



“Eu não queria errar”: culpa e responsabilidade em narrativas de cesárea

“I didn’t want to make a mistake”: guilt and responsibility in narratives of caesarean births

*Claudia Barcellos Rezende*¹

RESUMO

Este artigo examina os sentimentos expressos em narrativas de cesárea na internet, em particular a culpa que levanta a questão da responsabilidade pela cirurgia. Através desta análise, discute-se as articulações entre concepções de corpo, subjetividade, maternidade e valores morais.

PALAVRAS-CHAVE: Cesárea. Culpa. Narrativas de Internet.

ABSTRACT

This article examines the emotions expressed in internet narratives of cesarean birth, especially guilt which points at the issue of who is responsible for the surgery. Through this analysis, we discuss the links between concepts of the body, subjectivity, motherhood and moral values.

KEYWORDS: Cesarean Birth. Guilt. Internet Narratives.

Introdução

“Eu não queria errar e fazer alguma besteira. Eu queria fazer a cesárea sem sentir culpa. Por isso me alienava e colocava tudo nas mãos do médico. Entreguei o meu parto todo na mão da equipe médica e me libertei da culpa”. Muitos sentimentos estão presentes no relato de Diana sobre sua experiência de uma cesárea que ela não queria e que foi vista como necessária por seu médico. Sua história está publicada em um site sobre parto e em todas as narrativas de parto vaginal e cesáreas, as emoções são fortes elementos discursivos. Mas a culpa tem destaque apenas nos relatos sobre a via cirúrgica de nascimento.

¹ Professora Titular, Departamento de Antropologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Email: cbrezende65@gmail.com

Neste artigo, examino os sentimentos expressos em narrativas de cesárea, em particular a culpa que levanta a questão da responsabilidade pelo parto, como bem ilustra a fala de Diana. Através da análise das emoções narradas, discuto como se articulam concepções de corpo, subjetividade e gênero com sentidos de maternidade e valores morais. Essas noções se tornam disputadas com o movimento de humanização do parto desenvolvido desde a década de 1990, a partir da crítica a procedimentos médicos, como a indução no trabalho de parto, o corte do períneo e a realização de cesáreas sem justificativa, que seriam feitos nos partos hospitalares por rotina e não baseados em evidências científicas (Diniz 2005). Em especial, há um olhar que problematiza a relação assimétrica entre médico e paciente, reivindicando maior protagonismo das mulheres, cujo corpo estaria “naturalmente” capacitado para parir (Tornquist 2002).

Analiso as narrativas enquanto formas estruturadas de contar uma história que se distingue do evento do parto em si (Bruner 1986, Riessmann 1993). Como em outros relatos de parto (Rezende 2019), as histórias começam falando de um momento inicial de calma, criam momentos de tensão e drama e terminam com desfechos que ora podem ser felizes, ora frustrados, como no material que analiso neste artigo. Dedico atenção especial às emoções expressas, buscando entender o que revelam das dinâmicas sociais enredadas em torno das vias de nascimento, bem como do contexto em que são contadas, um site a favor da humanização do parto. De acordo com a proposta de Abu-Lughod e Lutz (1990), abordo os sentimentos não tanto quanto estados subjetivos particulares e sim como expressões discursivas, socialmente construídas, afetadas e afetando os contextos de interação social. Assim, a análise das emoções expressas nos relatos permite vislumbrar significados e tensões na vivência do parto enquanto evento medicalizado que é ao mesmo tempo simbólico da maternidade.

Os relatos examinados aqui foram publicados no site Parto do Princípio², um dos primeiros voltado para a humanização do parto e

² Embora os relatos estejam publicados em um site aberto a todos, optei por manter o anonimato das mulheres cujas narrativas analiso aqui. Esta análise resulta dos projetos de pesquisa “Histórias de parto: pessoa e parentesco” e “O parto narrado: corpo, subjetividade e relacionalidade”, apoiados pelo

organizado por uma rede de mulheres ativistas. As narrativas de cesárea estão presentes em número menor do que aquelas que contam partos vaginais. Todas estavam casadas na época do evento e destacam o não planejamento por elas da via cirúrgica de nascimento, contando os diferentes fatores que levaram a este acontecimento. São todas experiências na saúde suplementar, sendo seis no sudeste e uma no nordeste do país. Embora os relatos não tenham data de postagem e nem todas mencionem quando os filhos nasceram, muitos destes eventos aconteceram no início dos anos 2000³.

Maternidade e cesárea

Enquanto papel social, a maternidade na sociedade brasileira recebe significados específicos ao longo da história e através de classes sociais e regiões distintas. De um destino “naturalizado” para gerações de mulheres até a década de 1960, foi se tornando um projeto, particularmente para as mulheres de camadas médias (Almeida 1987, Salem 2007) ⁴. Tanto as novas formas de contracepção como a crescente importância do trabalho para essas mulheres contribuíram para a maternidade se tornar um papel social vivido como uma escolha, cujos roteiros pré-definidos foram sendo aos poucos desconstruídos em privilégio do foco nos afetos e na subjetividade de cada pessoa.

Desde meados do século XX, Russo e Nucci (2020) argumentam que, nesses segmentos que compartilham valores centrados no indivíduo, tornar-se mãe tem sido compreendido como experiência eminentemente corporal e emocional. Engravidar, parir, amamentar são vivências corporais desejadas, para as quais contribuem as novas tecnologias de reprodução assistida, o ideário de humanização do parto e a formação de grupos e redes de apoio,

Programa Pro-Ciência da UERJ e pelo CNPq através de Bolsa de Produtividade, e “Gestão do corpo e subjetividades contemporâneas”, apoio pelo CNPq através do Edital MCTI 01/2016 Universal.

