes, ela classifica a experiência de ter o próprio filho nos braços como algo “louco” ou “complicado” para descrever. A chegada do filho a colocava definitivamente numa outra condição psicológica e social. Isto é, implicava em deixar de ser alguém sonhadora, introspectiva, para viver numa “*realidade gigante*”, concreta, assumindo um papel que deveria ser atuante e de responsabilidade.

As noites sem dormir renderam-lhe até alterações perceptivas (“*flashes*”), mas ela deveria estar sempre acordada porque Mateus dependia do seu peito, e este não poderia ser substituído por mamadeira ou por outras pessoas. Ninguém tocava em Mateus ou cuidava dele pois, na sua fantasia, todos eram incapazes de tratá-lo bem, exceto ela ou Marcos. Marina alojou-se na poltrona reclinável do quarto do filho, sentindo-se como se estivesse dormindo em um carro-leito. Por cerca de quinze dias não conseguiu afastar-se do bebê, pensando que ele poderia morrer a qualquer momento. Ao mesmo tempo, sentia raiva disto tudo e vontade de que Mateus fosse “apagado” da sua vida, desejando fugir com Marcos para bem longe. Eram sentimentos conflitantes, angustiantes, entremeados pelas dores do pós-cirúrgico e noites mal-dormidas.

Marina disse que estes foram dias de luto: “*Era dor de ser outra pessoa, né, essa era a minha sensação ‘(...) aquela Marina morreu. Agora é outra e eu não estou gostando dessa outra pessoa’*”. Ela era só mãe, agora. Ficou mal-humorada e chorava durante toda a primeira semana.

Mas é possível que Marina nem “mãe” se sentisse nos primeiros dias. É que Mateus nasceu com um problema que fora identificado na gestação, mas sem diagnóstico definido, precisando ser tratado com antibióticos desde o dia do nascimento. Ele passou por vários exames nos primeiros dias de vida e poderia até mesmo ser submetido a uma cirurgia, o que implicava em grande risco para o bebê. Cerca de quatorze dias depois do nascimento de Mateus, Marcos precisou viajar, a trabalho,

permanecendo fora do país por 21 dias. Nesta fase, Marina já se encontrava melhor fisicamente, desinchada, e também via Mateus desenvolvendo-se, ganhando peso: “(...) *começava a surgir minha felicidade. (...) A partir daí, falei: ‘Pronto! Vai dar certo! Eu vou ser mãe! Vai acontecer... as coisas boas vão acontecer!’*”. Diagnosticou-se que um dos rins de Mateus não funcionava, mas isto não acarretaria problemas maiores para ele, segundo a avaliação médica.

Marina disse que cuidar de Mateus era bom, mas cansativo às vezes pois ele era ainda muito dependente e ela permanecia em casa a maior parte do tempo: “Ele ocupa muito espaço!”. Contava com o auxílio de uma babá há alguns dias, o que lhe dava maior conforto.

Marina disse que nos primeiros dias depois do nascimento de Mateus, Marcos tentou participar dos cuidados do filho da melhor forma que pôde, ou melhor, que ela permitiu. Foram dias de afastamento por causa da mudança de humor dela, que evitava estar próxima do marido: “*tar com ele me fazia chorar mais porque eu queria fugir com ele; eu não queria Mateus, sabe?*”. Com a viagem de Marcos, Marina sentiu-se “meio abandonada”, ainda que ele telefonasse diariamente. Mateus estava com quase três meses quando realizei a segunda entrevista com Marina e, nesta fase, a participação de Marcos era bem maior, quando ele estava em casa. Porém, ela considerou que, comparativamente, a participação feminina é “mil vezes maior”. Aos poucos ela sentia que se reintegrava às atividades sociais e aos seus interesses, pontuando como sua visão sobre o mundo havia mudado com a maternidade.

Para ela, “a responsabilidade agora, é outra”, precisando estar atenta para assegurar a integridade física do filho. Diante do que se descortinou à sua frente, Marina re-avaliou seus medos em relação ao parto e concluiu que passou a vê-los de modo mais realista, como um evento natural, justificando que “*seu filho vai nascer, de qualquer forma*”, e que os riscos de vida para mãe ou bebê no parto são relativamente pequenos com a tecnologia e o conhecimento que se tem hoje. Passou a estar mais preocupada com outras coisas, com o hoje, com o agora de Mateus.

Suas questões de auto-afirmação estavam sendo superadas de forma muito positiva a partir da construção da sua família. A maternidade fazia com que Marina

tentasse ser mais maleável com a própria mãe e esperava sanar aspectos negativos desta relação no futuro. Mas são pontos secundários pois seu foco era o bem-estar de Mateus.

3.2.8 VITÓRIA

Antes do parto

Vitória estava no último mês de gestação em dezembro de 2004. Ela e o namorado, Vinícius, relacionavam-se há cerca de dois anos quando confirmaram a gravidez que já estava no 2º mês, uma desconfiança que surgiu quando Vitória começou a enjoar e ficar tonta, apesar de fazer uso de pílulas anticoncepcionais e menstruar regularmente.

Vitória e Vinícius haviam se mudado para a casa onde moravam há cerca de um mês, vivendo com o salário que ele ganhava trabalhando em um projeto de recreação para funcionários de uma empresa, aos sábados. Vinícius, tinha 25 anos e completara o ensino médio, mas, Vitória, aos 18 anos, ainda cursava o ensino fundamental (antigo primeiro grau) em uma escola pública no bairro onde moravam, na periferia de Salvador, numa classe de aceleração, que reunia as 7ª e 8ª séries, quando engravidou.

A maior preocupação de Vitória era se poderia “dar tudo” ao seu filho, o que seria a medida de uma boa mãe. Dando “tudo” a ele (ou ela, não sabia o sexo do bebê), protegeria o filho mesmo se estivesse ausente, evitando que ele dependesse de terceiros e garantindo-lhe uma trajetória mais feliz do que a dela que, até os sete anos de idade, foi “criada na casa dos outros” e só com esta idade voltou a residir com a mãe. Vitória já conseguira dar ao filho um pai, o que ela própria não tivera:

“(...) eu fui criada sem pai, não conheci meu pai. Sei que ele mora ne [em] Itabuna, tenho o nome dele no meu registro, mas eu não conheço. Aí fica assim... eu não quero que o meu filho se sinta como eu me sinto. Fico pensando assim: “Ah, será que se eu fosse criada com meu pai isso teria acontecido comigo? Eu taria passando por essas coisas? (...)Eu penso [que] o motivo dessas coisas

todas,[é que] minha mãe não teve condições de me criar... Pelo menos, o pai eu dei (risos)! O pai já está com ele!”

Quando a gravidez de Vitória foi confirmada, pairou no ar a expectativa de que Vinícius poderia não “assumir” este filho e, assim, o sonho de dar um pai a seu filho esteve ameaçado por um período não maior do que dois dias, quando ele aceitou: “Ah, eu vou querer, vou querer, vou ter que aprender...”. Para a mãe de Vitória, persistia uma certa desconfiança em relação à “palavra” de Vinícius, talvez baseando-se em sua própria experiência de ter criado quatro filhos sozinha. Para Vitória, entretanto, havia motivos para estar confiante porque considerava conhecer o jeito dele, uma pessoa reflexiva.

Um ano antes, Vitória tinha engravidado e o casal havia resolvido “assumir” a gravidez, que resultou em um aborto espontâneo. Ela teve o diagnóstico de “*útero muito baixo e infantil*”, e que, por isso, não “segurara” a gravidez. Apesar de já apresentar vários sintomas de que havia algum problema desde o início, a assistência que recebeu não a ajudou. Avisaram-na de que teria dificuldades para ter filhos, iniciando um tratamento que foi interrompido quando engravidou novamente. Desta vez, uma assistência regular durante o pré-natal, permitiu chegar bem até o final da gestação. Encarava esta gravidez como sua única chance de ter um filho, baseada na avaliação médica que recebera.

Para Vitória, ter engravidado duas vezes enquanto tomava anticoncepcional regularmente era um sinal de que aquele bebê tinha que vir; era a vontade de Deus, uma demonstração de que Ele confiava em sua capacidade de dar conta da tarefa de ser mãe.

Vitória entende que saber cuidar do filho está intrinsecamente relacionado com os afetos que ele pode nutrir pela mãe. Considerando que suas expectativas de se tornar uma boa mãe estavam relacionadas com o que poderia garantir para o bem-estar do bebê, Vitória preocupava-se como poderia agradar seu filho. Sabendo do que as crianças gostam, ela não queria se sentir frustrada por negar algo ao seu filho devido à falta de dinheiro. Por isso insistia em organizar-se para ir trabalhar o quanto antes, logo após o nascimento do bebê.

Esta pareceu ser uma característica de Vitória nos seus relacionamentos, de modo geral. Ela referiu ter o hábito de procurar informar-se sobre os gostos das pessoas, inclusive de Vinícius, como uma tentativa de não as magoar. Não queria repetir com os outros sua própria experiência de ter sido muito machucada em sua vida.

Há grande responsabilidade pelos filhos, cabendo aos pais diversas obrigações, contando com o fato de a educação dos filhos não ser passível de planejamento antecipado, por estar relacionada com características da própria criança (seus pensamentos e vontades), além de dados do contexto extra-familiar. Assim, pensava que caberia a uma boa mãe considerar tudo isso e, junto com o pai, “regrar” os filhos, ajudando-os a ter maior discernimento, protegendo-os.

Cuidar de um filho, compreende, então, duas “linhas” que, em certo ponto, se tornam antagônicas: por um lado, é necessário que a mãe esteja atenta, próxima, observando-o e orientando-o; por outro, é importante trabalhar para prover o bem-estar e conforto da criança. Para resolver a constante tensão entre estes dois pólos, uma alternativa é providenciar como dar cuidados adequadamente para a criança, como colocá-la em uma boa creche, enquanto a mãe vai trabalhar. A provável opção de Vitória seria esperar um pouco, até que o filho crescesse o suficiente para ter discernimento e então poder passar a ser cuidado por outras pessoas que não os pais.

A mãe de Vitória achava que a gravidez atrapalharia a vida e os planos da filha, como dar prosseguimento aos estudos. No entanto, Vitória considerava que isto somente ocorria àquelas pessoas que não se interessam em progredir. O apoio que recebia dos professores, dos colegas e do namorado, a estimulava a planejar estratégias para não se afastar totalmente da escola. Assim, o turno da noite era visto como uma alternativa vantajosa por ter carga horária reduzida em relação aos turnos diurnos, além de ser um horário mais tranquilo para cuidar de uma criança, quando geralmente ela dorme mais, desgastando menos o cuidador. Ponderava que não seria difícil conseguir oportunidades de trabalho através de rede social, ainda que não tivesse uma formação profissional específica.

Vitória encontrava-se às vésperas do parto e, pela avaliação médica, a possibilidade de ter um parto normal era adequada e também desejada por ela, esperando

ter uma recuperação rápida e voltando a ter sua autonomia em breve. Uma cesariana nem foi cogitada.

Mesmo com todas as informações que buscara, afirmando ter discutido com médicos e seus professores, sentia o momento do parto como algo temível pela dor, receio de ter hemorragia ou infecção, da criança nascer enrolada no cordão. Em relação à anestesia, seu medo estava mais ligado à assistência que receberia:

“(...) até à médica mesmo eu já perguntei: ‘Ah, eu ouvi dizer que não dão anestesia não, na hora de costurar, é verdade?’, ‘Não, não é verdade. Dá anestesia sim, na hora de costurar, não na hora do parto mesmo. Na hora do parto alguns recebem anestesia, é aplicada a anestesia. Em outros não’. Mas eu já senti dor quando eu perdi um...”

Para lidar com estes medos, Vitória fazia orações, para que a criança e ela tivessem saúde e ela, especificamente, tivesse força na hora do parto.

As expectativas e angústias de Vitória frente ao momento do parto estavam, em parte, assentadas sobre a experiência de ter perdido o primeiro bebê, já no quarto mês de gestação, mas também pareciam ser acentuadas diante daquele fato, talvez pelo receio de não conseguir proteger seu bebê devidamente pela segunda vez.

Fora uma experiência dolorosa em diversos sentidos. *“Você perdeu o menino”* – foi o que ouviu na maternidade, ao ser internada. Disseram-lhe que *“estava perdendo fácil”*, que a criança *“saía aos pedaços”*. Horrizou-se. *“Perdi o feto”*, pensava. No entanto, viu uma criança inteira quando abortou, de fato; sentiu *“um ódio interno”* daqueles que a atenderam. *“Elas me deram coisa pra eu perder a criança”*, era uma idéia que custava sair de sua cabeça.

“Enfermeira, tou sentindo dor!”. Respondiam: *“Eu só vou te atender quando você botar o feto pra fora”*. Já não era mais seu filho, mas um feto morto dentro dela que precisava sair para ela ficar livre também da dor. O “conforto” oferecido para a mãe de Vitória, foi terem informado que havia risco do bebê nascer com problemas, bem como a própria Vitória ficar com seqüelas ou até mesmo morrer.

Comparando tais experiências, esforçava-se para acreditar que desta vez seria diferente: *“... a médica já chegou a falar que a dor [do parto] é menor do que a dor de*

eu ter perdido. Eu disse: ‘É, se eu já consegui, já güentei a dor de ter perdido um, vou güentar ter outro’.

Restava uma consulta do pré-natal, mas as opções sobre o local do parto já haviam sido indicadas em um documento que Vitória tinha em mãos. Ela estava ciente de que não teria sua preferência quanto à maternidade respeitada, pois, pelo SUS, dependeria de encontrar uma vaga disponível. Também não poderia contar com o apoio de um profissional conhecido para atendê-la, a não ser que fosse por total obra do acaso. Além disso, um aspecto que a incomodava, particularmente, seria a impossibilidade de comunicar-se com as “pessoas de fora”, isto é, família ou amigos, enquanto estivesse hospitalizada, pelo menos até o horário da visita. Isto acentuava fantasias que mesclavam vulnerabilidade e desconfiança, como a de ser esquecida na maternidade ou ter o seu bebê trocado.

A mãe de Vitória era quem mais se preocupava com o bem-estar dela. A mãe de Vinícius, por outro lado, nem sabia da gravidez de Vitória até o último mês devido a problemas de relacionamento entre ela e Vitória. Antes de Vitória, Vinícius tivera um filho com outra mulher. A família de Vinícius tinha a guarda judicial do garoto que terminou sendo levado pela mãe. O medo de não poder ter outro filho associado a tal distanciamento da família do namorado, fazia com que Vitória evitasse contatos. Vinícius garantiu-lhe que, caso venham a se separar algum dia, ela ficará com o filho deles.

Vitória não achava que sua gravidez modificava significativamente suas relações pessoais. Ela continuava, como antes, carinhosa, “acriançada” às vezes, talvez um pouco mais dengosa do que o normal, pouco tolerante com brigas, adotando um estilo mais evitativo diante dos conflitos, o que muitas vezes interferia no seu relacionamento com Vinícius. Referia-se a si mesma como adolescente, apesar de relatar que as pessoas a considerassem amadurecida para sua idade. Comparando-se com outros casos de gravidez na adolescência, Vitória observava que não tinha havido distanciamento dos amigos ou rejeição por parte dos pais deles, mas, ao contrário, passou a receber maior suporte emocional destas pessoas. Constatava que seus relacionamentos pareciam ter se tornado mais verdadeiros.

Contraditoriamente, Vitória considerava que “*quando uma coisa muda na vida da gente, muda tudo!*”. Ela alimentava expectativas de que há uma certa “ordem natural” das coisas e, no entanto, havia se deparado com um fato imprevisível que fora sua gravidez. Porém, a grande mudança era ter assumido, junto com Vinícius, a responsabilidade por montar e manter sua casa e formar sua família.

Após o parto

Durante a gestação, não fora possível identificar o sexo do bebê de Vitória. Nasceu, então, uma menina, aqui chamada Vivian, que tinha 1 mês e 11 dias quando realizada a segunda etapa da coleta.

No dia anterior ao nascimento de Vívian, Vitória começou a sentir cólicas muito fortes e perder um pouco de líquido. Procurou um médico e, segundo a avaliação deste, não era ainda o momento do parto e ela voltou para casa, ainda sentindo a mesma dor. No dia seguinte, a dor estava mais forte ainda e buscou novamente atendimento médico. Já apresentava dilatação de cerca de quatro centímetros e, algumas horas depois, teve Vívian que “*praticamente ela nasceu sozinha. Chegou na sala de parto, ela já tava com a cabeça pra fora! (...) Ela mesma fez o parto*”.

O que era mais curiosidade de Vitória transformou-se em grande emoção no parto:

“(...) fiquei, assim, só olhando... Não senti mais nada! A médica lá, limpando tudo, e eu só olhava pra ela! (...) Depois que vi... eu esperava menino né! Mas veio uma menina. A emoção posso dizer que seria a mesma! (...) Eu comecei a chorar. Chorando, olhando pra ela, ela tava chorando também. (...) Eu não pensava em nada. (...) Ficava olhando... olhando pra ela... com vontade de apertar... abraçar... o negocinho...”

