



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

NÁDIA MARQUES GADELHA

**A HIBRIDIZAÇÃO DO DISCURSO MÉDICO-PACIENTE NO EVENTO
DISCURSIVO PARTO**

FORTALEZA

2013

NÁDIA MARQUES GADELHA

**A HIBRIDIZAÇÃO DO DISCURSO MÉDICO-PACIENTE NO EVENTO
DISCURSIVO PARTO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Linguística do Programa de Pós-Graduação em Linguística do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Linguística.

Orientadora: Profa. Dra. Izabel Magalhães.

Co-orientadora: Profa. Dra. Clara Keating.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- G12h Gadelha, Nádia Marques.
A hibridização do discurso médico-paciente no evento discursivo parto / Nádia Marques Gadelha.
– 2013.
413 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Tese(doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Letras Vernáculas, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Práticas discursivas e estratégia de textualização.
Orientação: Profa. Dra. Maria Izabel Santos Magalhães.
Coorientação: Profa. Dra. Clara Keating.
- 1.Médico e paciente – Maranguape(CE) – Análise do discurso. 2.Análise crítica do discurso – Maranguape(CE). 3.Parto(Obstetrícia). 4.Representações sociais – Maranguape(CE). 5.Identity social – Maranguape(CE). 6.Etnologia – Maranguape(CE). I.Título.

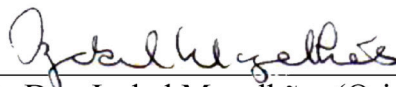
NÁDIA MARQUES GADELHA

**A HIBRIDIZAÇÃO DO DISCURSO MÉDICO-PACIENTE NO EVENTO
DISCURSIVO PARTO**

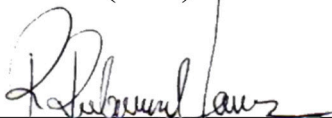
Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Linguística do Programa de Pós-Graduação em Linguística do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Linguística.

Aprovada em 02/12/2013.

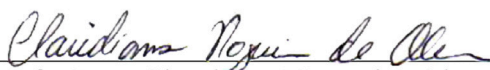
BANCA EXAMINADORA



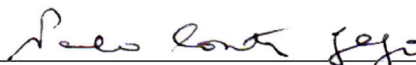
Profa. Dra. Izabel Magalhães (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)/ Universidade de Brasília (UNB)



Prof. Dr. Raimundo Ruberval Ferreira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Profa. Dra. Claudiana Nogueira Alencar
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof. Dr. Paulo Gago
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



Profa. Dra. Sandra Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará (UFC)



UFC
PR/PPG

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

Centro/Faculdade

Centro de Humanidades

Departamento

Letras Vernáculas

Curso de Pós-Graduação

Linguística

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DA TESE DE DOUTORADO DE

Nádia Marques Gadelha

REALIZADA NO DIA

02 de dezembro de 2013

01 Às **nove** horas e _____ do dia
02 **02 de dezembro de 2013**

03 realizou-se a sessão de defesa da _____ tese de doutorado deste curso de
04 pós-graduação, de auditoria do aluno **(a) Nádia Marques Gadelha**

05 O trabalho tinha como título **A hibridização do discurso médico-paciente no**
06 **evento discursivo parto.**

07 _____

08 Compunham a banca examinadora os professores doutores **Maria Izabel Santos**
09 **Magalhães**, orientador(a), **Raimundo Ruberval Ferreira**,
10 **Claudiana Nogueira Alencar**, **Paulo Cortes Gago** e
11 **Sandra Maia Farias Vasconcelos**. A sessão foi aberta pelo(a) professor(a) doutor(a)
12 **Maria Izabel Santos Magalhães**, do Departamento de
13 **Letras Vernáculas**

14 que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) orientador(a), a fim de que
15 apresentasse o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição
16 do(a) doutorando(a). O primeiro examinador foi o professor(a) doutor(a) **Raimundo Ruberva**
17 **Ferreira**. Em seguida procederam a arguição os professores doutores
18 **Claudiana Nogueira Alencar**, **Paulo Cortes Gago**,
19 _____ e **Sandra Maia Farias Vasconcelos**.

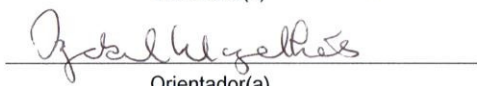
20 Logo após a banca examinadora se reuniu secretamente a fim de avaliar o desempenho do(a)
21 doutorando(a). A banca examinadora **considerou Aprovado**
22 _____ o trabalho do(a) aluno(a).