³ Na última década, os relatos de parto se deslocam para os vários grupos criados no Facebook (Hughes 2018, Pulhez 2013, Silva 2020).

⁴ Sobre as camadas trabalhadoras, Martins (2005) discute como para mulheres no Paraná na primeira metade do século XX a maternidade era mais uma tarefa doméstica. Já no presente, Fonseca (2002) mostra como em Porto Alegre o cuidado das crianças é compartilhado entre várias mulheres, de forma que não uma mãe apenas.

presencial ou virtual. A valorização desses processos reflete o que Russo e Nucci chama de “virada corporal”, baseada no surgimento de um “self somático” para o qual o corpo e a saúde tornam-se alvo de cuidado e controle contínuos (2020, p.4/14). O corpo passa a ser base da identidade pessoal ao mesmo tempo que se constitui como lugar da moral.

Nessa concepção de maternidade corporal, a experiência do parto vaginal vem sendo particularmente valorizada. Russo e Nucci discutem como, entre adeptas do parto humanizado, encontra-se “a definição de si a partir de processos que se desenrolam no corpo, mas também no corpo como agente mesmo que conduz o processo” (2020, p.4/14). Segundo as autoras, a produção do hormônio ocitocina pelo corpo na hora do nascimento, por exemplo, seria vista, de acordo com certos médicos adeptos da humanização do parto, como promovendo o vínculo afetivo entre mãe e filho (Russo e Nucci 2020). A vivência da dor no parto e na amamentação, por sua vez, é ao mesmo tempo temida e desejada por ser associada a uma concepção de amor materno sacrificial (Rezende 2020) e percebida como forma de descoberta e transformação de si (Russo et al 2019). Suportar essas dores pelo filho seria assim um modo de se afirmar como mãe.

Neste cenário, a cesárea assume uma relação problemática com a maternidade. Com taxas bem mais altas que as recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, a realização de cesáreas na saúde privada tem sido discutida como problema que envolve a vontade dos médicos diante dos desejos da gestante, prevalecendo frequentemente a preferência dos primeiros (Pires et al 2010, Velho et al 2019). É defendida por muitos obstetras como sendo uma via de nascimento moderna, segura e controlada, em contraste com o parto vaginal que seria imprevisível e por isso mais arriscado (Nakano et al 2017). Mas para muitas mulheres que desejavam um parto vaginal e acabam tendo cesáreas, a passividade corporal na cirurgia é percebida como uma perda e até mesmo “roubo” da experiência intensa do parto, como veremos nos relatos analisados. Por isso, nos debates em torno do parto humanizado, a cesárea nem sempre é considerada um parto.

Contudo, há também uma reação a essas visões que relacionam estreitamente a maternidade ao parto vaginal, como mostram as mulheres que optam pela cesárea (Nakano et al 2015, Portela 2016). Escolhidas por razões diversas, como o medo da dor do parto vaginal e a possibilidade de planejamento, as cicatrizes cirúrgicas no corpo da mulher são ressignificadas enquanto marcas da gestação e do amor pelo filho (Portela 2016). Nakano et al (2015) destacam que a cesárea é percebida por essas mulheres como sendo a via segura para ter seus filhos, permitindo a organização de todos os seus detalhes sem abrir mão de seu protagonismo. Os sentidos de maternidade associados ao parto vaginal tornam-se, portanto, disputados.

O debate em torno das vias de nascimento aciona também a questão do risco, que por sua vez colocará em cena ideias de responsabilidade e de pessoa. Silva et al (2019) apontam como as crescentes intervenções obstétricas ao longo do século XX resultaram da visão do parto vaginal como um “risco por si só”, no qual caberia ao médico o dever de “conduzir” o processo (2019, p.182). Não só o parto, mas toda a gestação seria também percebida como um estado de risco, argumenta Lupton (1999) e Chazan (2007). O discurso do risco, construído socialmente, é visto como um dos eixos da normalização e vigilância dos corpos, que resulta na medicalização da vida tratada por Foucault (2012). Implica discursos de verdade sobre o corpo, sustentados por figuras cuja autoridade é vista como legítima. Pressupõe também um sujeito que se auto regula e é responsável pelas escolhas feitas em relação a sua vida e sua saúde, ou a de sua família (Rabinow e Rose 2006). Assim, no caso da gestação, o discurso do risco constrói a mulher grávida como responsável por cuidar do seu bem-estar físico e emocional, supervisionada pelo médico através das consultas de pré-natal. Ao fazê-lo, a gestante cuida também da saúde do feto, o que pode ser entendido já como tarefa da maternidade (Rezende 2020)⁵.

A responsabilização da mulher pela saúde do feto e, após o nascimento da criança, ganhou força no início do século XX, com o desenvolvimento do

⁵ É importante apontar que esta associação é cultural e historicamente construída. Por exemplo, como mostra Ivry (2010) em seu estudo sobre Israel, o desenvolvimento do feto pode ser atribuído a fatores genéticos principalmente, de forma que a gestante não é vista como interferindo no processo.

discurso da maternidade científica e da puericultura enquanto campo de saber médico (Freire 2008). Desde então, a mãe se tornou a principal figura responsável pela saúde física e mental e criação das crianças⁶. Por exemplo, amamentar o bebê já seria um ato de cuidado materno, tema de campanhas de saúde pública que associam aleitamento e afeto (Cadoná e Strey 2014). Ainda que segmentos sociais distintos produzam vivências específicas de maternidade, como a circulação de crianças entre várias mães, estudada por Fonseca (2002), o cuidado infantil é uma tarefa que, na divisão sexual do trabalho doméstico na sociedade brasileira, cabe às mulheres (Araújo e Scalon 2005, Carneiro 2019).