A assistência recebida por Vitória durante o período em que esteve hospitalizada não a ajudaram muito. Até mesmo pareceram contraditórias em vários momentos, como durante o trabalho de parto:

“Eu tô lá só sentindo dor, contração, chorando. Aí depois: ‘Ah! Enquanto você estiver chorando o neném não vai nascer. Pelo visto você só vai ter amanhã’. Aí chega outra enfermeira: ‘Bote força!’. Aí eu fiquei sem entender se era pra botar força ou se não era pra botar força. Aí eu comecei a botar força... Aí ela: ‘Na hora que vier a contração, você bota força!’. Aí, tá! Ela aí foi e saiu da sala. Sem enfermeira nenhuma. Eu comecei a botar força. Só que a dor tava tão forte que eu virei de lado, eu deitava de lado. Aí veio a contração, eu senti que ela tava saindo. Quando a médica chegou, a cabeça já tava pro lado de fora. ‘Ah! Tem que puxar!’, ‘Eu tô puxando!’. Ela: “Não bote força, não! Não bote força, não! Fique respirando fundo!”. Que era pra o neném voltar. Quem disse? Quanto mais eu puxava o ar, mais ela saía de dentro”.

Além disso, solicitações difíceis para serem atendidas quando o bebê já começava a nascer, como trocar de roupas, de maca, de sala:

“Aí veio a mulher: ‘Sobe na maca! Você consegue subir na maca?’. Aí eu tive que ir me arrastando pra outra maca. Eu estava na sala de pré-parto, aí tem que levar pra sala de parto. Aí você tem que passar pra outra maca. A médica que fez o parto dela, quando tava chegando, quase que não dava tempo de colocar a luva porque a menina já tava saindo mesmo. Pegou só... só fez pegar e puxar, pronto! Aí limpou tudo e me deu pra eu ver”.

Na enfermaria, Vitória continuou agindo mais por sua própria conta do que pelas orientações que recebia:

“É, lá... Ôxe! Lá, deixa lá! Bota na cama (...) Elas dão a roupa, lá. Só pode entrar com a roupa que é de lá. Aí, chegou lá, elas dão roupa, dão lençol; eu cheguei no quarto toda enrolada. Não tinha roupa pra mim. Aí: ‘Ah! você não pode... você não pode levantar agora não, só depois de 24 horas. Senão, você fica tonta!’. Mas, pô! Toda melada de sangue, tudo melado de sangue... Eu levantei, tomei meu banho... ‘Pelo menos outro lençol elas têm que dar...’ Dobrei a roupa que tava melada, botei, assim, lá no cantinho, nos pés... Só no outro dia que eles foram dar lençol, outra roupa...”

Ainda no hospital, muitas orientações e ações foram dadas com base na experiência de outras mulheres com quem dividia a enfermaria:

“Pessoal chega lá, deixam a água e... Eu não sabia dar banho em criança! Tava com medo! Teve até uma moça lá que me perguntou: ‘Você sabe dar banho?’ Eu disse: ‘Eu não! Na teórica. Na prática, nunca dei banho, não!’. Em recém-

nascido, né? No primeiro dia de nascido eu nunca tinha dado (...) A menina chorou... Eu fiquei com medo de derramar até água em cima da roupa lá que davam. Ela mexeu tanto! Mas não foi difícil, assim, não. Eu até achei que ia ser difícil, que eu não ia conseguir... Eu acabei dando...”.

Vitória tem enfrentado as dificuldades e celebrado as conquistas nos cuidados com a filha sem contar com ajuda de outras pessoas. Até mesmo para amamentar, já que o leite no peito estava “empedrado”, foi “dica” de um amigo que a ensinou a pôr toalhas quentes sobre o seio até que o leite “descesse”. Contava mesmo com seu conhecimento e com sua intuição. As colegas não freqüentavam muito sua casa e também pouco poderiam ajudá-la.

Vitória e Vívian ficaram hospitalizadas por três dias, para que a bebê fosse observada mas, um dia depois da alta hospitalar, Vivian precisou ser re-internada por mais seis dias, por estar com mastite, e Vitória também se hospitalizou, junto com ela:

“(...) A gente não ia ver ela. (...) Ela ia ficar lá, sozinha no berçário, só que eu pedi pra ficar lá. O médico disse: ‘Só se você ficar internada’. Eu disse: ‘Então eu fico internada!’. (...) Fiquei internada como acompanhante. (...) Ficava eu e ela no quarto. Se bem que o quarto é só pra uma pessoa (...) Ela dormia comigo na cama (...) Toda vez que: ‘Ah, ela vai tomar furada’... Parecia que era no meu braço que ia dar a furada! Um calor! Muriçoca que não acabava mais! Eu fiquei só vendo ela tomando furada durante seis dias! Tomava um monte de furada! No pé, na cabeça... Mas preferi ficar lá”.

Durante a entrevista, Vitória dividia-se entre dar alguma atenção à pesquisadora e cuidar de Vívian que estava acordada. Suas respostas são bastante breves, demandando maior número de perguntas para esclarecer algum ponto. Havia uma “contemplação” e intimidade entre mãe e bebê, com períodos de silêncio durante os quais Vitória parecia estar completamente embevecida, olhando para Vívian. Em outros momentos, ela acalentava ou falava com a filha. Eu também fui “envolvida” por este clima, endereçando falas ora para Vitória, ora para Vívian.

Vitória conseguia perceber avanços no desenvolvimento de Vívian, para ela, assustadores, fazendo sua percepção do tempo mudar: o dia parecia ter ficado mais curto dado o volume de atividades para se realizar. Quanto aos planos de voltar a estudar e

trabalhar, estavam adiados temporariamente, sobrepujados pela necessidade de cuidar de Vívian: “*Ninguém sabe olhar eu...*” diz, como se fosse a própria bebê a falar.

Caracterizando a experiência do parto, Vitória finaliza: “*O nascimento... Eu não imaginava que fosse ser tão lindo! Ver... Eu gostei de agora ter uma companhia... Agora eu posso dizer que vivi nesse mundo... deixei minha marca no mundo! Tão linda!*”.

3.3 CONCLUSÕES

Embora a maternidade possa tanto limitar as possibilidades de transformação e aprendizado da mulher quanto ampliar as oportunidades de crescimento, é difícil que a primeira opção apareça, sem que a mulher sinta-se falhando ou faltando em relação ao seu filho: são os relatos sobre sentimentos de frustração descritos por Anna e Marina por não terem conseguido ter um parto normal; é a ambivalência experimentada por Amanda no final da sua gravidez entre querer realizar seu desejo (de acabar logo) ou proteger a filha da prematuridade.

Por outro lado, é possível ver-se, também, através dos casos, como as “vozes” culturais circunscrevem significados sobre a experiência da maternidade, que são presentificados nas vidas de cada entrevistada. Nota-se como isto concretiza-se no caso de Luzia que confirma, a cada passo, que não estava preparada para a maternidade naquele momento. Ou Carla, Leila e Vitória que se rejubilam com a chegada dos seus bebês. Ou ainda, como Clarice consegue expressar com clareza (e coragem) que não gosta de amamentar ou de permanecer às voltas com as atividades domésticas para estar com o filho, apesar de amá-lo. Nos diversos campos interativos, em diálogo com as várias pessoas envolvidas e em variados cenários, estas mulheres constroem não apenas os sentidos acerca de ser mãe, mas também sentidos de si.

Capítulo 4

Tecendo redes de significações

No presente trabalho, considerou-se inicialmente que o conjunto de informações relativo a cada participante definiria um caso. Entretanto, como se refere Stake (2000), a questão “o que é um caso?” (p. 436), é atual e complexa. Conforme o autor, há um interesse por se estudar um fenômeno geral ou uma população de casos mais do que um caso individual, ainda que isto não se configure em um estudo comparativo de casos porque o foco está em compreender o “um”, especificamente.

Com o desenrolar de cada entrevista, emergiu um pouco das histórias de cada pessoa. No processo de análise observou-se que, ainda que fossem histórias singulares, havia aspectos comuns entre estas. Assim, notou-se que as participantes poderiam ser reunidas em três grupos, distintos entre si pelo modo como as entrevistadas se posicionavam diante dos outros e da situação específica de estar esperando o primeiro filho, bem como quais os significados para cada uma, sejam estes relacionados com o bebê, com a família, consigo mesma ou nas relações com os outros. Esta não foi uma categorização *a priori*, mas que emergiu no processo de análise e que, possivelmente, permite “re-definir” os casos estudados neste trabalho. Optou-se por apresentar, neste capítulo, tal análise, considerando-se três grupos como se seguem:

Grupo 1: Formado por Anna, Amanda e Marina. As três entrevistadas assemelham-se pela ênfase dada ao seu papel profissional e os conflitos em busca do equilíbrio deste com o papel materno. Elas assumem posições ativas nas questões relacionadas com gestação e parto, mas também são reflexivas; abordam aspectos psicológicos que relacionam com a transição para a maternidade e prezam pela busca ou manutenção de sua autonomia nas relações com os outros.

Grupo 2: Carla, Clarice e Leila focalizam a experiência da maternidade como parte da natureza da mulher. Apesar de estarem inseridas no mercado de trabalho, não destacam questões relacionadas com o campo profissional como ponto essencial definidor da sua experiência de tornar-se mãe. Destacam a relevância do outro nas suas relações sociais,

seja como referência ou contraponto para sua experiência e assumem poucas vezes posições reflexivas.

Grupo 3: As entrevistadas mais jovens, Luzia e Vitória, estão neste grupo. As questões socioeconômicas são importantes para as duas pois circunscrevem suas experiências de maternidade de forma diferente dos outros dois grupos. Oscilam entre posicionar-se ora ativamente, ora mais reflexivamente, outras vezes referenciando-se nas experiências dos outros. Ambas caracterizam-se por afastamento recente dos ambientes das famílias de origem, sendo “compelidas” à autonomia e independência pela contingência da gravidez. Isto demanda delas processos de adaptações simultâneas em diversos níveis de suas relações.

Utilizar os grupos como recurso para comentar aspectos comuns, porém, não pretende eliminar o que há de singular em cada caso. Ainda que buscando um olhar “transversal” sobre os casos, muitas vezes, é a diversidade o que há em comum. As experiências, significados e relatos variam tanto entre quanto dentro dos grupos, e, por isso, eventualmente pontua-se tal diversidade ao longo do texto. Preferiu-se manter os pseudônimos atribuídos inicialmente porque estes também marcam diferenças de condições sociais entre as participantes – mais especificamente nível de escolarização – outro dado importante.

Este capítulo, então, apresenta um “recorte” das redes de significações que vinham sendo tecidas ou “costuradas” pelas entrevistadas durante um pequeno trecho de suas vidas. Este material é organizado mantendo-se a divisão “antes” e “após” o parto.

Na seção “Antes do parto”, abordam-se os significados atribuídos pelas participantes à gravidez, à maternidade, ao parto e à dimensão relacional, bem como suas expectativas diante do que ocorreria e também do que já tivesse acontecido, no contexto da transição para a maternidade. Na seção “Após o parto”, são apresentados os relatos das entrevistadas concernentes à experiência do parto e aos primeiros meses (ou dias) de vida com o bebê, incluindo-se relatos sobre os cuidados dispensados ao filho e

como se processava a relação da mulher com o bebê e com outras dimensões dos seus relacionamentos interpessoais e consigo mesma.

4.2 ANTES DO PARTO

4.2.1 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À GRAVIDEZ

São descritos, nesta seção, os sentidos atribuídos à gravidez, bem como relatos da experiência da gestação atual, como, por exemplo, se houve algum problema e como foi a adaptação psicológica da mulher à gravidez. Incluem-se o impacto da confirmação da gravidez para a mulher, e sobre seu contexto interacional – marido ou namorado e família extensa – bem como quais os cuidados que a mulher teve durante a gestação, como, por exemplo, se tomou algum cuidado específico e quais são suas referências para orientar-se durante a gestação e futuros cuidados com o bebê. São ainda incluídos relatos sobre a relação com o obstetra durante o pré-natal e as expectativas da gestante quanto à assistência médico-hospitalar.

a) A gravidez

Para o Grupo 2, a gravidez é uma experiência *normal* na vida da mulher, uma etapa natural do seu desenvolvimento. Os sentidos atribuídos à gravidez pelos Grupos 1 e 3, no entanto, diferem também internamente. Isto é, para cada entrevistada, há um diferente significado para a gravidez. Assim, Anna a definiu como “*nova e misteriosa*”, divina, que “*escapa da nossa mão*”. Ela e Marina acreditam que a gravidez deflagra medo, mas Marina introduz outro significado: é um período de insegurança. Para Amanda, significa oportunidade de crescimento. Luzia atribui à gravidez mudanças em pensamentos, conceitos e hábitos. E, para Vitória, considerando sua situação específica, poderia ser a única chance de ter um filho.

b) A confirmação da gravidez

Para as participantes do Grupo 1 e do Grupo 3, a gravidez foi uma surpresa. Contudo para as participantes do Grupo 1, ainda que desejada por elas, ocorreu fora dos planos, mas numa espécie de “antecipação”. Percebe-se uma ambivalência do tipo “*queria ser mãe, mas não agora*”. Para Marina e Anna, interrompeu (ou pelo menos, modificou) a programação relativa a investimentos na área profissional.

No Grupo 3, a gravidez foi algo completamente inesperado, e até mesmo não desejado no início, pois um filho não estava nos planos dos casais, embora a chegada do bebê tenha sido, aos poucos, integrada às suas vidas:

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

No Grupo 2, as participantes, de modo geral, consideraram que a gravidez ocorreu dentro do programado, embora o desejo de que um filho chegasse naquele momento, especificamente, tenha sido maior por parte da mulher do que, necessariamente, como planejamento do casal.

c) Os primeiros meses de gestação

O curso gradual e progressivo da gravidez favoreceu as entrevistadas do Grupo 1 que relataram sentir-se prejudicadas no início (ou, pelo menos, preocupadas), pois a gravidez, naquele momento, significava restringir ou reformular o investimento na área profissional, algo que tinha grande importância para elas. Para o Grupo 2 e para Luzia, (Grupo 3), o início da gestação foi marcado por problemas de saúde da própria entrevistada ou de familiares próximos a ela. Já Vitória, também do Grupo 3, relatou sua

preocupação durante os primeiros meses da gestação por ter sofrido um abortamento espontâneo anteriormente, no quarto mês de gravidez.

Maldonado (1997) refere que são sentimentos “normais” durante a gestação, ambivalência, insegurança, oscilações do humor e ansiedades em geral, especialmente nos primeiros meses, quando a mulher vê-se diante das mudanças por que passará sua vida. A gravidez, entre as mulheres entrevistadas, está relacionada com diferentes referências, como sua história de vida, o momento em que ocorre a gravidez, mais características de personalidade, escolaridade e contexto cultural, entre outros fatores.

d) Percepção do próprio corpo e cuidados com corpo durante a gestação

Entre as entrevistadas do Grupo 1, apenas Amanda não relatou mudanças significativas da percepção corporal durante os meses de gravidez. Anna, Marina, Leila e Luzia relataram estar insatisfeitas com o ganho de peso devido à gravidez. A procura por atividades físicas como alternativa para controlar peso e também como parte da aquisição de novos hábitos (entre os quais incluía-se ter uma alimentação mais saudável) foram relatados nos Grupos 1 e 2. Somente Carla não fez qualquer referência a este tópico. Clarice relatou como cuidado específico relacionado com o final da gestação, não se banhar em lugares públicos (como piscinas e praias) para evitar ser contaminada por algum tipo de germe ou acelerar o trabalho de parto. Leila oscilava entre seguir orientações médicas e acreditar em crenças populares, comuns em seu grupo social, como formas para cuidar da sua saúde e do bebê também.

A importância da percepção do próprio corpo enquanto grávida tem sentido particular no âmbito de uma cultura em que ideais de beleza e forma física seguem modelos rigorosos, associando-os à atratividade sexual. Isto incomoda as mulheres quando estas não se sentem atendendo às exigências sociais suficientemente (Bordo, 1997) e, por isso, durante a gestação, as mudanças físicas podem acarretar grande insatisfação. Porém, por outro lado, tornar-se mãe (isto é, ser fértil e procriar) também é uma expectativa social e cultural importante, sendo a impossibilidade de ter filhos uma questão relevante, segundo Trindade e Enumo (2002). Caracteriza-se então, grande

ambivalência durante a gravidez, ocasionada pelas alterações por que passa seu corpo quando a mulher tem filhos.

e) Referências sociais para compreender e lidar com gestação e parto

Nos três grupos, os relatos das experiências de gestação e parto das suas próprias mães significavam, para as entrevistadas, referências para orientá-las em suas expectativas diante da gravidez e parto. Os relatos de amigas também foram citados como referências, bem como orientações e esclarecimentos dados pelos obstetras. Somente Leila relatou oscilar entre seguir orientações médicas e acreditar em crenças populares, comuns em seu grupo social, como formas para cuidar da sua saúde e do bebê também.