22 Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 13h30,
23 e eu Eduardo Xavier Ary Andrade,
24 secretário(a) do curso de Pós-Graduação em Linguística,
25 lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da
26 banca examinadora.

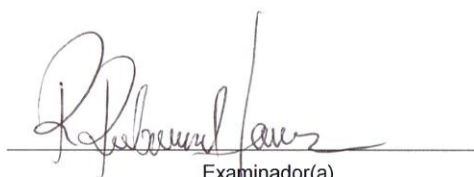
Fortaleza, 02 de dezembro de 2013.



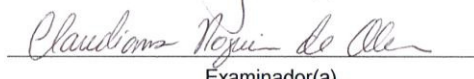
Secretário(a)



Orientador(a)



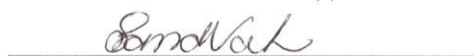
Examinador(a)



Examinador(a)



Examinador(a)



Examinador(a)

RESUMO

Esta tese é o resultado de uma pesquisa que visou à investigação de representações e identidades de médicos, médicas e mulheres em um hospital público em Maranguape, município do Estado do Ceará, baseada na Análise de Discurso Crítica. Para realizar esta pesquisa foi utilizada a metodologia etnográfico-discursiva na geração e coleta de dados. Os métodos selecionados foram: observação participante, notas de campo e entrevista etnográfica aberta. Os dados foram coletados e gerados na maternidade de atenção ao parto de baixo risco que faz parte da unidade hospitalar, com início em março de 2010 e estendeu-se por dois anos. Esta pesquisa se justifica como uma possibilidade dentro na área da Linguística e sua interlocução com a sociedade, da investigação de um tema pertinente, representações e identidades. Neste trabalho, focalizei meu interesse na hibridização do discurso médico com questões de poder institucional, visões de mundo, questões de gênero, etnia, pobreza, em sua relação com questões societárias no evento discursivo parto. Este tema foi examinado com o suporte do Realismo Crítico e das Ciências Sociais Críticas. Os resultados desse estudo lançam questionamentos sobre os mecanismos linguísticos que envolvem as questões dos sofrimentos das mulheres em situação de precarizações sociais. Sua contribuição principal é demonstrar a instrumentalização de epistemologias para revelar como a articulação entre as categorias teóricas e as escolhas lexicais, entre outros elementos, alinham-se para construir identidades de legitimação e submissão, dialeticamente relacionadas aos discursos (representações) num contexto societário que favorece a naturalização do sofrimento no evento discursivo parto. Os resultados da pesquisa apontam para a luta ideológica e hegemônica do poder e resistências no evento discursivo parto. As relações de controle médico-paciente representam o modelo da racionalidade médica de risco que considera as pacientes deficitárias morais e exerce o controle interacional médico com amplo domínio técnico e científico sobre seus corpos. A obstetrícia utiliza-se do arsenal protocolar cirúrgico invasivo nos partos de baixo risco, desconsiderando e refutando as práticas não invasivas no atendimento ao parto fisiológico ou natural. As identidades de legitimação de médicos e médicas travam uma luta hegemônica com o uso das tecnologias invasivas e aceleradoras do parto, consideradas como uma violência contra as parturientes, quando aplicadas de forma desnecessária. As identidades das parturientes em transe e em trânsito de dor reificam o sofrimento no parto como natural, acobertado por questões sociais e políticas que as deixam em situação de desvantagem nas linhas demarcatórias das exclusões e misérias sociais. Nesse

sentido, a prática obstétrica age discursivamente como uma violência simbólica, institucional, epistemológica, científica.

Palavras-chaves: Análise de Discurso Crítica; representações; identidades; hibridização do discurso médico-paciente; etnografia.