A “boa mãe” então é aquela que cuida e não põe a vida do seu filho em risco, mesmo antes dele nascer. Nessa perspectiva, a própria escolha do parto pode ser entendida como a via que é melhor para o bebê. No ideário do parto humanizado, a cesárea oferece riscos para a mulher e o bebê por ser um procedimento cirúrgico invasivo. Para obstetras e mulheres que preferem a cesárea, é o parto vaginal que se torna arriscado por sua imprevisibilidade. É nesse cenário que os relatos do Parto do Princípio devem ser compreendidos.

Quando a cesárea não é desejada

O site Parto do Princípio foi organizado por uma rede de ativistas em torno da humanização do parto, que se apresentam como “mulheres usuárias do sistema de saúde brasileiro que luta pela promoção da autonomia”⁷. Divulga artigos e orientações sobre o parto, a violência obstétrica, cesáreas desnecessárias, os direitos no momento do parto, bem como contatos de grupos de apoio a gestantes. Há no site uma seção com relatos de parto, divididos em parto hospitalar normal (19), domiciliar (12), desassistido (1), normal em centro de parto (1) e cesáreas (7). Ainda que haja diferentes locais onde os partos vaginais ocorrem, são eles o objeto da maioria das narrativas publicadas.

⁶ Zanello (2016) discute de forma crítica, como a psicologia enquanto campo de conhecimento atribui às mães um grande peso na formação psíquica dos filhos.

⁷ Em <https://www.partodoprincipio.com.br/sobre>

Em todas as sete histórias de cesáreas, o desejo inicial das mulheres era ter um parto vaginal. Cinco delas mencionam ter buscado informações sobre parto em livros, revistas e nos poucos sites que havia na época. Todas escrevem seus relatos algum tempo depois dos partos (uma delas escreve cinco anos após o nascimento do filho) a partir de seus envolvimento com os debates em torno da humanização do parto e reelaboram suas sensações em torno da cesárea, reinterpretando em alguns casos as justificativas médicas para a cirurgia. Uma delas publica também no site o relato do nascimento do segundo filho, via parto vaginal domiciliar. Todas entendem que o parto vaginal apresenta menos riscos para o bebê e duas afirmam que essa seria a forma de dar-lhe um nascimento digno.

Nessas histórias, o marido é uma figura muito presente, com quem se discute o momento de ir para o hospital ou a decisão de fazer uma cesárea. Em um dos relatos, quando a mulher tem que optar pela presença do marido na cesárea e sua ausência no parto vaginal, escolha imposta pela obstetra, tê-lo como acompanhante é o fator decisivo. Também aparecem nas narrativas a pessoa da mãe e de outros familiares, como irmãs e cunhadas. Em duas delas, seus obstetras acompanhavam há décadas também suas mães. Por isso, não conseguiram trocar de profissional, o que poderia gerar conflitos com suas mães.

Os relatos descrevem o processo de chegada na cesárea tanto em termos de suas dimensões corporais quanto das emoções sentidas ao longo do evento. Predominam as referências à culpa, frustração, medo, desespero, mas há também menção à felicidade de ver o bebê nascer e ao amor pelo filho/a. Para entender estes sentimentos no contexto em que aparecem, analiso a seguir três relatos que se referem às três situações encontradas: quando a cesárea é agendada pelo médico, quando, durante o trabalho de parto, o médico a recomenda e quando ela acontece a pedido da mulher.

Diana e a cesárea agendada

A história de Diana, cuja fala abriu este artigo, vai e volta no tempo, relatando de forma sucinta como sua cesárea aconteceu e depois revisitando trechos de diálogos e eventos que a fizeram questionar a necessidade da cirurgia. Conta de início como pensou durante seu pré-natal que seu obstetra “não era cesarista”. Tinha sido médico de sua mãe e feito o parto de seu irmão. Embora soubesse que ela queria parto normal, ele recomendou a cesárea por conta de uma incisura no cordão umbilical⁸ vista no exame de imagem, tendo argumentado também que poderia ser sinal de predisposição para pré-eclâmpsia, complicação associada ao aumento da pressão arterial. Na época pesquisou na internet sobre os riscos e achou resultados ambíguos. Ela pediu para esperar o trabalho de parto e sentir as contrações, mas o obstetra achou “arriscado” e quis logo marcar. Diana e o marido então quiseram agendar a cirurgia para uma sexta-feira, mas o médico insistiu que fosse em uma quarta-feira. Nesse dia, ela viu que foi a quarta mulher a ser operada pela equipe do obstetra. Correu tudo bem com a cesárea. Sentiu muita dor na recuperação, mas conta que a dor física ela esqueceu. “Porque a ferida que isso faz na alma e no coração não cicatriza nunca!” Aos poucos ela foi se informando dos riscos da cesárea, vistos como maiores do que no parto normal. Foi questionando as visões de sua mãe sobre o que era bom para o bebê. Diana relembra da ênfase do médico nos riscos e da percepção de seu marido que a cesárea era segura. O filho nasceu com um problema respiratório, do qual se recuperou em seguida. Ela termina seu relato afirmando que “o meu parto não foi normal porque eu tive medo. Medo de desobedecer. Eu sabia da opinião dos meus pais e eles confiavam muito no obstetra.(...) Medo de saber a verdade. (...) Nas pesquisas pela Internet, vários artigos falavam que o cordão não era motivo de cesárea, mas preferi ler e guardar somente aqueles que falavam que era motivo. (...) Medo de estar errada. Eu não tinha informação e conhecimento que eu tenho hoje e por isso não conseguia trocar de médico. E se ele estivesse certo? (...) Medo de sentir

⁸ Segundo o site Babycenter, “o nome técnico incisura, que aparece nos laudos de exames de imagem (ultrassom com doppler) na gravidez, refere-se a uma alteração das artérias uterinas da mãe durante um estudo do fluxo sanguíneo na região abdominal”. Ver <https://brasil.babycenter.com/x25010501/o-que-%C3%A9-incisura-da-art%C3%A9ria-uterina-na-gravidez>

culpa. Eu não queria errar e fazer alguma besteira. Eu queria fazer a cesárea sem sentir culpa. (...) Entreguei o meu parto todo na mão da equipe médica e me libertei da culpa. Medo do desconhecido. Saber o dia e a hora do parto era prever o futuro e saber que aquilo tudo cessaria e tinha dia certo. Acabaria a ansiedade, o peso da barriga. (...) Eu me lembro de sentir alívio. O único medo que eu não senti foi o medo da dor do parto”.