Segundo Valsiner (2000), em qualquer cultura, os sistemas cognitivos humanos encontram meios de integrar as explicações fornecidas pelas evidências empíricas e pelo que demonstram suas crenças baseadas no senso comum. Isto leva a expectativas sociais da conduta adequada durante a gestação, indicando para a mulher grávida e para seu marido, restrições e prescrições de atividades, dieta, relações com o mundo mítico (ou sobrenatural). Assim, vê-se também, como, durante a gravidez, as mudanças biológicas do corpo da mulher estão fortemente ligadas com as expectativas culturais sobre como ela deve ser tratada por ela mesma e pelos outros.

Forna (1999) critica duramente tais “prescrições” culturais, pois as considera como um modo de opressão e determinação de padrões, mantendo as mulheres sob forte controle social. Desta forma, segundo a autora, é atribuída às grávidas grande responsabilidade pela saúde do bebê e, por extensão, também culpa pelos problemas que surgirem. A todo momento, segundo a autora, as restrições “aparecem” e “desaparecem”. Seguem-se “modismos”: dizem o que a gestante deve ou não fazer no período gestacional, o que beber, o que comer, onde ir e o que fazer, e, logo depois, tais recomendações são substituídas por outras, até mesmo por seus opostos, em alguns casos.

f) A relação com o obstetra no pré-natal e expectativas sobre a assistência médico-hospitalar

As participantes fizeram muitas referências às atitudes do profissional médico com quem se consultaram na gestação. Nos Grupos 1 e 2 (exceto no caso de Marina), a conduta do médico permitiu que se estabelecesse uma relação de confiança e de segurança com a gestante. Isto significava, para ela, um contexto acolhedor para ela, para o marido e até mesmo para a família extensa, favorecendo o enfrentamento adequado dos medos e expectativas diante do parto, tirando dúvidas da mulher, apoiando sua escolha ou fazendo indicações apropriadas:

“Aí, essa médica que eu estou sendo acompanhada, eu tive várias indicações dela; aí fui na primeira consulta... Assim, o jeito dela tratar a gente, lidar com a gente, explicar as coisas... Gostei muito dela, então, desde o início, assim, quando eu descobri, no dia que eu fiz o exame que deu positivo, no dia seguinte eu já marquei a consulta pra ser acompanhada por ela e desde o início eu gostei porque ela é atenciosa, assim, de explicar as coisas, tentando me convencer a ser normal...” (Carla)

Especificamente no caso de Marina, as atitudes do(a) médico(a) não lhe ofereceram tal sensação de confiança, havendo indicações de parto cesáreo direta ou indiretamente, independente das circunstâncias da gravidez ou da vontade da gestante, o que causou grande descontentamento:

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

Uma característica semelhante entre as participantes dos Grupos 1 e 2 foi a escolha do hospital onde realizariam seus partos preceder a opção ou contato com o obstetra. O sentido desta forma de escolha é a qualidade da assistência que elas esperavam receber. Amanda, Grupo 1, relatou, entre suas expectativas quanto à assistência, a preocupação com a perda de individualidade e autonomia durante a hospitalização (é importante lembrar que ela é enfermeira):

“(...) é muito... muito difícil pra qualquer um, mesmo pra quem trabalha na área de saúde.. tar dentro de um hospital, porque são várias questões. E também pela individualidade, você perde sua individualidade, e segundo porque além de você perder sua individualidade, você... você fica impotente. Assim, impotente, no sentido que você depende totalmente daquelas pessoas.”

Amanda e Carla (Grupo 2) escolheram realizar seus partos no Hospital 3, no qual ambas trabalhavam, o que significava, também, contar com a proximidade de colegas.

Leila (do Grupo 2) relatou ter evitado ser atendida pelo SUS, pagando suas consultas e exames durante o pré-natal. Entretanto, por residir no interior, a assistência que receberia teria, praticamente, a mesma do sistema público, caso seu parto fosse normal. Outra característica do caso Leila é que ela conhecia toda a equipe que trabalhava na maternidade onde teria seu bebê, o que significava, para ela, maior sensação de acolhimento.

Sarmiento e Setúbal (2003) apontam que é importante para a gestante construir um vínculo de confiança com o médico que a acompanha durante o pré-natal. De fato, quase todas as gestantes que foram acompanhadas por profissionais na rede privada ou conveniada de assistência à saúde, estabeleceram vínculos de confiança com seus médicos. Porém, isto derivou de uma série de “procedimentos” adotados pela própria mulher, como recurso para ter acesso ao profissional que atendesse aos seus critérios. Assim, este vínculo com os médicos foi mediado pelas referências sociais das gestantes, exceto no caso de Clarice. E mesmo assim, nem todas as vezes o resultado foi o esperado, como aconteceu com Marina. A principal referência das mulheres entrevistadas foi, então, inicialmente social, e a escolha pelo hospital também ofereceria uma garantia “a mais” para ter uma boa assistência.

Entre as mulheres de classe popular, estabelecer tal vínculo de confiança é condição ainda mais desafiadora, dada a precariedade da assistência pública à saúde, o que foi confirmado pelas entrevistadas do Grupo 3, que foram atendidas por profissionais do SUS. Suas expectativas ou receios em quase nenhum momento foram considerados durante o pré-natal. Vitória relatou ter esclarecido parte de suas dúvidas com seus professores e Luzia prosseguiu com muitas preocupações até o final da gestação. Ambas haviam sido atendidas em hospitais do SUS, em momentos e instituições distintas e, excetuando-se o atendimento recebido por Vitória em uma maternidade pública – neste estudo denominada “Hospital C” –, que foi bastante elogiado por ela, os relatos não continham experiências positivas. Não havia como definir o local onde seriam atendidas no momento do parto, pois isto dependeria de encontrar vagas disponíveis quando se iniciasse o trabalho de parto.

g) Organização para o nascimento do bebê e expectativas em relação aos primeiros cuidados com o bebê

Entre todas as participantes, apenas Anna referiu realizar atividade física mais diretamente relacionada com preparação para o parto (ela participava de grupo de hidroginástica para gestantes). Foram relatados outros aspectos que diziam respeito a como as entrevistadas preparavam-se para o nascimento do bebê, como a compra do “enxoval do bebê”; apenas Luzia não referiu como estava se organizando em relação a este ponto. Os dois “extremos” encontravam-se no Grupo 2: enquanto Carla já tinha absolutamente tudo organizado, somente esperando a hora de ir para a maternidade ter o bebê, Leila quase não tinha pensado sobre enxoval ou quarto do bebê. Até mesmo Vitória, que tinha uma situação econômica mais limitada, providenciara os utensílios e peças mais básicas para os primeiros meses do bebê.

A organização do enxoval do bebê pode permitir que sejam observadas como as entrevistadas se posicionavam e as posições que atribuíam a seus “parceiros” nos diálogos e nas ações relativas à chegada do bebê. No Grupo 1, as participantes relataram experiências bastante diversas: Marina optou por fazer quase tudo sozinha; Anna contava com participação total do marido; Amanda relatou que o marido deixava tudo

por conta dela. No Grupo 2, Carla e Leila quase nunca tomavam decisões sozinhas, contando com os maridos, familiares e amigas para auxiliá-las. Já Clarice tinha a mãe como sua parceira preferencial nas questões relacionadas ao bebê. E no Grupo 3, Luzia interagia com a sogra e o marido para resolver situações “concretas” e a mãe era sua referência emocional, enquanto que a mãe de Vitória era, para ela, um apoio “prático” (ajudando, por exemplo, nas aquisições do enxoval).

Em relação aos primeiros tempos de maternidade, as mães das gestantes destacavam-se como principal apoio no Grupo 2; no Grupo 1, Amanda relatou que poderia contar pouco com a ajuda da mãe porque ela trabalhava; para Marina, era importante não ter a ajuda da mãe, mas Anna esperava a vinda da mãe, de São Paulo, para ficar com ela por um período, auxiliando-a a cuidar do bebê. No Grupo 3, ambas não poderiam ter maior proximidade com as mães, já que a mãe de Luzia acabara de sair de uma hospitalização e a mãe de Vitória estaria trabalhando. Esta, em especial, não teria outro apoio nos primeiros meses de vida do bebê, além do marido.

Contar principalmente com as mães contrasta com a afirmação de Dessen e Braz (2000), que afirmam que, para as mulheres, o principal suporte esperado é do marido ou companheiro e, em seguida, da sua própria mãe. Outros vêm depois.

Por outro lado, Stern (1997) destaca que, como o nascimento de um filho leva a mulher a reativar e reorganizar seu relacionamento com a própria mãe, sendo necessário formular (ou reformular) os modelos de maternagem que possui, ela geralmente busca apoio da mulher que lhe forneça modelos positivos, seja mais experiente do que ela e que esteja ao seu lado. Esta mulher, na maioria dos casos, é a mãe.

Dias e Lopes (2003), em estudo sobre representação de maternidade realizado com dez jovens mães e suas mães, encontrou que, apesar das diferenças intergeracionais, não se evidenciou qualquer tipo de conflitos entre os modelos de maternidade, isto é, as jovens não queriam ser diferentes das suas mães, o que pode facilitar a aproximação e colaboração entre mãe e filha durante este período.

4.2.2 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO PARTO

Uma das características principais do parto para as mulheres dos grupos investigados é a imprevisibilidade quanto ao momento exato do início do trabalho de parto, um processo cuja duração, sucessão e intensidade das etapas não pode ser rigorosamente previsto, em especial no caso do parto normal, que está associado às fortes dores das contrações.

Conforme Maldonado (1997), o medo comum de ser “pega de surpresa” pelo parto tem fundamento concreto por causa da dificuldade para se reconhecer o início do trabalho de parto em alguns casos, o que geralmente resulta nas idas e vindas casa-hospital-casa.

O significado atribuído ao parto pelas participantes do Grupo 1 e por Luzia (Grupo 3), é o de ser um momento de grande vulnerabilidade. Outro sentido atribuído ao parto pelas entrevistadas que compõem o Grupo 3, e também por Amanda e Marina (ambas do Grupo 1) é o de dor e sofrimento. Imprevisibilidade é um dos significados atribuídos ao parto também por Amanda, Carla e Luzia e está presente, portanto, nos três grupos.

Apenas Clarice e Leila (Grupo 2), mesmo referindo saber que haveria dor, consideravam-na suportável e não ameaçadora, baseadas nas experiências de outras mulheres de sua rede social, desejando dar à luz seus filhos por partos normais. As demais entrevistadas, independentemente do tipo de parto desejado (ou escolhido), da qualidade de assistência médico-hospitalar ou do seu nível de informação, relacionavam o parto com sentimentos como medo, insegurança, vulnerabilidade e até de desconfiança.

Em especial, Luzia, do Grupo 3, sentia grande insegurança pois duvidava até da capacidade do seu corpo para dar conta de um momento como o parto, dada a dimensão das preocupações que relacionava com o parto: *“É justamente por não ter capacidade de não parir normal, por alguma coisa dar errado e eu morrer, o problema todo (...)”*.

De fato, Nader (2004) afirma que o parto envolve uma delicada transição que “é um dos eventos de maior risco na vida” (p. 15), levando a situações de sofrimento, morte

e vulnerabilidade tanto para mãe quanto para a criança, havendo repercussões disso em outras dimensões da experiência humana além da biológica.

Diante dos significados atribuídos ao parto pela gestante, havia busca de recursos que a auxiliariam a organizar-se psicologicamente para esta experiência, como conseguir informações (todas dos Grupos 1 e 2), tanto por meio de literatura especializada ou leiga, material acessível pela *Internet* ou programas de televisão, quanto por meio de diálogos com médicos e amigas que já haviam tido filhos. Também as ajudava poder contar com um “acompanhante de parto”, uma solução encontrada por todas as integrantes do Grupo 1 e para Carla e Clarice (Grupo 2), para conseguirem, assim, diminuir sua sensação de vulnerabilidade e aumentar o acolhimento no cenário do parto. A escolha era, preferencialmente, de amigas profissionais da área de saúde e dos maridos. O irmão de Carla a acompanharia. Clarice não pensou sobre este aspecto, apesar de referir ter uma irmã enfermeira. Já no Grupo 3, as participantes diziam saber que não poderiam ter acompanhantes durante o parto.

O acompanhante de parto é uma das formas encontradas no processo de “humanização do parto”, o que pode garantir contato e suporte familiar durante o trabalho de parto e do nascimento, representando suporte psíquico e emocional para a parturiente (Nader, 2004). Estimula-se que este acompanhante seja o pai do bebê, mas, trabalho realizado por Carvalho (2003) conclui que, para permitir que a entrada do pai no contexto do parto seja eficaz, é necessário mudar o conceito de gênero, parto e família, principalmente entre os profissionais de saúde. Além disso, as próprias mulheres e também os seus maridos muitas vezes desconhecem este direito e, quando o sabem, ainda não têm condições (às vezes até emocionais) de realizá-la.

Outro recurso citado para amenizar as angústias relativas ao parto era ter fé em Deus, como Leila (Grupo 2), o que lhe garantiria tranquilidade e certeza de que as dificuldades seriam superadas. Para Valsiner (2000), aceitar a imprevisibilidade do parto é difícil e, assim, tentando reduzir a incerteza, recorre-se a diferentes meios simbólicos que variam entre as culturas e, mais ainda, entre os indivíduos.

As participantes incluídas no Grupo 1 e Carla (Grupo 2) referiram expectativas ou como pensavam que elas estariam psicologicamente durante o parto, isto é, quais seriam seus pensamentos, percepções ou sentimentos.

Muito além do medo, as entrevistadas do Grupo 1 imaginavam o parto a partir de suas próprias características de personalidade e por estes motivos, optavam por uma cesariana, como justificou Amanda:

“Porque eu tenho muito medo de ter o parto normal. Porque eu não queria... Porque é assim... Porque eu sou uma pessoa que gosta de ter tudo sob controle, então assim... eu acho que o parto normal ele foge um pouco do seu controle. Você tem que esperar... o bebê... dizer: “não, eu vou querer sair agora...” e o tempo que eu vou... ficar em trabalho de parto, a dor que eu vou sentir, tudo isso. (...) porque, por exemplo: se outra tiver um trabalho de parto normal, ele [o médico] não vai está aqui comigo... e isso pra mim é uma insegurança. Então, assim, talvez por conta do medo... e da, da... de saber que não vou poder contar com ele no meu trabalho de parto todo, porque posso ficar até doze horas... num trabalho de parto... eu acho que marcar... poder marcar uma cesariana, me deixa mais tranqüila. Eu não marquei ainda. Se eu entrar em trabalho de parto, eu acho que vou tentar ter normal.”

Já Marina colocava-se em segundo plano em relação ao bem-estar do bebê, mas imaginava quais seriam suas sensações corporais. E Anna descreveu que pensava a experiência do parto como *“(...) uma experiência muito nova, muito misteriosa; ao mesmo tempo, nova e misteriosa”*. Por outro lado, Carla, relatou pensar que poderia preparar-se para suas próprias reações no processo do parto, mas sabia que seria uma experiência única, especialmente se tivesse um parto normal.

As falas das entrevistadas têm como referência as expectativas quanto à realização de um parto tipo cesáreo ou normal. As entrevistadas discutem, basicamente, as vantagens ou desvantagens dos partos cesáreo (ou simplesmente “cesariana”) e “normal”. Elas apontam os riscos intrínsecos a cada tipo de parto, bem como os aspectos positivos ligados à preferência da mulher. As entrevistadas estavam atentas, em qualquer das opções, ao bem-estar do bebê, sendo a saúde deste, sua prioridade: *“Se for parto normal, tá ótimo. Agora, no caso, é que às vezes a criança tá sentada. Aí, se tiver sentada, só pode ser cesariana. Mas tá tudo direito”*. (Leila)

De modo geral, o parto normal é visto como aquele que permite ao bebê preparar-se para a chegada ao mundo, e, de forma mais ampla, para a vida. Pela forma como ocorre, através de uma sucessão de etapas, é considerado por algumas mulheres

como menos traumático, um fechamento saudável da gestação e o início da vida da criança igualmente com saúde. Os trechos a seguir exemplificam isto:

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

“A criança, na verdade, não tem esse ‘preparamento’, que se inicia com o trabalho de parto, na verdade o trabalho de parto normal prepara a criança, ela faz o esforço de sair e isso, para ela, pelo que eu acredito, assim, na verdade é uma crença minha, mas se prepara psicologicamente também, eu acho – eu não tenho a menor experiência nisso – então ela vai forçando o canal para sair e vai se preparando, vai quebrando resistências mentais ali, do momento, e vai se preparando pra aquele novo ambiente. Já o parto cesáreo, não”. (Marina)

Este tipo de parto é também apontado como mais adequado para a mulher, com possibilidades de recuperação mais rápida e com menos desconforto no puerpério. Outra questão favorável ao parto normal é que a mulher pode estar apta para retornar às atividades cotidianas logo após o nascimento do bebê, como visto na expressão de Vitória:

“Eu preferia ser normal, dizem que normal é bem melhor, a recuperação também é melhor, que cesárea é mais demorado, porque tem mais cuidado e eu sei que eu não vou ter ninguém assim pra tar me ajudando. Por isso pretendo parto normal, a recuperação é bem mais rápida e eu vou poder fazer minhas coisas.”

Porém, o parto normal também estava associado ao risco de morte, como para Luzia e Carla (a única do Grupo 2 a referir temer a dor), por ser considerado pouco controlável e com maior probabilidade de haver sofrimento para a mulher, especialmente pela dor, demandando uma carga “extra” de coragem para desejá-lo.

Mesmo quando determinado tipo de parto era o preferido pela mulher, os riscos intrínsecos a esta opção eram pontuados por elas, demonstrando seu conhecimento sobre

aquela escolha (construída com informações provenientes ou não de fontes confiáveis). No entanto, em geral evidenciavam-se tentativas de adaptação ou “preparação” para a realidade que elas esperavam encontrar no parto, como nos casos do Grupo 3. Apesar de considerarem a possibilidade de ter uma cesariana, relacionavam isto com condições extremas de risco para ela ou para o bebê no contexto de hospitais públicos, o que parecia tornar o parto um evento ainda mais ameaçador:

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

Por outro lado, o parto cesáreo poderia também implicar em riscos para a mãe e para a criança por se tratar de um procedimento cirúrgico. Neste caso, as preocupações recaíam sobre o pós-parto, relacionado com desconforto, recuperação lenta da mulher e distanciamento entre mãe e bebê nos primeiros dias de vida deste. Estes relatos foram feitos por Anna e Marina (participantes do Grupo 1) e por Leila (do Grupo 2).

“Quanto ao parto cesáreo, eu penso que a recuperação é bastante lenta, o risco da anestesia, abertura do corte, mesmo...como se fosse uma ‘agonia’. Agonia de estar abrindo a barriga, as camadas sendo ultrapassadas. Penso nisso também, mas penso, meu receio principal no parto cesáreo é a recuperação: os gases, preocupação com os pontos, disposta pra tar cuidando do filho então eu fico nesse impasse, né?, entre um parto e outro... na verdade, como estabeleci pra mim como prioridade a condição de saúde do meu filho, eu prefiro o parto normal., apesar de todos o medos envolvidos”. (Marina)

Já para Amanda (Grupo 1) e para Carla (Grupo 2) o parto cesáreo poderia surgir como uma opção para evitar o sofrimento associado à idéia de não ser possível controlar as ocorrências de um parto normal ou por receio de não suportar a dor do parto.

Carla também referiu que sua insegurança para realizar um parto normal era tão grande que isto justificava sua opção por uma cesariana que, para ela, significava ter certo conforto por tratar-se de um procedimento cirúrgico com etapas previsíveis:

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

Pelas entrevistas realizadas, a relação da gestante com o avanço tecnológico que a Medicina já conseguiu, parece não modificar sua percepção sobre o parto. Tal progresso não oferece segurança e, ao contrário, aumenta o sofrimento da mulher ao pensar sobre o parto. Este é ainda vinculado a uma série de intervenções duvidosas, tanto em sua eficácia para aliviar dores, quanto por relacionar-se com o emprego inadequado de técnicas, além do risco do próprio processo do parto. São idéias de que alguma coisa pode “dar errado”, tanto em um parto normal quanto em uma cesariana.

Diniz (1997) aponta entre as razões que levam a mulher a escolher a cesariana, o medo da dor, de ter lesões na área genital e do feto sofrer; este tipo de parto diminui a ansiedade da família, oferecendo resultados mais rápidos e seguros, o que também desestimula o obstetra a investir na realização de partos normais. Tal desestímulo pode emergir na conduta do profissional em superestimar riscos ou tentar conduzir (explicitamente ou não) a mulher a optar por uma cesariana. A conduta acrítica do profissional, associada ao grande número de “cesáreas a pedido”, motivadas, muitas vezes, pela parca informação ou pelos medos pessoais da mulher, podem ser os motivos dos altos índices de cesarianas em algumas localidades, como no Brasil.

Uma das causas de angústia é que, tratando-se de primigestas, o trabalho de parto e o parto de primigestas podem ter uma longa duração e, neste íterim, futura mãe e filho estariam longe do amparo familiar ou do suporte emocional de pessoas de confiança. Assim, estariam à mercê de pessoas estranhas em sua maioria, que as desnudariam – de suas roupas, crenças, individualidade – e de quem nada se saberia, em especial de suas intenções, descrevendo um contexto de solidão e falta de proteção.

O medo da dor e do sofrimento e a vulnerabilidade, expressados pelas entrevistadas, contrapõem-se ao ideal de coragem e valentia da mulher “boa parideira” – como um “problema” do corpo da mulher – sinônimo de saúde da mulher, da figura da mãe zelosa que se sacrifica pelo filho, colocando para a mulher sentimentos conflitantes

por não estar plenamente responsável pelo nascimento do seu filho (Forna, 1999). Tal sentimento de responsabilidade da mãe para garantir o bem-estar do bebê talvez amplie ainda mais os temores relativos ao parto.

4.2.3 SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS À MATERNIDADE

As entrevistadas referiram-se a questões sobre si mesmas, no sentido pessoal, ou sobre as funções que atribuíam ao papel de mãe, o que poderia refletir preocupações, conceitos ou crenças que possuíam sobre os cuidados com o bebê, e também uma forma de preparar-se para as modificações pelas quais passaria sua vida, de modo geral, que estava transformando-se, gradativamente, com a espera do nascimento do primeiro filho.

No Grupo 1, as participantes definiram esta experiência como positiva, intensa mas complexa, levantando reflexões sobre o tipo de mãe que desejavam ser, dada a enormidade da “tarefa” de cuidar e educar um filho.

Já para o Grupo 2, tanto gravidez quanto maternidade são experiências normais, algo natural na vida da mulher, não gerando para elas questões significativas, ainda que também se mostrassem preocupadas com a educação e o futuro de seus filhos. Acreditavam no instinto maternal ou na intuição que auxilia a mulher nos primeiros tempos com o bebê.

Entre as entrevistadas do Grupo 3 não houve uma resposta consensual pois prevaleceram dados das histórias pessoais das participantes. Assim, para Luzia, gravidez e maternidade, naquele momento, representavam experiências positivas, mas trazendo uma série de problemas e dificuldades. No entanto, para Vitória, significava a oportunidade de “reler” sua própria história, de afirmar-se como alguém importante no mundo.

Merecem especial atenção, os relatos das entrevistadas sobre o sentimento de responsabilidade que têm em relação aos filhos. As participantes declaram sentir-se responsáveis pelos seus filhos, ainda durante a gestação, com clara preocupação sobre como garantir a saúde de bebê também ao longo do processo do parto. Este “senso de

responsabilidade materno” talvez explique (ao menos parcialmente) os sentimentos de insegurança e medo que giram em torno deste evento. Entretanto, a responsabilidade da mãe não se encerra aí, revelando-se nos cuidados com o recém-nascido e continuando por toda a vida do filho, pela educação e capacidade de criá-lo “bem”, ou seja, realizar com competência as tarefas de uma “boa mãe”.

Há um sentimento de não ser mais uma pessoa só, seja no sentido de ter uma companhia quanto a não ser mais um indivíduo, mas “dois”, na medida em que o filho ocupa lugar fundamental na sua própria existência.

As únicas referências às expectativas relacionadas com amamentação foram feitas por participantes do Grupo 2, Carla e Clarice. A primeira esperava que fosse uma experiência maravilhosa e Clarice não esperava ter problemas.

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

Assim, ideais vinculados à maternidade e à gravidez são positivos e hegemônicos, associados ao mito da mãe amorosa e dedicada (Forna, 1999), responsável pelo bem-estar psicológico e emocional da família (McGoldrick & Carter, 1995) – o que Badinter (1995) denominou “mito do amor materno”.

A construção social da maternidade (Freitas, 2002) é marcada por grande mudança na década de 1990, quando a mulher assume um papel de protagonismo – é a “mãe que luta” – sobre a qual Del Priore fala como “mãe enquanto lugar de poder”. Esta nova condição da mulher colocar-se socialmente e, mais especificamente em relação à maternidade, trata de assumir o papel materno mas a partir de uma nova posição que se revela nas mais diversas formas, como assumir posturas de maior atividade, intervindo, opinando e criticando, ou, por outro lado, resistindo e se acomodando (Diniz, 1997). Em qualquer opção, considerando fundamentalmente seus pontos de vista e procurando formas de se sentir mais satisfeita dentro das experiências.

4.2.4 SIGNIFICADOS ENVOLVENDO A DIMENSÃO RELACIONAL

Algumas entrevistadas relataram que a gravidez, vista como um primeiro tempo de preparação para a maternidade, as levava a falar ou agir a partir de uma determinada posição, trazendo-lhes modificações tanto na dimensão relacional quanto reflexiva em sua vida.

a) Auto-percepção das entrevistadas nas relações consigo mesmas e com os outros

Falando sobre a sua organização para cuidar de si, com seu corpo, ou das suas relações com os outros, as participantes deste estudo buscavam integrar dados de sua personalidade, história de vida e percepções. Relatavam perceber que modificações internas estavam em curso, durante a gestação, e outras, elas esperavam que “nasceriam” junto com o bebê, como a intuição ou o amor incondicional. Nos grupos, há grande diversidade nas formas de abordar a auto-percepção, como por exemplo:

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

“Eu sempre fui muito medrosa, é assim...eu sempre me protegi demais em relação a dor, desde criança. De tar antecipando as situações pra não me machucar, é...na minha gestação eu imaginava que eu ia ficar morrendo de medo desde o primeiro mês, que eu ia ter medo, insegurança, mas nada disso tá acontecendo. Tou muito segura em relação a isso. Sei que eu vou passar por um período de ansiedade maior, bem maior, no momento do parto, mas não tá me atingindo, não tira meu sono, não tira, sabe? (...) Vejo também que começo a dar menos importância pra algumas coisas assim que dava, começo a flexibilizar as minhas prioridades que eram outras prioridades, hoje em dia não são tão prioridades assim. (...) É como se você comprasse uma outra balança pra sua vida, assim, começasse a pesar as coisas de uma forma diferente.” (Marina)

“(...) tive que me adaptar a uma outra realidade, eu tive que mudar tudo, todos os meus pensamentos, meus conceitos, eu tive que saber assim....como explicar? (...)

Não sou só eu; agora eu tenho que pensar na minha filha, em mim e nele, entendeu? Eu tenho que aturar certo tipo de coisa, eu tenho que me restringir. Tenho que ficar dentro de casa, antes não tinha nada disso, agora tenho que me adaptar a essa vida, tenho que viver essa vida. Esquecer outras coisas que já passei e agora, entendeu? Eu tou tendo responsabilidade realmente. Tenho que ter sendo obrigada a ter [risos]”. (Luzia)

Para as entrevistadas do Grupo 2, a maternidade não necessariamente significava uma “transformação radical”, mas uma experiência com outras dentro do processo do desenvolvimento humano. Entretanto, os discursos da pessoa, além de múltiplos, podem ser antagônicos e contraditórios, posto que vão se construindo a cada momento, dentro do mesmo fenômeno ou situação. Assim, é o que se pode ver na fala de Carla, uma das integrantes deste grupo:

“E eu sei que muita coisa vai mudar, né? Depois que ele nascer vai... Porque uma coisa é você, seu corpo só, com seu esposo. Outra coisa é mais uma pessoinha que depende de você pra tudo. Eu sei que muita coisa vai mudar é... encarar! [risos]”. (Carla)

Carla e Clarice, que se descreveram como pessoas ansiosas, na gravidez não “sofreram”, conseguindo lidar com a evolução gradual dos fatos, sem vontade de antecipar ou antecipar-se às coisas, preferindo aguardar o momento certo, ainda que isso as fizesse sentir-se inseguras em relação ao parto, por exemplo. Mas Clarice relatou o desejo de que tudo terminasse logo para conhecer seu bebê: “*Só falta ele nascer!*”.

As participantes do Grupo 3 oscilavam nos seus relatos, definindo-se às vezes como adolescentes, ainda que não se considerassem nas relações com os outros, como tal. Mas o “ser adolescente” poderia explicar, para elas, algumas preferências, como gostar de brincar com os colegas, no caso de Vitória, ou de ir a festas, no caso de Luzia.

b) Relação conjugal

Havia um contexto no qual as entrevistadas incluíam-se e ao qual referiam-se através das relações estabelecidas com os interlocutores mais relevantes para elas, o que pode ser observado pelos relatos que fazem das modificações por que suas interações já

estavam passando e pelas transformações que esperavam que acontecessem em níveis variados das suas relações com os outros.

Nos seus relatos, as participantes afirmavam esperar que suas rotinas mudassem com o nascimento do bebê, devido às tarefas relacionadas com a maternidade que estariam mais ou menos integradas ao contexto de outras tarefas e papéis já assumidos por elas.

“É um ser dependente e ao mesmo tempo independente porque vai crescer, né? (...) Eu acho que nesse sentido vai mudar, primeiro de tudo liberdade, eu acho que vai mudar muito, um bocadinho. Foi uma das questões que me fez demorar mais de ter filho.” (Amanda)

Em função das novas atividades, aumentaria a necessidade de que os seus maridos (ou namorados) se posicionassem mais ativamente nas tarefas domésticas ou nos cuidados com o filho, auxiliando a mulher para desempenhar suas atividades. Este tipo de suporte poderia ser tanto material quanto emocional.

Para Anna e Carla, a participação dos maridos era bastante ativa e integrada, ainda mais no primeiro caso. Além delas, Marina e também Leila relataram que suas relações com os respectivos maridos haviam se modificado a partir da gravidez – o casal tornou-se mais próximo, mais cúmplice.

“Ah! O André tem curtido muito, né, no sentido de que, até então, sou eu que fico com todas as sensações, mas agora o Augusto consegue fazer as manifestações através da barriga, então o Dé, ele fala com o Augusto ou pede pra que Augusto faça alguma coisa. E o Augusto responde, né, ao estímulo; é uma forma dele também poder participar. (...) Até o terceiro e o quarto mês o movimento do André era um e do quarto mês pra cá o movimento dele é completamente diferente ao ponto de dizer: “Não, mas eu não posso tal dia. Não pode marcar consulta sempre que eu não posso”. Ele se sente muito, ele tá participando, ele tá ativo. Ou mesmo, então, quando a gente foi comprar as roupinhas, de me pedir pra não ir sozinha, pra esperá-lo que ele queria ir junto, ele queria participar. Então, assim, são coisas que eu vejo que é um ganho também pra ele, pra mim e pro Augusto, que ele quer participar ativamente de tudo que tá acontecendo também”. (Anna)

As demais entrevistadas do Grupo 1, Clarice (do Grupo 2) e as do Grupo 3, por razões diferentes, decidiam sobre tudo o que dizia respeito ao bebê quase sozinhas,

tendo os maridos ou namorados se posicionado (ou sendo posicionados por elas) em relação à gravidez mais indiretamente, “periféricos” ou “virtuais”, geralmente assumindo uma participação mais a nível financeiro:

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

“É a gente tá aprendendo, o que a gente tá aprendendo é ser responsável, a gente começou tão criança, ainda tá na casa, aí vai ser, vai aprender a formar uma família, que a gente não era uma família né, um vivendo lá outro cá, agora a gente vai viver junto, aprender tudo o que o outro gosta, pra saber cuidar de tudo futuramente, pra não se prejudicar, porque deixar tudo nas costas dos pais, fica meio ruim nunca vai acabar aprendendo o que é a responsabilidade.” (Vitória)

Menezes (2001), citando Szejer e Stewart (1997), observa que o nascimento do primeiro filho tem a característica especial de inscrever os pais, pela primeira vez, no mundo da parentalidade, ainda que todos as gestações e os nascimentos sejam importantes e singulares. Tal idéia é corroborada por Kennell (1995), que diz que a família nasce a partir da chegada do primeiro filho. Para este autor, aspectos relativos ao ambiente social no período perinatal são importantes e devem ser considerados, sejam favoráveis ou não para a relação entre os membros da família.

Por outro lado, Trost (1995) argumenta que a menor unidade de grupo é o casal, uma díade ou um par. A chegada de um filho desdobra as possibilidades de inter-relações: há, então, uma unidade de cônjuges e duas unidades de pais/filhos; os três constituem uma família, podendo crescer, a partir daí, com outras crianças ou até mesmo outras pessoas. Este mesmo autor pondera que o surgimento da família não necessariamente está vinculado ao nascimento do primeiro filho do casal (diferente de outros autores), mas antes, com a resolução de um casal de coabitar ou até mesmo pelo nascimento de um filho, como acontece com as mães que “assumem” solteiras - ou “produção independente”. Para este autor, o ponto mais importante a ser compreendido com a chegada dos filhos é a reformulação da família.

c) **Relações familiares**

Para as participantes do Grupo 1 as relações com as próprias mães, em especial, mudariam com o nascimento do bebê, pois as entrevistadas reconheciam que se posicionariam e seriam posicionadas por elas de modo bastante diferente de como era antes de se tornarem mães, elas também. Amanda referiu seu temor de que a inclusão da filha nos contextos interativos “quebrasse” a cumplicidade e harmonia com os pais. Para Marina, ela e o marido optaram por distanciar-se das suas famílias, evitando interferências deles; mas Anna, por outro lado, lamentava a distância dos seus familiares, sentindo-se sem o apoio desta “rede”.