O relato de Diana apresenta suas emoções de forma concentrada ao final. É de certo modo uma releitura sua do que aconteceu na época do nascimento de seu filho. Como outras duas narrativas de cesárea no site, representa o caso muito frequente de cirurgia indicada pelo médico antes de haver trabalho de parto, que depois é reinterpretada como desnecessária. Através da menção ao sentimento de medo, fala também de outras emoções.

O que se destaca na história de Diana é que ela atribui ao seu medo o fato de não ter tido o parto vaginal desejado. Invertendo uma associação comumente feita entre medo e dor do parto, o relato apresenta uma série de explicações para o sentimento. Em todas elas, é menos fruto de uma percepção de ameaça a sua pessoa e mais da falta de coragem para agir (Delumeau 1989). Há ao longo do relato a importância da mãe e de sua relação com o obstetra que compartilham, que seria motivo de confiança nele e por isso mesmo torna-se uma dificuldade de romper com ele. Diana fala não só que o médico havia se tornado “cesarista” com os anos, mas que sua mãe teria concepções diferentes das suas sobre o que é bom para o bebê.

Sua narrativa menciona também a marcação da cesárea como trazendo alívio por dar dia e hora para o nascimento do filho, em contraste com a ansiedade sobre quando entraria em trabalho de parto. Como discuto em outro artigo (Rezende 2012), a ansiedade sobre o trabalho de parto, associado ao medo da dor, são sentimentos frequentes na primeira gestação, apontando para um evento não apenas nunca vivido, mas também visto como imprevisível. Mesmo lendo e participando de discussões na internet sobre o parto, havia a percepção de um desconhecimento que produzia ansiedade.

Por fim, Diana enfatiza o medo de errar. Ao longo do relato, ela mostra como tinha dúvidas sobre a justificativa médica para a cesárea. Chegou a ler sobre o assunto, mas diante da falta de certeza, teve medo de se contrapor ao médico, se insistisse no parto vaginal, ou mesmo de mudar de obstetra. Estava em questão ali por “em risco” a vida do bebê e sentir-se culpada por isso. Assim, ao entregar o parto nas mãos da equipe médica, mesmo com dúvidas, libertou-se da culpa de errar. Mas, como mostra sua ênfase no medo, sente-se responsável pela cesárea, que hoje vê como mais arriscada do que antes. Embora ao longo de seu relato Diana aponte o médico como aquele que insiste na cesárea, ao final ela chama para si o fato de ter aceitado essa decisão.

Soraia e o trabalho de parto que termina em cesárea

Soraia escreveu um longo relato de sua experiência, três meses depois do nascimento de sua filha ocorrido em 2005. Com detalhes de pessoas, horas e locais, conta que começou a sentir uma leve cólica às 14.50h de um sábado, depois do almoço na cozinha. Dez minutos depois sentiu novamente a dorzinha. Sabia, por conta de suas leituras, que eram as contrações ritmadas do trabalho de parto. Às duas e meia da manhã, apesar da massagem com água quente no chuveiro, já “urrava de dor” e suas contrações vinham de três em três minutos. Foram para o hospital e ela foi internada, apesar de só haver dois centímetros de dilatação. Com massagens feitas pela doula e a chegada do obstetra, Soraia foi ficando mais confiante e relaxada. Às seis da manhã, pediu analgesia e, apesar da sensação de ter tomado choque, parou de sentir dor. A essas alturas, já havia uma plateia de pessoas assistindo o trabalho de parto – além da equipe médica, de seu marido e das doulas, estavam lá a cunhada pediatra e outro amigo médico. Soraia comenta que até aquele momento, estava sendo um trabalho de parto “perfeito”, sem necessidade de usar ocitocina para induzir as contrações. Quando o médico rompeu a bolsa, sua filha Mariana já estava bem encaixada e quase clareando. Nesse momento, “o médico e eu começamos a ensaiar como se fazia força, ele dizia que teria que ser uma “força comprida”. Entendi e comecei a treinar, acertei

em cheio como fazia; recebi um elogio dele, disse que eu era boa para fazer força”. Depois de descrever todo este processo, Soraia conta que “à medida que o tempo passava e a Mariana não nascia, os sorrisos foram se apagando, aquela alegria de que estava tudo “redondinho” foi diminuindo e eu mesma estava começando a me sentir meio impotente”. Depois de algumas manobras, a neném continuou sem se mexer. Soraia começou a querer mesmo uma cesárea. “Eu que estava muito cansada, não fazia diferença mais, queria que a minha filha nascesse. Eu realmente estava esgotada, sem dormir, tinha chegado ao meu limite. Falei para o médico: “Eu fiz o que pude”, não vou esquecer da resposta dele: “Você fez muito mais do que pôde!”. A cirurgia foi realizada, sua filha nasceu e ela relata o amor à primeira vista que sentiu. “Hoje, eu brinco e digo que a Mariana nasceu de 95% parto normal e 5%, de cesárea, porque só foi cesárea na hora dela sair mesmo”. Comenta que “da próxima vez, tentarei novamente o parto normal.(...) Mas, vou me preparar melhor e fazer algumas coisas diferentes. Uma delas é esperar mais tempo para receber a anestesia, fazer exercícios para o bebê se posicionar melhor, não deixar a sala de parto parecer a arquibancada do Maracanã”. Termina dedicando o relato à filha.