As entrevistadas do Grupo 2 relataram ter ou esperar receber suporte emocional ou concreto por parte da família extensa, especialmente da mãe, mas também de outros familiares e amigas, resultando, por exemplo, na disponibilidade de estar na casa da gestante cuidando ou ensinando-a a cuidar do bebê.

Os relatos das participantes do Grupo 3 caracterizaram suas relações familiares como conflituosas por diversos motivos, o que poderia dificultar receberem o apoio das pessoas nesta fase. As mães das participantes, no entanto, foram pessoas destacadas como aquelas que poderiam funcionar como suporte, eventualmente:

“O que me preocupa, é meio assim, que eu fico assim mais, é como vai ser a reação, é como vai ser o tratamento da família dele comigo, porque já que ela (a sogra) não gosta de mim... Ou eu, só eu sinto que ela não gosta de mim... Eu queria saber só como eu poderei agir agora, né, porque eu não quero que uma pessoa goste de mim, só porque eu sou a mãe do neto dela, entendeu?” (Vitória)

O nascimento de um bebê gera movimentações por todo o sistema familiar, instalando uma terceira geração – filhos, pais, avós; cada um na família avança um grau no sistema de relacionamentos (Bradt, 1995). Ao mesmo tempo, também ocorrem modificações sociais, como em relação ao equilíbrio entre trabalho, amigos, irmãos e com os próprios pais, tendo significados diferentes para cada cônjuge, para o casal como uma unidade e para a família de modo mais extenso. Dentro da família, a adição ou redefinição de papéis pode criar ou intensificar conflitos interpessoais porque, mesmo quando somente uma pessoa muda seus papéis, os demais são compelidos a fazer ajustes na suas próprias expectativas ou comportamentos (Cowan, 1991).

d) Trabalho e estudos

As referências às mudanças relacionavam-se com o contexto social ou econômico mais amplo no qual a mulher estava inserida, e que influenciaria sua experiência sobre a gravidez, a maternidade ou o parto.

As maiores expectativas de transformação na relação com o trabalho foram descritas pelas entrevistadas do Grupo 1, que relataram a importância da dimensão do papel profissional em suas vidas. O investimento nesta área estava sendo analisado, pois a maternidade exigiria isto, necessariamente. Embora tenham relatado isto, a principal preocupação era conseguir conciliar as tarefas dos papéis materno e profissional.

Entre as participantes do Grupo 2, o retorno para o trabalho após a licença-maternidade seria a etapa mais difícil pois preocupavam-se, como as do Grupo 1, com quem cuidaria dos bebês. Além das dificuldades com o retorno ao trabalho, Leila destacou, como o Grupo 3, que alguns planos seriam adiados temporariamente. Porém, tanto Leila quanto Vitória consideravam que era importante para o futuro dos seus filhos, respectivamente, que elas continuassem os estudos e que trabalhassem.

“Eu vou deixar pelo menos ele crescer mais um pouco, de entender o que é certo e errado, depois vou trabalhar, porque trabalho pra mim assim não é tão difícil, eu tenho pessoas que podem arranjar um trabalho pra mim (...)Aí eu ia fazer um estágio, mas depois eu não fiz, eu ia trabalhar com uma senhora, ficar tomando conta de uma senhora, que um colega meu arranhou, só que depois eu descobri que eu tava grávida, aí eu desisti. Ele sempre, sempre arranja coisa pra eu fazer, arranja pra minhas amigas, qualquer coisa pra mim é bom, eu entendo de informática essas coisas, eu tomei curso, o ruim agora é meu grau de escolaridade, eu tava fazendo, eu tô fazendo 7ª e 8ª, aí eu tô querendo concluir logo, porque minha mãe também fica reclamando comigo: ‘Ah que agora você engravidou, não vai estudar não?’. Aí eu sempre ficava falando que a gravidez não empata a vida de ninguém, só empata a vida de quem quer ser empatada (...)” (Vitória)

Os estereótipos sobre o amor materno, a responsabilidade da mãe na educação dos filhos, sua obrigação de cuidar simultaneamente da família e do trabalho reforçam, desta forma, uma pressão ideológica para que as mulheres tornem-se mães e, assim, sintam-se produtivas – e re-produtivas. E, portanto, socialmente engajadas (Trindade e Enumo, 2001).

Atualmente, as mulheres possuem maior inserção no mercado de trabalho, podem controlar suas vidas e seus corpos. Ao lado disto, há outras exigências culturais que foram surgindo (como o cultivo de boa forma física, por exemplo), mas continua sendo papel da mulher cuidar do bem estar emocional e psicológico da família (Biasoli-Alves, 2000). O poder e o status, entretanto, não estão no mundo doméstico, como afirma Bradt (1995) e, então, contraditoriamente, a maternidade não é tão valorizada socialmente como a inserção profissional. À procura de lidar com estes dois aspectos, e também em decorrência das necessidades atuais, especialmente as de ordem econômica, vê-se a mulher cada vez mais comprometida com o fenômeno da “dupla jornada”.

Pesquisas realizadas na década de 1990 permitem observar como a relação da mulher com filhos pequenos e trabalhos é algo complexo, em transformação e, portanto, permeado por ambigüidades. Bradt (1995) afirma que, apesar do esforço para mudar, ainda prevalece a opinião de que os homens pertencem ao mundo do trabalho e as mulheres pertencem ao lar com a tarefa de educar as crianças e, simultaneamente, atender a demandas da esfera não doméstica, incluindo-se nesta, o trabalho. Almeida (2003) aponta que pesquisa realizada em países europeus em 1999 concluiu que a importância da família face a outros aspectos da vida é reforçada, mas que é possível perceber-se recuos nos valores que enaltecem a importância do lar e dos filhos para a realização da mulher. Têm menor relevância as opiniões de que uma criança pequena sofre com o trabalho da mãe fora de casa. Por outro lado, o emprego garante às mulheres independência e que elas, tanto quanto os homens precisam contribuir para as despesas da casa.

4.3 APÓS O PARTO

São apresentados os relatos de experiências das entrevistadas, que descrevem os eventos ocorridos entre a primeira e a segunda entrevista, englobando o nascimento do bebê. É importante que se frise, mais uma vez, que as experiências são bastante

singulares, mas também que é possível encontrar algumas semelhanças quando observamos os relatos.

4.3.1 RELATOS SOBRE O PARTO

Nas entrevistas pós-parto, seis das oito participantes relataram dor ou sofrimento durante ou após o parto, não necessariamente com a mesma intensidade. Houve problemas associados à condução do parto normal, dores no pós-cirúrgico (no caso de cesarianas), ou derivadas das intervenções, como infecções. Dificuldades e dores no início do aleitamento também foram informadas.

As participantes reunidas como Grupo 1 sofreram devido a dores relacionadas com o pós-cirúrgico (as três fizeram cesarianas). No Grupo 2, apenas Leila teve parto normal, relatando ter sentido muita dor:

“(...) Foi de sete horas da manhã, minha filha, até duas e cinquenta, sentindo dor. Eu achei que eu fosse morrer, quer dizer, eu nem sei explicar direito, não dá pra explicar direito a dor não, é muito forte mesmo. Eu lembro que quando deu... dez, onze horas, mais ou menos, eu não agüentava mais... Foi doutor R., o médico, aí eu peguei e falei a ele: ‘Ó, eu não quero mais normal não, eu quero uma cesariana agora’. Aí ele: ‘Ó, Leila, não vai dar porque...’ porque já tinha descido muito, o neném; não dava mais pra fazer cesariana e ele também me falava que eu ia agradecer ele depois por ter tido o filho normal; mas eu: ‘Não, não vou agradecer, não’.” (Leila)

Já as experiências do Grupo 3 foram muito diferentes uma da outra, apesar de terem sido ambos partos normais: Vitória teve sua bebê com grande facilidade e Luzia teve um parto muito doloroso e traumático, como apresenta-se na descrição destes casos.

Os relatos das entrevistadas descreveram o parto com intensa carga afetiva em quase todos os casos, exceto Luzia, a única das participantes que não descreveu o primeiro contato com a filha. Mas, de modo geral, o primeiro encontro entre mãe e bebê, face a face, pele na pele, foi muito significativo, marcando, para muitas, a manutenção ou o fortalecimento de um vínculo iniciado no período pré-natal. Há uma vasta gama de sentimentos que são utilizados para descrever este contato, variando entre alegria e alívio, com expressões de choro e, em grande parte das vezes, sensações inomináveis.

“(...) quando sai é um alívio! (...) saiu o rostinho. Uma cabeça! A cabeça parecia não sei nem o quê (...) bem compridinha, assim. Aí, quando eu olhei, eu não falei com ninguém: ‘Meu Deus, que menino da cabeça feia!’”. (Leila)

“Eu chorei pra caramba! Quando ouvi o chorinho dele, agradei a Deus... Mas foi muito bom! Foram levar ele, né, pra limpar, depois trouxeram pra me mostrar... Foi muito bom! Super tranquilo!”. (Carla)

Tal experiência foi partilhada com pessoas que estavam presentes no cenário do parto. Os maridos de Anna e Clarice estiveram ao seu lado durante o parto e Carla, Amanda, Marina e Leila contaram com o apoio de outras pessoas: o irmão, no caso de Carla e amigas que eram profissionais da área de saúde acompanharam os partos de Amanda e Marina. Leila descreve a presença de diversos familiares com ela até o momento em que foi transferida para a sala de parto, referindo como “partilharam”, também, do seu nervosismo:

“(...) Mas eu fiquei muito nervosa, nervosa, muito nervosa mesmo. (...) Aí eu lembro que eu ficava mordendo os lábios, aí a enfermeira falava assim: ‘Leila, não morda os lábios porque que vai rachar!’. Mas aí esquecia, né? E ia... E minha irmã: ‘Não morda o lábio’ – a que é enfermeira – eu disse: ‘Ó, sai da minha frente, some da minha frente!’. Um nervoso! E a sala cheia e eu nem... me toquei, porque eu fui muito ignorante com ela! (...)” (Leila)

Na avaliação delas, todos desempenharam apropriadamente seus papéis de “acompanhantes de parto”, garantindo-lhes suporte emocional durante o trabalho de parto e/ou parto. Para as mulheres que estavam com seus maridos, houve o mesmo nível de envolvimento emocional que elas, ao encontrarem seus filhos.

Além do papel de suporte emocional, os acompanhantes de parto colaboraram para registrar o momento do nascimento do bebê. Clarice referiu que seu bebê foi fotografado e Marina que o parto foi filmado. Em ambos os casos, o registro do parto inclui-se na biografia da criança, pois é um marco na história do bebê, o que para Tornquist (2003), já tem se tornado hábito corrente nas famílias de classe média.

Somente nos casos do Grupo 3 não houve a presença de acompanhantes, nem mesmo no início do trabalho de parto. Nas maternidades onde tiveram seus bebês, este

direito não lhes foi assegurado, embora seja uma das propostas do projeto de humanização do parto e da assistência no Brasil, estimulada pelo Ministério da Saúde, mas ainda não regulamentada (Carvalho, 2003). Ainda que evidências clínicas comprovem os benefícios do acompanhante de parto (Carvalho, 2003; Klaus & Kennell, 1992; Nader, 2004), não é uma prática comum nos hospitais de modo geral e, mais especificamente, nos públicos.

Depois do nascimento do bebê, os medos e conflitos relacionados com o parto são ressignificados pelas entrevistadas, diante das novas preocupações e responsabilidades que surgem, como se vê nos trechos a seguir:

“Porque, assim, o meu maior medo não era o parto, né... Era que...que eu acho... de não dar tempo de chegar no hospital, por exemplo; não conseguir internar, né?, onde você quer, assim... Eu acho que, assim, você... porque quando é uma cesariana que tá marcada já com o horário certo, eu acho que dá uma segurança maior, pra quem é ansiosa como eu, né?Porque eu gosto de tudo certo, ali! E eu não ia ter isso..” (Amanda)

“Ó, o parto foi horrível, mas o que “tá pegando”, assim, o motivo assim, de briga entre mim e Lázaro, no caso, é meu sono...” (Luzia)

“(...) se a gente fosse colocar na balança, acho que o que pesa mais é agora, entendeu? É como se aquilo fosse menor, assim. A questão do parto é...é importante, etc., mas eu passei a ver isso de uma maneira mais natural! Vai, vai... seu filho vai nascer, de qualquer forma. Então é...e os riscos hoje em dia, quando a gente olha, mesmo, sem tar grávida, você vê de uma maneira muito mais realista. Tem pouco, mesmo, risco de vida pra esse bebê na hora do parto. São poucos! A não ser que seja um profissional muito ruim, é... Se você for ver a incidência de casos graves de alguma coisa assim, é pouca! Mas é o pós-parto que é preocupante, mesmo! Você ansia a saúde dele, a vidinha dele ali, né? Não ter uma pneumonia, não ter uma... sabe? Sufocar durante a noite... Essas coisas mesmo é que são mais importantes, que são reais e que acontecem muito mesmo, né? Ambiente caseiro... a gente vê que o maior número de mortes de crianças é no ambiente caseiro... Então, a preocupação maior agora, é agora! Não é... não é... não se compara muito, assim, é muito menor, hoje em dia... Porque, antes, não, que eu não tinha essa vivência, né? Então, tudo pra mim era o parto! Agora não; agora o parto é bem menor. O dia a dia com ele é o que é o mais importante, que é o mais...o mais...preocupante assim.” (Marina)

b) Assistência ao parto

Ressalta-se que as gestantes atendidas em maternidades públicas tiveram partos normais e as gestantes que realizaram partos em hospitais particulares ou da rede conveniada, fizeram cesarianas. Apenas Leila, que teve seu bebê em uma maternidade no interior, teve parto normal, porque não havia anestesista disponível no hospital, naquele momento.

As experiências do Grupo 1 foram positivas para Anna e Amanda que contaram com a presença dos obstetras que as acompanharam durante o pré-natal; o mesmo não aconteceu com Marina, que entrou em trabalho de parto antes da data prevista e foi atendida por outra profissional.

Entretanto, não ter tido um parto normal foi frustrante para Anna que sofreu por ter achado que fora uma deficiência dela. Já Marina, que além da antecipação do trabalho de parto relatou ter tido problemas com a equipe que lhe prestou assistência, a decepção foi substituída por uma justificativa racional que a confortou o suficiente:

“(...) ‘Na verdade, no fundo, no fundo, eu não sei se eu quero ter esse parto normal!’. (...) Aí ela [a médica] fez o toque, (...) ela disse: ‘Olha...seu filho tá muito, muito longe. Eu não tou nem tocando... não tou nem conseguindo tocá-lo. (...) Fiquei meio aliviada com essa, com essa, essa notícia. Porque, assim, já não foi escolha minha, sabe, tinha que ser cesariana. A verdade foi essa.’”

O Grupo 2 relatou ter tido partos sem intercorrências em relação à assistência, embora Leila não tenha sido atendida pela obstetra que acompanhou sua gestação. Entretanto, Clarice teve sérios problemas com a assistência após o parto. Seu bebê não conseguia sugar adequadamente e precisou permanecer algum tempo na unidade de terapia intensiva, por ter nascido prematuramente, o que demandava que Clarice realizasse a “ordenha” diversas vezes ao dia, sentindo muita dor, como foi descrito na apresentação deste caso. Por conta disso, derivaram suas queixas ligadas à assistência:

“(...) Mas, assim, o único trauma que eu fiquei da maternidade... o único trauma que eu fiquei da maternidade... foi... é... o leite. Porque se você for me perguntar, a única coisa que eu não gostei... E as enfermeiras do Hospital 3 - pelo que eu

conversei com outras pessoas, é tudo a mesma coisa! - elas fazem de um jeito, que meu peito ficou com hematomas! (...) Foi muito triste! Aí eu falei assim: às vezes, têm mães que ficam tão traumatizadas que não querem mais dar peito...”

Por outro lado, no Grupo 3, que engloba os casos de parto realizados em hospitais públicos, houve certa homogeneidade nos relatos, ressaltando a grande quantidade de pessoas para serem atendidas em comparação com o número reduzido de profissionais disponíveis. Luzia sofreu muita dor enquanto esperava “na fila” até ter dilatação para ser levada para sala de parto e ser atendida pelo médico; Vitória teve um parto sem maiores dificuldades, pois já estava em trabalho de parto bem avançado quando chegou ao hospital. No entanto, pouca assistência efetivamente recebeu enquanto esteve internada; quase tudo que fez nos dias em que permaneceu no hospital foi por conta própria, seguindo a orientação de outras parturientes mais experientes.

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

Isto contrasta com a afirmação de Sarmiento e Setúbal (2003) sobre o avanço do conhecimento científico em Obstetrícia que teria permitido alcançar “a prática de um atendimento que gera, realmente (grifo meu), um estado de confiança maior na paciente” (p. 262). A colocação destas autoras diverge de Diniz (1997), que ressalta a aparente lentidão para se adotar, na Obstetrícia, evidências científicas sobre a segurança de certos procedimentos para que sejam usados com maior frequência, por exemplo, o que garantiria às pessoas, de modo geral, confiar mais no atendimento médico-hospitalar.

4.3.2 O “NASCIMENTO” DO PAPEL MATERNO

O papel materno, que começou a desenvolver-se na gravidez (por exemplo, quando as mulheres entrevistadas decidiram sobre o enxoval do bebê), continuou

expandindo-se em forma de outras tarefas, que se concretizaram após o nascimento do bebê, gerando algumas dúvidas e demandando que fossem criadas estratégias para lidar com novas tarefas que surgiam ou integrá-las às antigas.

a) A amamentação

Para muitas entrevistadas, a amamentação revelou-se como uma das tarefas mais difíceis entre as atribuídas ao papel materno. No início do processo de aleitamento, repetiram-se em diversos casos os receios de que a mulher não teria leite, de que não o teria em quantidade suficiente ou ainda que seu leite não seria capaz de sustentar o bebê. É interessante notar-se que somente duas entrevistadas (Carla e Clarice, do Grupo 2) haviam se referido a este tema na entrevista antes do parto, ambas colocando a amamentação como parte natural das atribuições da maternidade.

No Grupo 1, apenas Marina conseguiu amamentar “de primeira”. É interessante que os receios de Amanda não se confirmaram no caso dela, porém aconteceram com Anna que precisou introduzir suplementação nutricional para o bebê porque seu leite era em quantidade insuficiente para alimentar o bebê. Para ela, isto foi uma grande frustração, que se acrescentou ao fato de não ter tido um parto normal (que, para ela, significava uma melhor recepção para seu bebê). Ou seja, sentia-se como se tivesse “falhado” duas vezes com o filho. O apoio do médico, do marido e da mãe foi imprescindível para aceitar tais ocorrências com naturalidade.

No Grupo 2, Clarice teve uma experiência extremamente negativa para amamentar, relatando seu sentimento de não ter sido bem orientada ou acolhida pela equipe do hospital (em casa conseguiu realizar a ordenha sem maiores problemas). Já Leila, sentindo-se insegura nos primeiros dias pois somente tinha colostro, recorreu aos ensinamentos da cultura popular para fazer “descer” o leite: fez tudo o que lhe foi sugerido:

“Ah, deixa eu falar... Eu também não tive leite logo quando ele nasceu; só chegou leite depois de dois dias. Aí, diz que o colostro é que alimenta, né? Mas só que ficava...eu fiquei mais nervosa por isso, ele chorava e eu não tinha leite! Meu Deus do céu! Até mingau de café eu tomei! Disse que era bom pra chegar o

leite! Com manteiga - tomei! Diz que não podia botar leite não, mingau de café com manteiga! Aquele café preto... Mingau de café, cuscu, mingau de milho... E minha vizinha tava falando: 'Eu também não fiquei com leite, não, mas eu tomei um comprimido e depois de duas horas o leite chegou!'. Aí eu: 'Pôxa, qual foi o nome do remédio?', ela procurou em tudo quanto foi lugar o nome do remédio e não achou. (...) Minha mãe que deu a idéia de tomar mingau, mas eu deveria ter perguntado ao médico, né? 'Se eu não tiver leite, qual remédio que eu posso tomar pro leite chegar mais rápido?'... Mas, eu nem me preocupei com isso..."

Mas Leila, assim como Vitória (Grupo 3), utilizou outra “estratégia”, menos incômoda, aplicando toalhas quentes sobre as mamas e massageando-as.

Houve casos (Anna, Amanda e Clarice) em que surgiram fissuras nas mamas nos primeiros dias, o que resultou em dores e desconforto, impedindo que, ao menos inicialmente, o contato mãe-bebê fosse considerado prazeroso. Para Clarice, no entanto, amamentar continuou sendo uma tarefa de que ela não gostava.

Nos primeiros meses após o parto, a mulher pode apresentar grande demanda de cuidados e também proteção, ambos falando sobre sua necessidade afetiva neste período. Em geral, neste mesmo período, percebe-se um maior investimento do homem em sua vida profissional, o que pode significar uma diminuição da expressão de cuidados (Afonso, 2000). Esta autora cita Tavares (1990) que encontrou estreita relação entre a sintomatologia depressiva e o relacionamento conjugal durante a gestação e no pós-parto, ressaltando que tem efeito positivo, ou melhor, protetor, quando há disponibilidade de marido para colaborar com a mulher nas tarefas domésticas e dar-lhe suporte emocional.

Sabe-se que o suporte social, entre outros aspectos, favorece a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos. Dessen e Braz (2000) encontraram que há, entre mulheres brasileiras de classe social baixa, a expectativa de receber mais suporte emocional ou psicológico quando do nascimento de um filho, especialmente proveniente do marido/companheiro. Isto ocorre porque um filho novo demanda novas estratégias para lidar com as tarefas desenvolvimentais, capacidade de adaptação à chegada do novo membro à família e também habilidade para administrar as necessidades emergentes do sistema. Cabe aos genitores e, no contexto investigado pelas autoras, mais ainda para a mulher, a tarefa de encontrar o equilíbrio do sistema familiar.

b) O cotidiano com um bebê

Nos primeiros dias em casa, a grande dependência do bebê assustou a todas. Foi um período difícil para todas do grupo estudado, coincidindo a impressão de que não conseguiriam “dar conta” de tudo aquilo. O auxílio das mães durante este período foi fundamental. Além de contar com este apoio, houve outras alternativas.

No grupo 1, Amanda relatou que estar no hospital forneceu-lhe segurança no período inicial; Marina teve consigo uma empregada que cuidara dela quando pequena, mas descreve os primeiros dias como muito angustiantes devido ao problema de saúde de seu filho:

“Ele [o marido] ... ó, ele tentou participar... Ele tentou participar da melhor forma que ele pôde! Mas...é... deixa eu ver... Assim, ele deu o primeiro banho dele... Nele eu confiava; nas outras pessoas não, mas nele eu confiava, deixava ele pegar um pouco... Deixava que ele pegasse... Só que, assim, as noites eu passava sozinha no quarto, ele dormia no nosso quarto sozinho.” (Marina)

As participantes do grupo 2 contaram mais com o suporte das mães, mas Leila teve também o auxílio de amigas e do marido que já tinha a experiência de ter cuidado dos três filhos mais velhos.

“E, também, até quando tava com umbigo! Quando eu não podia, ele é quem dava banho! Ele me ajuda muito! De madrugada, logo no início, mesmo, quando eu não tinha muita experiência, ele que ficava com Leonardo quando acordava de noite. Quando tava com cólica... Ele me ajudou, ele me ajuda até hoje. Não ajuda mais porque tem que trabalhar! Os filhos dele também... Todo mundo (...) no início foi complicado, muito complicado! Pôxa, eu sentia muito sono e ele toda hora acordava. De meia em meia hora ele acordava pra mamar, pra ficar no colo... Você...não tinha...às vezes eu colocava ele na cama, dava mama e esquecia, aí colocava ele no berço e esquecia, quando acordava era assustada procurando Leonardo! Aí eu perguntava: ‘Luiz, foi você que colocou Leonardo na cama... no berço?’, ‘Não. Foi você’. ‘Esqueci’. Era muito cansativo. Mas, agora tá legal! Ele acorda, ele acorda duas vezes agora na noite, mama e depois vai dormir!.” (Leila)

E no Grupo 3, Vitória relatou que praticamente fez tudo sozinha, a partir do que sabia e da sua intuição; Luzia recebeu certa ajuda de uma pessoa que ficou com ela nos primeiros dias, enquanto aprendia a realizar as tarefas básicas de cuidar de sua bebê e depois, sem esta ajuda, tudo ficou mais difícil para ela:

“Ela sempre ia de noite, ficava lá e nos primeiros dias, foi tranqüilo. Agora que tá mais difícil, entre aspas, porque eu tou sozinha, praticamente, entendeu, porque ele [o marido] trabalha o dia todo, chega aqui a noite e eu é que tenho que tomar conta dela”.

No entanto, os relatos das entrevistadas permitem que se observe como cada mulher foi aprendendo a cuidar do seu bebê, conseguindo desempenhar com competência as tarefas, mas também começando a conhecer aquela pessoa com quem interagia.

“O banho, por exemplo, eu sempre ficava imaginando: “Eu não vou saber dar o banho. Eu não vou saber segurar; é muito molinho”, e não sei o quê... Aí ficava, eu... Minha mãe comigo... Ela me dava ele, eu começava a dar, quando Caio começava chorar, que eu acho que eu passava pra ele o meu nervoso, porque aí ele começava a chorar... Ele ficava com medo porque eu percebia, porque ele se segura aqui no meu braço, bem força mesmo, chega a mãozinha ficar vermelha (...) Aí eu ficava nervosa, entregava ele pra minha mãe, não queria continuar... E agora que me vi sozinha não! Já começa assim: ‘Você prometeu a vovó que vai ajudar a mamãe; não vá chorar’... aí já vou me preparando... Hoje fui super tranqüila, ele chorou um pouquinho, tirei um pouquinho da água, conversei com ele, disse a ele que não era pra chorar, que mamãe não ia deixar ele cair... Pronto! Foi um resto do banho super tranqüilo! (...)” (Carla)

Luzia relatou também conseguir certa adaptação, apesar de estar sozinha, mas ressaltou seu desgaste:

“(...) graças a Deus, acho que mãe tem instinto, sabe, porque depois que passa aquele período de choque, no caso, aí depois a gente começa a conhecer manha, o quê que precisa, o horário de tudo, de tomar banho, de comer, de...o que que tá sentindo, se tá sentindo frio, se tá sentindo calor, isso aí...tudo com relação a Luna que você quiser me perguntar...ela começa a chorar, eu já sei o que é que ela quer, entendeu.(...) Eu quero dormir pra poder amanhecer...eu quero ficar bem, ter a noite tranqüila, tudo direitinha, porque o desgaste,o dia todo - cuidar

de filho, de casa, de comida, ter que dar conta de tudo o dia todo, entende - é muito desgastante. Chega a noite, eu quero descansar e dormir e quando me acorda pra dar a mama, ô meu Deus, só falto chorar. Mas eu brigo tanto, tanto, tanto! A gente briga mais por causa disso, porque ele fica falando: “Ô, Lu, dá um peitinho pra ela! Ô, Lu, acorda!”. Ela acorda três, quatro vezes na noite, toda hora pra mamar e aí fica interrompendo, quando a gente acorda pela manhã que não consegue dormir direito, fica com a cabeça doendo, fica chateada, não consegue ter um dia bem (...)”

Estavam surpresas por identificarem características específicas no comportamento dos seus filhos, desde os primeiros dias de vida, o que significava para elas que, mesmo pequenos, os bebês já apresentavam seu próprio “jeito” de ser, de querer as coisas e de demonstrá-las. Isto era o que as orientava para interpretar seus pedidos e necessidades. O que foi descrito, inicialmente, como um certo “estranhamento”, foi superado e tornou-se entrosamento nas díades. Elas descreveram cenas em que havia um diálogo sem palavras, mas que, apesar disso, havia uma compreensão.

“Não tem nem um mês mas, o danadinho já sabe o que quer, e quando quer o peito esperneia, bate perna, bate pé! Não espera nem trocar a fralda! Danadinho! Mas tá aí, graças a Deus com saúde que o que eu pedi.” (Carla)

“Eu tô adorando ser mãe, acho que a melhor coisa que existe é ser mãe! E é ótimo também quando ele começa a te reconhecer... Você se sente tão bem, se sente tão importante quando ele tá no braço de alguém, você chega e ele quer ficar com você!” (Leila)

Por ocasião da segunda entrevista, todas do Grupo 1 relataram ter conseguido aprender a cuidar dos bebês gradativamente, com tranquilidade, como também as entrevistadas do Grupo 2. Ajudava reconhecer as rotinas se estabeleciam aos poucos e para as quais colaborara o fato de ter tido contato com outros bebês antes dos seus filhos: *“É bem diversificado, assim! [Risos] Troca, mama, dorme...” (Anna).*

Somente Clarice relatou que estas rotinas eram tediosas, diminuindo sua disponibilidade brincar ou desfrutar do contato com o filho, o que era visto por ela como “falta de paciência”, divergindo da sua expectativa antes do parto, quando encarava a licença-maternidade como longas férias do trabalho, enquanto cuidaria do bebê.

Luzia, por outro lado, relatou que os primeiros dias haviam sido mais fáceis por contar com ajuda. Não se acostumava a acordar durante a madrugada, o que a deixava bastante irritada:

“(...) nos primeiros dias, foi tranqüilo. Agora que tá mais difícil, entre aspás, porque eu tou sozinha, praticamente, entendeu, porque ele trabalha o dia todo, chega aqui a noite e eu é que tenho que tomar conta dela. Saber... graças a Deus, acho que mãe tem instinto, sabe, porque depois que passa aquele período de choque, no caso, aí depois a gente começa a conhecer manha, o quê que precisa, o horário de tudo, de tomar banho, de comer, de...o que que tá sentindo, se tá sentindo frio, se tá sentindo calor, isso aí...tudo com relação a Luna que você quiser me perguntar...ela começa a chorar, eu já sei o que é que ela quer, entendeu. Com relação a isso, graças a Deus, tá tudo bem, mas a única dificuldade que tenho tá sendo essa, porque às vezes eu não posso fazer as coisas, porque ela tem dia que tá muito chata, muito irritada, entende, assim...enjoadinha...

Entretanto, ela também aprendia a conhecer a filha e, as duas juntas, tinham momentos de prazer como o banho de sol matinal.

Para Simpson e Rholes (2002), os primeiros meses de transição são particularmente mais penosos para as esposas que precisam lidar com as demandas da gravidez, parto e cuidados pós-natais, como amamentação do bebê. Geralmente os pais, nesta fase, ocupam a função de “provedores de suporte” (Oakley, 1980 citado por Simpson & Rholes, 2002), um papel que Dessen e Braz (2000) apontam como essencial para as mulheres darem conta de suas próprias tarefas como “novas mães”.

c) Quem vai cuidar deste bebê?

Entre as tarefas da “boa mãe”, está, ainda, a responsabilidade de definir quem cuidará da criança durante os seus períodos de ausência. Especialmente entre as mulheres que trabalham fora, isto é um ponto crucial e desencadeador de preocupações desde a gestação.

A primeira opção das entrevistadas dos Grupos 1 e 2 era ter uma babá para cuidar dos filhos em casa, talvez uma forma de protegê-los. Entretanto, encontrar

alguém que atendesse aos critérios era uma tarefa difícil, além do que não diminuiria a necessidade de contar com outras pessoas que compusessem uma “rede de apoio”, até mesmo para fornecer orientações sobre como localizar uma profissional adequada (que significa “de confiança”) e também que a “supervisionasse” nos primeiros tempos, enquanto a entrevistada estivesse fora.

“ (...) Eu falei, eu pensei que ia logo voltar a trabalhar, mas eu não quis deixar com ninguém, não, porque tá muito molinho. Aí eu fico com medo, assim... Se ele pudesse ficar na casa da minha mãe e com alguém pra tomar conta, seria melhor, né? Mas aqui eu tenho que deixar com estranhos... Aí, eu fico pensando, assim: será que se deixar cair, qualquer coisa assim, será que vão falar? Você fica... Com medo! Aí eu fiquei com medo, eu acho melhor eu mesma tomar conta do meu filho! Até quando ele completar um ano; depois que ele completar um ano eu deixo, assim, com uma pessoa, entendeu? Mas, deixar, assim eu não vou deixar, não.”

Neste ponto, quase todas poderiam ou gostariam de contar com suas mães, suas principais referências em termos de confiança. As exceções neste caso, deviam-se a dificuldades de relacionamento com a mãe, distância ou porque elas também trabalhavam.

“(...) esses dias, eu saí pra ver, pra ou pra ver proposta de trabalho, pra resolver alguma pendência social... Então, assim, eu pude sair e fiquei tranqüila porque ele tava aqui com minha mãe! Enquanto eu não tiver a babá, ou porventura, a babá fique doente e não venha um dia, né? Eu não tenho uma rede tão forte aqui, de parceiros, de pessoas que possam dar apoio à minha família, entendeu? Como se eu estivesse em São Paulo, onde tem a nossa família... Se não minha mãe, tem a mãe dele; se nenhuma das duas, tem a minha irmã; se não tem a minha irmã, tem a minha tia... Existe uma trama, uma rede muito maior com a qual você pode contar. Morando fora da sua cidade, isso dificulta.” (Anna)

Entre as participantes do Grupo 3, Vitória mencionou que optaria por uma creche comunitária, bem recomendada, que havia em seu bairro, mas algo ainda num futuro longínquo. Ela e também Luzia ainda não conseguiam imaginar outras pessoas cuidando de suas filhas na época das entrevistas pós-parto.

d) Outros aspectos e sua relação com o papel materno

São apresentados nesta seção aspectos considerados importantes mas que mereceram relativamente pouca atenção das entrevistadas. Em geral, a diversidade de sentidos e opiniões caracterizam os relatos. Estes indicam que se alteram o equilíbrio da relação da maternidade com o marido e com o trabalho, tendo significados diferentes para cada cônjuge e para o casal como uma unidade.

• Relação conjugal

Há referências a modificações maiores ou menores das inter-relações no casal e deste com outras dimensões do contexto, que já estavam em curso desde a gestação em alguns casos e intensificaram-se após o nascimento do filho.