O relato de Soraia é o mais longo entre os sete publicados no site. Com muitos detalhes, quase que minuto a minuto, ela descreve tanto suas sensações corporais quanto emoções, bem como as muitas interações com o marido, o obstetra, a doula e outras pessoas que assistiram seu trabalho de parto. Suas emoções vão desde a calma inicial, a tensão e o esgotamento com a evolução do trabalho de parto e a felicidade e o amor pela filha, fazendo um percurso de superação semelhante a outras narrativas de parto (Rezende 2019).

Além de sua maior elaboração, a história de Soraia se destaca das demais na evolução do trabalho de parto. Outras três narrativas falam de um desenvolvimento que em certo momento é avaliado como problemático pelo obstetra, que então indica a cesárea, avaliação esta que depois é questionada pelas mulheres. Já Soraia conta uma experiência de uma cesárea que só

aconteceu ao final, porque o bebê não nascia, sendo para ela então “95% parto normal”.

Outro elemento presente neste relato é o modo como o bebê figura nele. Como em outros, ele já tem nome e é também referido como filho/a, indicando um laço de parentesco que já estaria constituído. Mas na narrativa de Soraia, Mariana aparece muitas vezes como uma pessoa que atua na evolução do parto – se encaixa, para de se mexer, fica imóvel. Se nos demais, a decisão pela cesárea é vista como surgindo das interações entre o obstetra e a mulher, aqui o bebê pode ser visto como tendo também agência no desfecho do parto.

Em muitos sentidos, então, o relato de Soraia destoa dos demais por contar uma cesárea da qual ela não duvida haver necessidade. Também não entra em questão a atuação do médico. Não há tampouco a menção ao sentimento de culpa ou frustração. Mas há uma oscilação entre afirmar que ela fez tudo certo, quando relata o modo de fazer força e o trabalho de parto “perfeito”, e dizer ao final, que ela poderia ter se preparado melhor, esperado mais para tomar anestesia e feito outros movimentos para ajudar a bebê a descer. Ou seja, como nos outros relatos, ela atribui a si própria uma responsabilidade sobre a ocorrência da cesárea.

Andréia e o pedido por uma cesárea no trabalho de parto

Andréia teve uma cesárea em sua primeira gestação, resultado da opção oferecida pela médica plantonista entre ter seu marido com ela ou passar por um parto vaginal desacompanhada. Ao engravidar pela segunda vez, começou a participar das discussões de um site sobre parto e procurou uma enfermeira obstétrica, Sandra, para ter um parto domiciliar. Mas dificuldades financeiras da família mudaram seus planos e ela resolveu ter o bebê em uma casa de parto. Embora ela já tivesse feito contato com as profissionais de saúde lá, quando sua bolsa estourou e entrou em trabalho de parto, não foi aceita por conta da cesárea prévia e, muito frustrada, teve que procurar um hospital do seu convênio de saúde. Por recomendação da enfermeira obstétrica, esperou as contrações evoluírem antes de ir para o

hospital. Andréia narra sua decepção com Sandra, pois quando pediu que ela fosse a sua casa, a enfermeira respondeu que não adiantava tentar fazer o parto em casa, sem nenhuma preparação para isso. Chegou a ir para a casa de parto, para aguardar a evolução do trabalho de parto, mas não a aceitaram lá. Eram três da tarde quando deu entrada no hospital e foi atendida por uma médica “fria” que logo avisou que lá não teria um parto humanizado. Seu marido poderia acompanhá-la e ela poderia usar o chuveiro para aliviar as dores e receber acupuntura. Não podia comer ou beber nada. À noite, quando já era outra plantonista, as dores ficaram insuportáveis e ela sentiu o bebê encaixar. A médica mandou seu marido embora e a criticou por ter feito pré-natal com uma enfermeira obstétrica. Andréia conta: “eu morrendo de dor e ela enfiando o dedão em mim no meio da contração. Peguei o dedo dela e torci de tanta dor e tanta raiva que estava sentindo. Eu nem conseguia falar. Ainda ouvi seu sussurro: “Está quase total”. Mas eu não estava raciocinando direito e pedi: – Doutora, um pouco de anestesia, por favor. Ela me disse que não podia (...) Ainda me falou: – Você não queria um parto normal, isso é um parto normal, ninguém te avisou? A TUA ENFERMEIRA TE ENGANOU [grifo original]!”. Andréia não estava aguentando mais “tudo aquilo” e pediu uma cesárea. Trinta minutos depois, seu filho nasceu. Andréia ficou muito frustrada depois e passou semanas chorando por não ter conseguido ter o parto vaginal. Não teve coragem de falar com Sandra e pediu perdão por ter sumido da lista de discussão sobre parto. Só no momento em que redige seu relato, já na terceira gestação, é que ela conta ter digerido tudo.

Andréia publicou as histórias de suas duas cesáreas no site. Em ambas, destaca-se o tratamento recebido das médicas que a atenderam. Nas duas vezes ela entrou em trabalho de parto. Na primeira gestação, teve negada a presença do marido, a não ser que ela optasse pela cesárea. Era 2002 e a lei que garante a presença de acompanhante durante o parto só viria a ser sancionada em 2005. Na segunda vez, também o marido é mandado embora quando o período expulsivo do trabalho de parto se aproxima. Além disso, Andréia enfatiza a frieza da médica, que logo estabelece o que ela pode ou não

ter, faz críticas ao seu pré-natal e lhe nega um parto humanizado. Era início de 2004 e o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) pelo Ministério da Saúde, que visa assegurar o respeito à mulher e ao bebê e diminuir práticas intervencionistas desnecessárias na assistência pública e privada, já havia sido implementado em 2000.