Percebem-se semelhanças entre os casos, mas não entre os grupos de modo homogêneo. Anna, Amanda e Carla relataram que as suas atenções estavam focalizadas no bebê, enquanto casal. Já Leila referiu a participação de Luiz nos cuidados, pela experiência dele ter outros filhos. Marcos, marido de Marina, participa de forma mais restrita nos cuidados com o bebê pela demanda de trabalho; o mesmo ocorria com Lázaro, marido de Luzia. Neste caso, todavia, o relato da entrevistada aponta isto como um problema:

“(...)eu tive que mudar totalmente a minha vida, tive que me adaptar, tive que, sabe, me reestruturar e ele não sofreu mudança nenhuma, com relação a ele, ele não sofreu mudança nenhuma. Continua perto da mãe, entendeu, ele trabalha o dia todo, como já trabalhava, a única mudança é que ele coloca as coisas dentro de casa, mas lá ele já colocava também, então não mudou nada pra vida dele; ele não gostava de sair, não sai também, entendeu. E pra mim, foi... a mudança toda foi comigo, que eu tive que me adaptar a ela, eu tou vivendo em prol de Luna, principalmente nesses primeiros meses que são vitais pra ela, entendeu. (...) Aí eu fico, sabe, o motivo de discussão também é esse, porque eu falo pra ele...ele: ‘Ah, ela depende de você; se ela dependesse de mim, eu poderia fazer alguma coisa, mas ela depende unicamente de você’. Aí, às vezes eu falo pra ele: ‘Mas você não mudou nada, quem mudou foi eu, então eu é que sei’. (...) Quem cuida sou eu, quem fica com ela sou eu, quem sabe o que ela tem sou eu. Porque o pai dela não, não... conhece ela... não consegue ficar 15 minutos com ela. Que ela começa a chorar, chorar, chorar e ele entra em pânico, fica desesperado ‘Lu,

o que é que ela tem?’, entendeu. (...) Sempre perguntando o que é que ela... Ele não consegue, se ele não tem uma convivência com ela, ele sabe que é filha, ele sabe que eu sou a mulher dele, mas ele não vive diretamente.” (Luzia)

Clarice relatou que o marido gostava de brincar com o filho do casal, mas pareceu que, para Carlos, o “foco” estava sobre o retorno da mãe dele e os cuidados com ela. Vitória não referiu a participação de Vinícius.

Uma característica que se destacou nas entrevistas é que, de modo geral (isto é, antes e também após o parto), foram poucas as referências ao relacionamento sexual do casal. Nas entrevistas após o parto, somente Anna e Amanda (ambas do Grupo 1) relataram preocupações explícitas com este tópico.

O fato de o bebê estar dormindo no quarto dos casais em todos os casos, por causa da insegurança em deixá-lo sozinho em outro cômodo, principalmente durante a noite, pode ser um indicativo das mudanças na dimensão relacional do casal, como Anna expressou:

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

A relação do casal passa por modificações com a chegada do bebê, especialmente nos primeiros meses, quando as exigências do bebê são grandes e também porque há mudanças importantes do corpo da mulher. O casal pode apresentar dificuldades para lidar com isto. No pós-parto, o bebê passa a ser o centro das atenções, principalmente

porque a mulher fica “absorvida” pelo papel materno, o que resulta no impedimento de intimidade, levando a diferenças na relação do casal entre si e com os demais (Afonso, 2000; Bradt, 1995). Desta forma, na esfera da sexualidade, a relação conjugal pode também ser transformada, resultando em desajustes, se o casal não estiver atento (Kreutz, 2001).

Segundo Bradt (1995), o casal pode tanto superenfatar o relacionamento conjugal e com amigos e negligenciar o relacionamento pais-criança, arriscando-se a negligenciar os filhos e as pessoas mais velhas; ou superenfatar os relacionamentos pais-criança e por em risco o casamento, conduzindo a vínculos emocionais excessivamente intensos entre pais e filhos.

Para alguns autores (Cowan, Cowan, Heming & Miller, 1991; Zamberlan & Biasoli-Alves, 1997), famílias com filhos pequenos, especialmente nos países em desenvolvimento, necessitam de atenção devido à existência de conflitos específicos desta fase do ciclo vital, que poderiam estar associados a diversas conseqüências, enfatizando-se uma certa precariedade da relação pais-filhos. Vivendo em tempos economicamente difíceis, as mudanças decorrentes do nascimento de filhos podem agravar os conflitos conjugais, colaborando para desorganização familiar e, conseqüentemente, levando a problemas na infância e adolescência, complementando-se negativamente por problemas como pobreza, prostituição e desnutrição, que atingem a população destes países (Steinberg, 1996).

• Trabalho e estudos

Nos três grupos, há em comum que a relação da mulher com trabalho e estudo é intermediada pela necessidade de um cuidador que substitua a mãe. Neste aspecto, como referido anteriormente, interferem os recursos disponíveis, seja em termos financeiros e também em termos da disponibilidade ou restrição da rede social de apoio.

Por isso, há variações no que ocorreu no período pós-parto, das cinco mulheres que já trabalhavam, quatro tiveram licenças-maternidade. Destas, duas (Amanda e Carla) prolongaram o período de afastamento do trabalho acrescentando um mês de férias ao final da licença. Outras duas, por motivos diferentes, diminuíram o período de licença:

Anna porque as aulas da escola onde trabalhava recomeçariam antes do término da licença; no caso de Clarice, o trabalho a convocou e, como desejava retomar suas tarefas de antes, estava inclinada a aceitar o retorno antecipado em um mês.

Leila, que planejara afastar-se das tarefas da livraria por um tempo mínimo, não conseguiu sustentar esta decisão e, ao contrário, decidiu ampliar o período de afastamento do trabalho para cuidar do bebê. No entanto, planejava voltar a estudar:

“No início, eu tava até trabalhando, mas toda hora eu tinha que subir! Ele chorava...e também só tá mamando, não tá ainda comendo nada; só no peito. Aí, eu achei melhor ficar aqui. Aí, às vezes, eu fico responsável pelo livros... Aí eu faço pedido de livros; quando chega os livros, eu separo... Aí, só isso. Não tou mais trabalhando, não. (...) Quando ele tiver com seis meses, eu volto a estudar de novo. Porque se parar é pior, né. E seis meses ele já vai tá...a partir do próximo mês eu já vou dar papinha a ele. Com seis meses eu posso dar mama a ele e sair pro cursinho e ele fica com Luiz.” (Leila)

O retorno aos estudos também foi definido por Marina, antes do parto, como algo que aconteceria rapidamente, não se concretizou. Assim, retornaria aos poucos, ao longo dos meses. Contudo, estar restrita aos cuidados com o bebê gerava uma sensação de improdutividade:

“Só é ruim o fato de eu estar em casa, né, é...apesar de eu saber que não tem como eu não tar... eu quero amamentar ele seis meses e até os quatro, só com leite materno... Então, quem faz isso, raramente não tem como fazer outra coisa mesmo. Mas é meio angustiante, assim, não tá produzindo nada, sabe? É... você fica naquilo mesmo, passa o tempo do dia inteiro, quando você vê, já acabou o dia.(...)” (Marina)

As duas entrevistadas que não trabalhavam, Luzia e Vitória, continuaram da mesma forma, porém, isto tinha sentidos diferentes para cada uma delas. Para a primeira, havia um conflito sempre presente entre a precipitação da maternidade e as demandas que buscava resolver em sua vida, entre elas, trabalhar ou continuar os estudos; para Vitória, até a data da segunda entrevista, mantinha seus projetos de finalizar os estudos.

Para Anna, Clarice, Leila e Vitória, trabalhar e estudar tinha sentidos particulares, mas, como aspecto comum, procuravam garantir melhores condições de vida para os seus filhos.

4.3.3 CONCLUSÕES SOBRE OS GRUPOS

Passar por um “marcador vital” (*life marker*) ou mesmo sofrer uma mudança de identidade, como tornar-se marido, pai ou mãe, não é, por si só, indicador de transição completada. Assim, não é apenas o nascimento do filho que marca a transição para a maternidade, mas as mudanças psicológicas internas e organizações de papéis da mulher e de seus relacionamentos mais importantes, como com o pai do bebê (Cowan, 1991). As significações que estão sendo construídas durante as transições para a maternidade, constituem-se e são constituídas por redes pessoais, mas, nesta seção, pôde-se analisá-las através das características comuns dos casos.

Torna-se, interessante, portanto, resumir tais características dentro de cada grupo de participantes.

Grupo 1:

Nas falas das entrevistadas deste grupo têm em comum o trabalho como aspecto central na sua vida e que se tornou uma grande preocupação diante da notícia da gravidez. Há conflito entre o papel profissional (como era exercido até então) e a responsabilidade de dedicar-se à educação dos filhos; para tanto, acreditam ser importante reformular seus projetos profissionais de modo a conciliá-los com a maternidade.

Elas relatam terem percebido mudanças psicológicas em si mesmas e nas suas relações desde o período pré-parto, especialmente na relação com a figura materna durante a transição para a maternidade. Embora a construção do papel materno esteja referenciada em tal figura, têm autonomia para a criação de uma forma própria de ser mãe.

Para as entrevistadas deste grupo, embora a experiência da maternidade seja positiva, é também complexa porque, para elas, está vinculada intrinsecamente às suas atitudes, às suas escolhas, portanto. Por isso, o sentido de “ser uma boa mãe” tem relação com exigências e cobranças, por estarem assumindo, voluntariamente, tal tarefa para si.

Esta forma para lidar com as questões relativas à maternidade não dispensa, no entanto, desejar e requerer a participação ativa do marido, o que influencia as interações do casal. Assim, na dimensão relacional, percebe-se a variedade de modos pessoais nas posições na relação com os outros, mas sempre valorizando a autonomia e a independência.

Em relação ao parto, sua estratégia principal é a busca por informações para poder optar pela alternativa que lhe garanta maior satisfação, assegurando a presença do acompanhante de parto como recurso para ter tranquilidade, podendo sentir-se melhor durante a experiência da parturição.

Grupo 2:

Para as mulheres deste grupo, a gravidez é uma experiência natural da vida da mulher; por isso, não percebem grandes transformações em si mesmas e enfatizam as relações interpessoais e a naturalidade dos fatos ligados à maternidade.

Diante do parto, ainda que existam inseguranças, sustentam-se, ora nas referências sociais, ora nas informações, ora na força da natureza e de Deus que irá conduzir apropriadamente suas vidas.

Contam com a presença do marido, da família e de outros parceiros da sua rede social, para colaborar na busca de alternativas para solucionar os problemas, ressaltando-se que a mãe é tanto referência quanto principal apoio para elas. Desta forma, o momento do retorno ao trabalho implica em aumentar seu nível de preocupação pelo afastamento do contato com os filhos, mas a garantia da disponibilidade da família e o poder da intuição e/ou instintos maternos para superar os problemas causados pela distância entre mãe e filho, são elementos importantes para elas.

Grupo 3:

Não há um consenso sobre o significado da gravidez para as duas mulheres deste grupo. No entanto, para elas, há em comum a constatação da gestação como tendo precipitado uma série de mudanças nas suas vidas. A experiência da gravidez pode ser tanto positiva quanto problemática, dadas as dificuldades que ambas necessitam encarar

precocemente. Entretanto, “assumem” a gravidez e procuram adaptar-se às responsabilidades e demandas da nova fase e ao novo estilo de relacionar-se.

Na dimensão relacional, os companheiros (marido ou namorado) geralmente situam-se como suporte, mas distanciados. Apesar das mães serem as principais referências para estas participantes, há pouco apoio efetivo, mas apenas moderado. A rede social extensa também garante apenas suporte relativo, e nenhum apoio é encontrado na relação com os profissionais que lhes prestam assistência.

A falta de formação profissional das duas entrevistadas parece restringir suas possibilidades de emprego o que, conseqüentemente, reduz as condições socioeconômicas do casal e, em especial, da mulher.

Vê-se, então, que estão no processo de construção de sua auto-identidade, mas “lançam-se” são “lançadas” praticamente sozinhas na transição para a maternidade, contando com pouco apoio no nível relacional. Isto não significa, necessariamente, independência, mas uma autonomia “compulsória”: precisam decidir sobre muitas coisas sozinhas, o que resulta em uma grande concentração de responsabilidade sobre a mulher que ocupa lugar central dentro dos seus processos interativos.

Capítulo 5

Considerações Finais

A revisão dos estudos brasileiros sobre a maternidade revelou a escassez de trabalhos publicados numa perspectiva psicológica e, quando são encontrados, nota-se um certo padrão “psicopatologizante” – por exemplo, sobre depressão ou psicose puerperal. É como se a Psicologia tivesse pouco a dizer ou, talvez, pouco interesse em relação a esta fase do desenvolvimento humano. Em contraposição, foram encontrados muitos estudos e publicações feitos por profissionais de Enfermagem e também por ativistas do movimento feminista.

Nesta etapa do desenvolvimento humano, tão rica e produtiva, é visível como ocorrem a co-construção de papéis e as modificações nos posicionamentos da pessoa ao longo de todo o fluxo de interações sociais que constitui a vida social. Como afirma Branco (2004), todas as experiências que promovem o desenvolvimento humano envolvem “processos de contínua significação e transformação de concepções, atitudes, papéis, crenças e valores de todos aqueles que participam de forma direta, ou aparentemente indireta” (p. 209) de tais processos, o que se aplica à transição para a maternidade.

A articulação teórica pretendida neste estudo, entre RedSig e as transições desenvolvimentais, teve como objetivo analisar como os significados, representações ou interpretações de uma pessoa sobre elementos ou aspectos relacionados com a maternidade modificam-se na transição e, desta forma, podem ter papel decisivo sobre seus processos interativos (no nível intrapessoal, interpessoal e considerando mudanças situacionais). Embora as significações não se restrinjam a tais elementos, estes são partes essenciais da rede, que podem constrangê-la ou ampliá-la.

A rede de significações está imersa em uma matriz sócio-histórica e cultural que é formada por múltiplas “vozes” e, portanto, os discursos sobre gravidez, parto e maternidade traduzem ambigüidades que se concretizaram nas falas das entrevistadas. Há uma “voz” que fala do protagonismo da mulher, estimulando sua participação ativa e também do seu companheiro (marido ou namorado), no que diz respeito à gestação e parto, em conjunto com a equipe de saúde, mas sinaliza também um contexto em que a maior parte da população tem acesso a serviços de saúde que não consideram, minimamente, suas condições como sujeito. Outra “voz” fala sobre o poder e o controle

da ciência sobre a vida humana, personificada pelo profissional médico, traduzida em discursos sutis (ou declarados) que sugerem cesarianas para mulheres da classe média.

Outro aspecto da matriz que trata destas contradições, é o acesso às informações, facilmente encontradas em programas de televisão, *sites* na *Internet* e publicações impressas, geralmente idealizando o parto normal (o “belo parto” ou “parto de livro”, como diz Tornquist, 2003) e, do outro lado, estão as mulheres de classes populares, para as quais a parturição está relacionada com procurar vaga para terem assistência, e sofrer nas longas filas de espera. Para estas, acesso à informação é algo incomum e depende de sua própria iniciativa.

Mas as experiências da transição para a maternidade não são somente culturalmente constituídas. São vários os “modelos” de maternidade ou, pode-se dizer, há a “maternidade de cada mãe”, co-construída pessoal e coletivamente, com base em experiências passadas e atuais, dentro e fora da mulher, simultaneamente.

De diferentes modos, as mulheres entrevistadas parecem estar atentas aos aspectos psicológicos relativos ao tornar-se mãe, mostrando-se implicadas em suas responsabilidades, buscando alternativas para conciliar as demandas da maternidade com de outras áreas da vida.

Para as mulheres entrevistadas neste estudo, a maternidade é uma experiência que produz marcas indeléveis, podendo tanto limitar as possibilidades de transformação e aprendizados da mulher, quanto ampliar suas oportunidades de crescimento. Entretanto, encontrar explicitamente os modos através dos quais a maternidade constrange o desenvolvimento da mulher é algo difícil; geralmente elas associaram isto a reclamações sobre a presença do filho em sua vida, contrariando o amor materno, importante mito, parte da matriz histórica e cultural da nossa sociedade (Badinter, 1980; Forna, 1999).

Pelas circunscrições que cria, a matriz sócio-histórica e cultural, muitas vezes, leva à negação do sujeito como alguém capaz de posicionar-se, de criticar; ao invés de ser ativo, assume uma postura passiva. Entre as mulheres do grupo estudado, percebeu-se que, apesar das mulheres parecerem mais conscientes de seus direitos de fazer escolhas (fazendo-as, de fato), isto não significou, necessariamente, no conjunto, uma vivência da transição para a maternidade mais “livre” ou qualitativamente melhor.

Isto pôde ser visto na questão da autonomia (“conquistada” ou “compulsória”), quando as mulheres sobrecarregam-se devido aos conflitos gerados pela superposição de tarefas, centralizando as decisões relacionadas com o filho, dividindo com poucas pessoas. Chama a atenção a procura destas mulheres pelas próprias mães, tomadas como principais referências, ficando os homens (maridos, namorados, pais) em posições “periféricas”, “virtuais”, geralmente sem saber como se aproximar ou fazer parte deste novo contexto interativo. Isto acentua-se especialmente após o nascimento do bebê, o que se pode ver na concentração das falas das entrevistadas sobre o papel materno. As entrevistas pós-parto foram mais curtas, na maioria dos casos e, mesmo quando foram longas, apresentam menor diversidade temática, focalizando mais o bebê e o que lhe dizia respeito.

A situação socioeconômica pode gerar mais dificuldades, pela restrição da rede de apoio e dos recursos para contornar os problemas que surgem, juntamente com mudanças significativas desta fase, tornando a transição para a maternidade especialmente delicada e sensível a desajustes.

É importante lembrar que as entrevistas foram realizadas dentro do processo de transição para a maternidade e, assim, representam informações possivelmente destinadas a serem revistas e até mesmo modificadas posteriormente. Nos dois momentos de abordagem das participantes (antes e após o parto), notou-se que a gravidez e a maternidade inseriram-se no contexto de vida de cada mulher como um marco fundamental, uma referência dentro do seu ciclo vital. Nos diversos campos interativos, com as várias pessoas envolvidas e em variados cenários, estas mulheres constroem não apenas os sentidos acerca de ser mãe, mas também sentidos de si.

O entrelaçamento dos aspectos destacados por este estudo, focalizados através das entrevistas com as mães, levanta pontos pertinentes à linha de pesquisa “Infância e contextos culturais”, em que se insere este trabalho. Tendo-se em conta a vulnerabilidade da criança dentro dos contextos interativos, enfatiza-se a utilidade deste estudo, no sentido de poder auxiliar àqueles que trabalham com gestantes ou casais, recém-mães ou pais, ou ainda com a primeira infância, e particularmente aos que prestam assistência à maternidade e neonatologia.

Para futuras investigações, sugere-se que os informantes sejam pessoas de classes populares, respeitando-se a proporção que existe na realidade da população brasileira. Além disso, sugere-se abordar também outros atores que têm importantes papéis nesta etapa: pais (maridos ou namorados), mães das mães (avós maternas) e profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- Afonso, E. (2000). Relações familiares no pós-parto. Recuperado em 03 de julho de 2004, na http://www.oninet.pt/517mbw/PublicacaoSEP.RELACOES_FAMILIARES_NO_POS-PARTO.PDF
- Almeida, A. N. (2003) Família, conjugalidade e procriação: valores e papéis. In J. Vala; M. V. Cabral e A. Ramos (orgs.). *Valores sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Amorim, K. S.; Rossetti-Ferreira, M. C. (2004). A matriz sócio-histórica. In Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Badinter, E. (1995). *Um Amor Conquistado – O mito do Amor Materno*. Editora Nova Fronteira.
- Bailey, L. (2000). Bridging home and work in the transition to motherhood: a discursive study, *The European Journal of Women's Studies*, v. 7, pp. 53-70.
- Barker, K. K. (1998). A ship upon a stormy sea: the medicalization of pregnancy. *Social Sciences and Medicine*, 47 (8): 1067-1076.
- Bastos, A. V. B. (2002) Mapas cognitivos e a pesquisa organizacional: explorando aspectos metodológicos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 7, número especial. Recuperado em 19 de setembro de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2000) Continuidades e Rupturas no Papel da Mulher Brasileira no Século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Set-Dez, 16 (3): 233-239.
- Blanco, A. (1996) Vygotsky, Lewin y Mead: los fundamentos clásicos de la psicología social. In: D. Paéz & A. Blanco (eds.) *La teoría sociocultural y la psicología social actual*. (pp. 27-62). Madrid, Fundación Infancia y Aprendizaje.

- Bordo, S. R. (1997). O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: Jaggar, A. M. *Gênero, copo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.
- Bougon, M. (1983). Uncovering cognitive maps: The Self-Q Technique. In G. Morgan (Org.), *Beyond method*, pp. 160-172. Newbury Park: Sage.
- Bradt, J. O. (1995). Tornando-se pais: famílias com filhos pequenos. In: Carter, B. e McGoldrick, M. e colaboradores. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Branco, A. U. (2004) Utilizando a Rede no estudo de contextos de desenvolvimento. In Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais, *Cad. Saúde Pública*, v. 19, suppl.2. Recuperado em 13 de maio de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida – Presidência do Conselho de Ministros (2001). *As condições do exercício da maternidade e da paternidade na sociedade portuguesa – Relatório e Parecer 36*. Lisboa, 03 de Abril de 2001. Recuperado em 12 de fevereiro de 2004, da <http://www.cneev.gov.pt>.
- Cowan, P. A. (1991) Individual and family life transitions: a proposal for a new definition. In: Cowan, P. A.; Hetherington, E. M., *Family Transitions*, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G.; Miller, N. B. (1991). Becoming a family: marriage, parenting and child development. In: Cowan, P. A.; Hetherington, E. M., *Family Transitions*, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cunha, M. I. da. (1997) Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Revista da Faculdade de Educação*, 23 (1-2). Recuperado

em 26 de junho de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br.

Dessen, M. A.; Braz, M. P. (2000). Rede de apoio social durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3): 221-231.

Dias, A. C. G.; Lopes, R. C. S. (2003). Representações de maternidade de mães jovens e suas mães. *Psicologia em Estudo*, v.8, número especial, Maringá. Recuperado em 23 de julho de 2005, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br

Diniz, C. S. G. (1997). *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social*. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Diniz, C. S. G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Dutra, E. (2002) A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 7, n. 2. Recuperado em 26 de junho de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br.

Esteves, J. R. (2003). *Trajetórias de vida: repercussões da gravidez adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência*. Dissertação (Mestrado) apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo.

Florsheim, P.; Sumida, E.; McCann, C.; Fukui, R.; Seefeldt, T.; Winstanley, M., Moore, D. (2003). The transition to parenthood among young African American and Latino couples: relational predictors of risk for parental dysfunction. *Journal of Family Psychology*, 17(1): 65-79.

Fossey, E.; Harvey, C.; McDermott, F.; Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n. 36, pp. 717-732.

- Fontana, A.; Frey, J. H. (2000) The interview: From structured questions to negotiated text. In: Denzin, N. & Lincoln, Y. (eds.) *Handbook of qualitative research*. (2nd). (pp. 645-672). London: Sage Publications Inc.
- Forna, A. (1999). Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime todas as mães. A. L. Andrade (trad.). Rio de Janeiro: Ediouro.
- Freitas, R. C. (2002). Família e violência: reflexões sobre as mães de Acari. *Rev.Psicologia USP*, v.13, n. 2. Recuperado em 14 de abril de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br
- Gaskell, G.(2002). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer e G. Gaskell, *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. (pp.64-89) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hotimsky, S. N.; Rattner, D.; Venâncio, S. I.; Bógus, C. M.; Miranda, M. M. (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5): 1303-1311.
- Kennell, J. H. (1995). Tornar-se família: Ligações e padrões de mudança no comportamento do bebê e da família. In: Gomes-Pedro, J. (coord.). *Bebê XXI: criação e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Kiehl, E. M.; White, M. A. (2003). Maternal adaptation during childbearing in Norway, Sweden and United States. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, n. 17, pp. 96-103.
- Klaus, M. H.; Kennell, J. H. (1992). A família durante a gravidez.. In: Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Kreutz, C. M. (2001). *A experiência da maternidade e a interação mãe-bebê em mães adolescentes e adultas*. Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Jovchelovitch, S.; Bauer, M. W. (2002) Entrevista narrativa. In: Bauer, M. w. e Gaskell, G. (editors). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Levin, E. (2001) A função e o funcionamento cênico do filho-criança. *A função do filho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Maldonado, M.T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. (14ª ed.) São Paulo: Saraiva.
- McGoldrick, M. (1995). As mulheres e o ciclo de vida familiar. In: Carter, B. e McGoldrick, M. e colaboradores. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Menezes, C. C. (2001). *A relação conjugal na transição para a parentalidade: da gestação ao segundo ano de vida do bebê*. Tese apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Moraes, M. S.; Goldeberg, P. (001). Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3): 509-519, mai-jun.
- Mott, M. L. (2002a). Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972 – 2002). *Estudos feministas*, n. 2, pp. 493-507.
- _____. (2002b). Parto. *Estudos Feministas*, n. 2, pp. 399 – 401.
- Nader, P. J. H. (2004). Atendimento em sala de parto. In Nader, S. S., Pereira, D. N. e cols. *Atenção integral ao recém-nascido: Guia de supervisão de saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Nelson, A.M. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Neonatal Nursing*, n. 32, pp. 465-477.
- Nozawa, M.R; Schor, N. (1996) O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. *Saúde e sociedade*, 5(2): 89-119.
- Oliveira, S. M. V.; Riesco, M.L.G.; Miya, C. F. R.; Vidotto, P. (2002). Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.10, n.5, Set-Out.

- Oliveira, Z. M. R.; Guanaes, C.; Costa, N. R. A. (2004). Discutindo o conceito de “jogos de papel”: uma interface com a “teoria de posicionamento”. In Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Pedrosa, M. I. (2004). Rede de Significações: um debate conceitual. In Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Priel, B.; Besser, A. (2001). Bridging the gap between attachment and object theories: a study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, n. 74, pp. 85-100.
- Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S. (2004). Rede de significações: alguns conceitos básicos. In: Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Rech, T. (2000) Dimensões psicossociais da entrevista. In H. Scarparo (org.). *Psicologia e pesquisa: Perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Ruble, D.N.; Brooks-Gunn, J.; Fleming, A.S.; Fitzmaurice, G.; Stangor, C.; Deutsch, F. (1990). The transition to motherhood and the self: measurement, stability, and change. *Journal of Pers. Soc. Psychol.*, 58(3): 450-463.
- Sarmiento, R.; Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais n gravidez, parto e puerpério. *Rev. Ciências Médicas*, 12(3), 261-268, supl. jul.- set.
- Sawyer, L. M. (1999). Engaged mothering: the transition to the motherhood for a group of African American women, *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1): 14-21.
- Silva, A. P. S.; Rossetti-Ferreira, M. C.; Carvalho, A. M. A. (2004). Circunscritores: limites e possibilidades no desenvolvimento. In Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.

- Simpson, J. A.; Rholes, W. S. (2002). Attachment orientations, marriage, and the transition to parenthood. *Journal of Research in Personality*, n. 36, pp. 622-628.
- Smolka, A.L.B. (2004). Sobre significação e sentido: uma contribuição à proposta da Rede de Significações. In Rossetti-Ferreira, M. C.; Amorim, K. S.; Silva, A. P. S.; Carvalho, A. M. A. (orgs.), *Rede de Significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Stake, R. E. (2000). Case studies. In N. Denzin & Y. Lincoln (eds.) *Handbook of qualitative research* (2nd). (pp.435-453). Ed. London: Sage Publications Inc.
- Steinberg, S. (1996). Childbearing research: a transcultural review. *Social Sciences and Medicine*, 43 (12): 1765-1784.
- Stern, D. N. O mundo representacional dos pais. In: *A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê*. (pp.23-43). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Toomela, A. (1996). How culture transforms mind: a process of internalization. *Culture & Psychology*, 2(3): 285-305.
- Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.19, supl. 2. Recuperado em 13 de maio de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br
- Trindade, Z. A. (1999). Concepções arcaicas de maternidade e paternidade e seus reflexos na prática profissional. *Interfaces: Revista Psicologia*, 2 (1), 33-40.
- Trindade, Z. A.; Enumo, S. R. F. (2002). Triste e incompleta: uma visão feminina da mulher infértil. *Psicologia USP*, v.13 n.2. Recuperado em 22 de março de 2004, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br.
- Trost, J. (1995). O processo de formação da família. In: Gomes-Pedro, J. (coord.). *Bebé XXI: criança e família na viragem do século*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Valsiner, J. (2000). *Human development and culture*. London: Sage.

Yazlle, M. E. H. D.; Rocha, J. S. Y.; Mendes, M. C.; Patta, M. C.; Marcolin, A. C.; Azevedo, G. D. (2001). Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev. Saúde Pública*, 35 (2): 202-206.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (2ª ed.). Porto Alegre, RS: Bookman.

Zamberlan, M. A. T. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1997). Ambientes domiciliares de famílias de baixa renda. Em: Zamberlan, M. A. T. & Biasoli-Alves, Z. M. M. *Interações Familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Londrina: UEL.

Anexos

ANEXO I



Universidade Federal da Bahia – UFBA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



MESTRADO EM PSICOLOGIA

Pesquisa: Significações em torno do parto na transição para a maternidade

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente documento, declaro saber que a pesquisa acima nomeada tem por objetivo conhecer os significados atribuídos ao parto por mulheres que se tornam mães pela primeira vez. Esta pesquisa será conduzida pela mestranda ANA PATRÍCIA VARGAS BORGES e realizada por meio de entrevistas individuais que serão registradas em fitas cassete.

Estou informada de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, terei total liberdade para questionar ou mesmo recusar-me a continuar participando desta investigação.

Os dados obtidos serão utilizados estritamente para os propósitos da pesquisa, sendo que as participantes não terão associados seus nomes a suas declarações.

Meu consentimento para participar desta pesquisa está fundamentado na garantia de que as informações apresentadas serão respeitadas, assentando-se nas seguintes restrições:

- a) Não serei obrigado a realizar nenhuma atividade para a qual não me sinta disposta e capaz;
- b) Não participarei de qualquer atividade que possa vir a me trazer qualquer prejuízo;
- c) O meu nome, e o dos demais participantes da pesquisa, não serão divulgados;
- d) Todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial;
- e) A pesquisadora está obrigada a me fornecer, quando solicitada, as informações coletadas;
- f) Posso, a qualquer momento, solicitar à pesquisadora, que os meus dados sejam excluídos da pesquisa.

Ao assinar este termo, passo a concordar com a utilização das informações para os fins a que se destina, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica, desde que sejam respeitadas as restrições acima relatadas.

As dúvidas poderão ser respondidas pela mestranda Ana Patrícia Vargas Borges pelos telefones 328-4508 e 9121-6643.

Pelo presente termo, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Salvador, _____ de _____ de 2004.

ANEXO II

Avaliação da saúde da gestante

1. Nome:

2. Idade:

3. Antecedentes Obstétricos:

Abortamentos _____ () espontâneos () provocados

Alguma dificuldade obstétrica: () sim () não Qual? _____

Intervenções cirúrgicas: () sim () não Qual? _____

4. Dados da gestação atual:

Idade gestacional: _____

Previsão para o parto: _____

Início do pré-natal: _____

5. Saúde durante a gestação:

Medicamentos: () sim () não Quais? _____

Exposição à radiação (1º trimestre): () sim () não

Hipertensão gestacional: () sim () não

Hemorragia: () sim () não

Anemia: () sim () não

Doenças sexualmente transmissíveis: () sim () não

Outras patologias: () sim () não. Quais? _____

Drogas: () Álcool () Fumo (). Outras drogas? Quais? _____

ANEXO III

Ficha para dados sócio-demográficos

Nome da gestante: _____

Idade: _____ Escolaridade: () 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

Trabalha? () sim () não O que faz? _____

Renda? _____

Quem mantém a casa? Mãe () Pai () Casal () Outro () Quem? _____

Período que a mãe permanecerá em casa sem trabalhar: _____

Religião: _____ Praticante: () sim () não

Estado Civil: () casada () solteira () separada () com companheiro

Reside com o pai da criança? () sim () não.

Se reside com o pai da criança, há quanto tempo? _____

Se não reside com o pai da criança, com quem mora? _____

Nº de pessoas que residem na casa: _____

Nº de cômodos da casa: _____

Nome do pai do bebê: _____

Idade: _____ Escolaridade: () 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

Trabalha? () sim () não O que faz? _____

Renda? _____

Religião: _____ Praticante: () sim () não

Tem outro(s) filho(s)? () sim () não Quantos? _____

Endereço da gestante: _____

Telefone: _____ Telefone para contato: _____

Há alguém considerado pela entrevistada como referência em relação à gestação/parto?

() sim () não. Quem (nome)? _____

Grau de proximidade com gestante: _____

Idade: _____ Escolaridade: () 1º grau () 2º grau () 3º grau ()

Trabalha? () sim () não. O que faz? _____

Tem filho(s)? () sim não (). Quantos? _____

Onde mora? _____

ANEXO IV

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA ANTES DO PARTO

Acompanhamento pré-natal

Informações sobre o parto

Expectativas em relação ao parto

Preparação para o parto

Escolha do tipo de parto

Expectativas sobre a assistência ao parto

Experiência de outras mulheres sobre parto

Experiência da maternidade

Auto-percepção e auto-cuidados

Relação conjugal durante a gravidez

Relações sociais durante a gravidez

ANEXO V

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA APÓS O PARTO

Descrição do parto e de eventos imediatamente antecedentes

Comparação com as expectativas

A assistência recebida antes, durante e logo após o parto

Suporte emocional durante o parto

Primeiro contato com o bebê

A experiência subjetiva do parto

Rotina de cuidados com o bebê

Referências à relação com o bebê

A experiência da maternidade

Relação conjugal

Relações sociais e rede de apoio

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)