Ao contrário da primeira gestação, Andréia considera que se preparou na segunda gravidez para ter um parto vaginal, lendo e participando de listas de discussão na internet. Mas ao longo da narrativa, ela aponta uma série de dificuldades que foram surgindo em torno do seu projeto. Ter um parto domiciliar, como queria, se tornou difícil em uma época em que seu marido estava desempregado. A casa de parto, segunda opção, a aceita de início e depois a recusa quando entra em trabalho de parto. Mesmo a comunicação com a enfermeira obstétrica encontra problemas naquele momento. Andréia tem que encontrar um hospital já com as contrações adiantadas e é recebida “friamente” pela plantonista. Sua história constrói, portanto, uma situação de desamparo, agravada pela saída de cena do seu acompanhante, o marido.

Nesse contexto, seu pedido pela cesárea vem para pôr fim a “tudo aquilo”. Além das dificuldades até a internação, ao solicitar analgesia quando as dores se intensificam muito, Andréia tem um embate duro com a médica. Esta lhe nega o alívio e critica a enfermeira obstétrica que não lhe avisou da dor. Andréia ainda questiona se a médica tinha filhos para afirmar que o parto teria que ser tão doloroso. É nesse momento então que decide pela cesárea.

Esta decisão é vivida com muita frustração e Andréia só “digere” os acontecimentos quando escreve, na sua terceira gestação. Apesar de se sentir decepcionada com Sandra, não tem coragem de contar o que houve e some. O pedido de perdão revela a culpa que sente pelo desfecho da segunda gravidez. Embora sua narrativa construa uma série de percalços durante o trabalho de parto, que podem ser atribuídos a diversos atores, ao final ela acentua a sua responsabilidade pela cesárea.

Considerações finais

Catherine Lutz (1988) argumenta que cada conceito emotivo é um índice de premissas culturais e cenários de interação social. Em cada comunidade cultural, existem cenas prototípicas associadas a cada conceito emotivo. Entre os Ifaluk, no Pacífico, “a categoria “culpa” é usada para falar de relações nas quais a responsabilidade pelo mal feito é dividida desigualmente, com o foco no sentido compartilhado por ambas as partes de que uma delas é o responsável principal” (1988, p.211; minha tradução). Lebra (1983) destaca que, para os japoneses, esse sentimento está associado a uma transgressão, real, percebida ou antecipada, de uma norma moral. De um modo mais amplo, assim como a vergonha, a culpa está associada a manutenção das regras e ordem moral, ao controle social sobre o eu, lembrando, como adverte Rosaldo (1984) que as ideias de pessoa e subjetividade são construções culturais articuladas a formações sociais específicas.

A associação entre maternidade e sentimento de culpa aparece em diversos contextos brasileiros. Considerando a visão da mãe como aquela, na família, a quem cabe criar os filhos, como propõem os discursos médicos desenvolvidos desde o início do século XX, Zanello (2016) argumenta que a culpa materna traduz a vitória na colonização dos afetos nesse processo. Esse sentimento surgiria então sempre que o cuidado e o afeto pelos filhos é percebido pela mulher como não correspondendo ao que se espera de uma “boa mãe”, como uma falha ou erro seu. Por exemplo, Cadoná e Strey (2014) argumentam que, diante dos discursos das campanhas de saúde pública pelo aleitamento, formula-se uma culpabilização das mulheres que não conseguem ou não querem amamentar. Mais recentemente, Carneiro (2019) estuda um grupo virtual de mulheres que, tendo adotado uma série de práticas de criação com apego, começando com a opção pelo parto vaginal e a amamentação por livre demanda, tem se queixado do cansaço e sobrecarga mental. Ainda que Carneiro não discuta a menção à culpa, a ideia de “boa mãe” está presente nos depoimentos estudados.

É possível entender os relatos de cesárea analisados neste artigo a partir da articulação entre maternidade e culpa. Em todos eles, as mulheres se sentem de algum modo responsáveis pelo evento, mesmo que elas não o tenham planejado. É importante distinguir a ideia de responsabilidade do sentimento de culpa. A primeira se refere ao modo de explicar relações de causalidade, que podem ademais implicar percepções distintas da agência de uma pessoa e dos graus de intencionalidade envolvidos⁹. A culpa resultaria da percepção de um comportamento que falta à responsabilidade esperada, seja de modo intencional ou não, seja essa falta reconhecida por outros ou só sentida pela própria pessoa. Há na culpa o elemento moral de não corresponder a uma expectativa ou norma socialmente validada. Por isso, Soraia se sente responsável pelo desfecho do seu trabalho de parto em cesárea – poderia ter se preparado melhor e pedido anestesia depois – mas não culpada, uma vez que fez o melhor que pode.

As narrativas de Diana e Andréia, por sua vez, ilustram a tônica das demais, quando o/a médico/a é visto/a como principal responsável pela cesárea. Como alguns estudos (Pires et al 2010, Velho et al 2019) mostram, na assistência médica privada, os obstetras tem grande influência sobre o tipo de parto escolhido, muitas vezes preferindo a cesárea. Assim, em todas as situações em que foi indicada a cesárea, mesmo que as mulheres tivessem dúvidas sobre as justificativas apresentadas, elas acataram a cirurgia. Como Diana explica de forma exemplar, se insistisse no parto vaginal, ela poderia estar errada, pôr em risco a vida do bebê e se sentir culpada. Mesmo assim, viu-se responsável por não trocar de equipe médica ao ter dúvidas. No caso de Inês, outra que conta sua cesárea agendada pelo médico, o fato de ter aceito a cirurgia produziu culpa por não ter dado a sua filha “um nascimento digno”.

O relato de Andréa introduz um elemento específico – o tratamento recebido pelas médicas durante o trabalho de parto – que acaba levando à cesárea. No conjunto das narrativas de cesárea, o seu é o único que antecipa

⁹ Um estudo clássico na antropologia sobre causalidade e responsabilidade é a etnografia de Evans-Pritchard (2005) sobre bruxaria entre os Azande. Nele a bruxaria é vista muitas vezes como involuntária ou inconsciente, resultando dos conflitos interpessoais e dos sentimentos antipessoais resultantes.

um problema que depois viria a ser entendido na rubrica de “violência obstétrica”. Legislada apenas em 2017, esta categoria passa a abarcar todo ato praticado pela equipe de saúde que ofenda física ou verbalmente a parturiente, no parto e puerpério. Ocorrido em 2004, o modo como a plantonista trata Andréa, criticando seu pré-natal e recusando analgesia, seria hoje possivelmente enquadrado como um ato de “violência obstétrica”. Mas, apesar de relatar os maus tratos da médica, ao final de sua narrativa, ela demonstra se sentir culpada por não resistido a “tudo aquilo” e ter pedido a cesárea. Tanto que precisou pedir perdão à enfermeira obstétrica e às mulheres que acompanharam sua gestação.

Assim, os relatos de cesárea do site Parto do Princípio são discursos emotivos que falam de uma expectativa ou ideal não alcançados. A frustração e a tristeza referem-se a um plano de parto vaginal desejado e elaborado, mas que não se realiza. A culpa acrescenta a esta não concretização à visão de que as mulheres foram, de diversos modos, responsáveis pela cesárea, deixando de dar aos filhos um “nascimento digno” e falhando, portanto, como mães. É nesse sentido, uma falta moral. É importante lembrar aqui do modelo de maternidade corporal discutido por Russo e Nucci (2019), pois é em relação a ele que essas mulheres se sentem em falta. Por isso mesmo, lemos, em outro relato, que Rosário “compensou” a cesárea com a amamentação do filho por livre demanda durante mais de dois anos.

A compreensão dos sentimentos expressos nesses relatos de parto deve levar em conta a época e o contexto de sua manifestação. Naquele momento, a realização de cesáreas sem necessidade ainda não era percebida como “violência obstétrica”, como veio a ser mais tarde (Pulhez 2013), o que possivelmente mudaria o tom dos relatos, mobilizando possivelmente a indignação e a revolta. O fato deles estarem publicados no site Parto do Princípio, que foi organizada por uma rede de mulheres ativistas do parto humanizado, também é significativo, pois torna esse tipo de parto um ideal preconizado nas diversas postagens, artigos e histórias publicadas. Por isso, a recorrência da frustração e tristeza com a cesárea, acrescidas da discussão

em torno de sua responsabilização. Em grupos virtuais de mulheres que escolhem a cesárea (Portela 2016), os sentimentos apresentados são outros, ressaltando o orgulho da cicatriz e o amor pelos filhos. Assim, cada contexto traz consigo gramáticas emocionais, indicando quais sentimentos devem ser expressos ou não.¹⁰

O sentimento recorrente de culpa nos relatos sugere também como a ênfase no protagonismo das mulheres no parto pode ser vivida com tensões. Se o ideário da humanização valoriza que as mulheres tenham voz e sejam respeitadas pelos médicos, pode paradoxalmente fazê-las sentir que a elas cabe uma fatia maior de responsabilidade no parto do que os demais atores presentes. Combinado com o peso dado à mãe como principal responsável pelo bem-estar do filho, a realização de uma cesárea pode vir a ser uma experiência de culpa.

Indo além da sua localização virtual particular, as emoções manifestas nos relatos de parto apontam para o modo como este evento tornou-se atravessado pela medicalização, cujos regimes de verdade são sustentados pelos profissionais de saúde enquanto figuras com legitimidade para tal. Assim, a relação com os médicos é nas narrativas um eixo central e mobiliza muitas reações emotivas, da resignação de Diana ao acatar a cesárea à raiva ao tratamento recebido por Andréia no momento do parto.

Por fim, os sentimentos se articulam também a sentidos específicos de maternidade, com a valorização de uma vivência corporal particular – o parto vaginal. No contexto do parto humanizado, esta seria uma experiência de gênero, vista por alguns partidários como reveladora de uma essência feminina (Tornquist 2002), e também a via de nascimento mais segura para o bebê. Assim, o tipo de parto vivenciado pode ser visto como um índice de realização enquanto mulher e “boa” mãe e suas narrativas tornam-se discursos emotivos sobre dinâmicas de gênero em contextos de medicalização da vida.

¹⁰ Em outro trabalho (Rezende 2012), discuto como ansiedade e medo são sentimentos esperados em grupos de gestantes.

Referências

ABU-LUGHOD, Lila e LUTZ, Catherine. Introduction. In: LUTZ, Catherine e ABU-LUGHOD, Lila (orgs.) *Language and the Politics of Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 1-23.

ALMEIDA, Maria Isabel Mendes de. *Maternidade: um destino inevitável?* Rio de Janeiro: Campus, 1987.

ARAÚJO, Clara e SCALON, Celi. “Percepções e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil”. In: Clara Araújo e Celi Scalon (Org.). *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BRUNER, Edward. Experience and its Expressions. In: Victor W. Turner e Edward M. Bruner (Org.). *The Anthropology of Experience*. Chicago, University of Chicago Press, 1986, p. 3-30.

CADONÁ, Eliane e STREY, Marlene. “A produção da maternidade nos discursos de incentivo à amamentação”. *Estudos Feministas*, v. 22 n.2, p. 477-499, maio-agosto/2014. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2014000200005>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2014000200005&lng=en&nrm=iso>.. Acesso em: 11 de ago. 2020.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas de uma maternidade consciente: a quantas anda a conversa dos feminismos com tudo isso? *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v.5 n.4, p.181-198, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29683>. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29683>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

CHAZAN, Lilian K. *“Meio quilo de gente”*: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

DELUMEAU, Jean. História do medo no ocidente, 1300-1800: uma cidade sitiada. São Paulo: Companhia das letras, 1989.

DINIZ, Simone. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>> Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=pt&nrm=iso>.. Acesso em: 11 ago. 2020.

EVANS-PRITCHARD, E. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

FONSECA, Claudia. Mãe é uma só? Reflexões em torno de alguns casos brasileiros. *Psicologia USP*, v.13 n.2, p. 49-68, 2002. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000200005>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de ago. 2020.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 40 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

FREIRE, Maria Martha de Luna. “Ser mãe é uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 15, p. 153-171, 2008. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500008>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 de jul. 2018

HUGHES, Gabriela. 2018. “Cesárea? Não, obrigada!”: estratégias de uma rede social de gestantes para desafiar e enfrentar o sistema das cesáreas por conveniência médica. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

IVRY, Tsipy. *Embodying culture: pregnancy in Japan and Israel*. New Brunswick: Rutgers University Press, 2010.

LEBRA, Takie Sugyama. “Shame and guilt: a psychocultural view of the Japanese self”. *Ethos*, v. 11 n.3, p. 192-209, 1983.

LUPTON, Deborah. Risk and the Ontology of Pregnant Embodiment. In: Deborah Lupton (org.). *Risk and Social Cultural Theory: New Directions and Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p. 59-85.

LUTZ, Catherine. 1988. *Unnatural Emotions*. Chicago: University of Chicago Press.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Memórias maternas: experiências da maternidade na transição do parto doméstico para o parto hospitalar. *História Oral*, v. 8 n. 2, p. 61-76, 2005. Disponível em: <<https://revista.historiaoral.org.br/index.php?journal=rho&page=article&op=view&path%5B%5D=174&path%5B%5D=179>>. Acesso em: 9 mar. 2018

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*, v. 25, n. 3, p. 885-904, 2015. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300011>>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000300885&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis*, v. 27, n. 3, p. 415-432, 2017. DOI: <<https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300415&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 17 abr. 2020.

PIRES, Denise et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.10 n.2, p.191-197, 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000200006>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

PORTELA, Jaqueline Cardoso. “Não me obriguem a um parto normal”: concepções de corpo e direito de escolha de mulheres gestantes que optam pela cesárea eletiva. Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, João Pessoa/PB, 2016. Disponível em: <http://evento.abant.org.br/rba/30rba/files/1466463217_ARQUIVO_Naomeo_briguemaumpartonormal-JaquelineCardosoPortela.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2020.

PULHEZ, Mariana Marques. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013. Disponível em <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

RABINOW, Paul e ROSE, Nikolas. Biopower Today. *BioSocieties*, v.1, n.2, p. 195-217, 2006. DOI:10.1017/S1745855206040014. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/biosocieties/article/biopower-today/7DA6D863D16340DCF037857F9693337B>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

REZENDE, Claudia Barcellos. Em torno da ansiedade: subjetividade, mudança e gravidez. *Interseções*, v. 14, n.2, p. 438-454, 2012. Disponível em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/8557>>. Acesso em: 11 ago.2020,

REZENDE, Claudia Barcellos. A dor do parto: emoção, corpo e maternidade no Rio de Janeiro. *Anuário Antropológico* [Online], II/2019: 261-280, 2019. DOI : <10.4000/aa.4019>. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/aa/4019>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

REZENDE, Claudia Barcellos. Sentidos da maternidade em narrativas de parto no Rio de Janeiro. *Sociologia & Antropologia*, v. 10, n. 1, p. 201-220,

2020. DOI: <<https://doi.org/10.1590/2238-38752019v1017>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752020000100201&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

RIESSMAN, Catherine Kohler. *Narrative Analysis*. Londres: Sage Publications, 1993.

ROSALDO, Michelle. Toward an Anthropology of Self and Feeling. In: Richard Shweder and Robert LeVine (Org.) *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984, p. 137-57

RUSSO, Jane et al . Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado. *Mana*, v. 25, n. 2, p. 519-550, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-49442019v25n2p519>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132019000200519&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

RUSSO, Jane A.; NUCCI, Marina Fisher. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface*, v. 24, e180390, 2020. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/interface.180390>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SALEM, Tania. *O Casal Grávido: Disposições e Dilemas da Parceria Igualitária*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

SILVA, Fernanda et al. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde e sociedade*, v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180819>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300171&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. 2020.

SILVA, Tainá Amorim e. Relatos de parto no Facebook: interação social e gênero no grupo *Parto Natural*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social, PUC-Rio, 2020.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: Natureza e Maternidade no Ideário da Humanização do Parto. *Revista Estudos Feministas*, v.10, n.2, p.483-492, 2002. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 mai. 2018.

VELHO, Manuela Beatriz et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3): e00093118, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00093118. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000305010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 ago. de 2020.

ZANELLO, Valeska. Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a Psicologia. In: Valeska Zanello e Madge Porto (Org.). *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

Recebido em maio de 2020.
Aprovado em julho de 2020.