ABSTRACT

This thesis is based on a research that investigated the representations and identities of doctors and women patients in a state hospital, in Maranguape, Ceará, adopting Critical Discourse Analysis. In order to carry out this research, the ethnographic-discursive methodology was used to generate and collect data. The selected methods were: participant observation, field notes and ethnographic interviews. The data was collected and generated at the low-risk maternity ward in this hospital, and the fieldwork began in March 2010, lasting for two years. This research is justified as a possibility to investigate the relevant topic of representations and identities, in the interface of Linguistics and society. In this work, my interest is focused on the hybridity of medical discourse with issues of institutional power, world views, gender, ethnicity, and poverty, in their relation with society in the discursive event childbirth. This topic was examined with the support of Critical Realism and Critical Social Science. The results of this study question the linguistic devices involving women's suffering in a socially vulnerable context. The main contribution of the study is to propose epistemological tools to indicate how the articulation of theoretical categories and lexical choices, among other elements, line up to construct legitimation and subjection identities, dialectically related to discourses (representations) in a societal context which favors the naturalization of suffering in the discursive event childbirth. The results point to the ideological and hegemonic struggle, power and resistance in this event. Doctor-patient control relations represent the model of risk medical rationality which considers the patients as in a moral deficit and which exerts doctor interactional control with wide technical, scientific mastery over the women's bodies. Obstetrics uses its invasive surgical protocols in low-risk delivery, rejecting non-invasive practices in natural delivery care. Doctor legitimation identities hold a hegemonic struggle with the use of invasive accelerating technologies in childbirth, considered as violence against women when they are unnecessary. Women's identities in distress and pain flow reify childbirth suffering as natural, hidden by social and political issues that place them in a disadvantageous position in the dividing lines of social exclusion and misery. Thus, obstetrical practices act discursively as symbolic, institutional, epistemological and scientific violence.

Keywords: Critical Discourse Analysis. Representations. Identities. Doctor-patient hybrid discourse. Ethnography.

LISTA DE FIGURAS

Figura – 1	Nanas (germinadora) Niki de Saint Phalle. Estação de Zurique –Suiça.	77
Figura – 2	A Virgem, o Menino, Santa Izabel e São João Batista Menino. Pintura em óleo de autor desconhecido do século XV	77
Figura – 3	Níveis da linguagem.	101
Figura – 4	Serra de Maranguape.	151
Figura – 5	Entrada principal do Hospital.	153
Figura – 6	O convite ao silêncio.	154
Figura – 7	Porta principal de entrada da sala de pré-parto, conhecida pelas mulheres como “ <i>o sofredor</i> ”.	155
Figura – 8	A sala de parto.	155
Figura – 9	Modelo conceitual do arcabouço dialético marxista.	160
Figura – 10	Vênus de Laussel. 20.000 a 18.000 a.C. Dordogne - Musée d'Aquitaine, Bordeaux – França.	231
Figura – 11	Vênus de Willendorf 30.000 a 25.000 a.C. 12 cm – calcário.	233
Figura – 12	Deusa Entronada 5750 a.C. 20,3 cm – terracota. Museu da Civilização de Anatolian, Ankara.	235
Figura – 13	Nossa Senhora do Bom Parto no “sofredor.”	242
Figura – 14	Mãe Santíssima.	250
Figura – 15	Acolhimentos no parto e suas manifestações de sacralidades na Casa de Parto do Amanari.	284
Figura – 16	Mãe Rainha e o Menino Deus na Casa de Parto do Amanari.	284
Figura – 17	Antigo Consultório Dentário da Casa de Parto no Amanari.	285

LISTA DE QUADROS

Quadro – 1	Diferenças entre gramática formal e funcional.	96
Quadro – 2	Desenvolvimento multifuncional da linguagem.	99
Quadro – 3	As mulheres: uma breve apresentação.	145
Quadro – 4	O processo de análise e seus pressupostos teóricos, epistemológicos e metodológicos.	151
Quadro – 5	Significado representacional – interdiscursos: significado acional –identificacional e estilos.	176
Quadro – 6	Oração como representação.	189
Quadro – 7	Representar atores sociais.	192

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico - 1 Óbitos Obstétricos e Razão da Mortalidade Materna, Ceará – 70
1997 a 2010.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	O PARTO: MALDIÇÃO, TORMENTOS E LUZ NA VIDA DA MULHER	49
2.1	O parto: natureza e relação médico-paciente	49
2.2	O sofrimento no parto	54
2.2.1	<i>De ordem clínica atrelada a uma dinâmica especial da natureza das mulheres</i>	55
2.2.2	<i>De ordem sociológica</i>	57
2.2.3	<i>De ordem simbólica mediada pela cultura</i>	57
2.2.4	<i>De ordem clínica reconhecida e medicalizada</i>	58
2.2.5	<i>O parto fisiológico ou vaginal</i>	60
2.3	<i>Dar à luz</i>	72
3	A ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA (ADC) E DIÁLOGOS EPISTEMOLÓGICOS CRÍTICOS	79
3.1	Paradigmas linguísticos e mudanças na pós-modernidade	79
3.2	Crítica na Linguística e o surgimento da Análise de Discurso Crítica	81
3.2.1	<i>A ADC e a Teoria Social Crítica</i>	87
3.2.2	<i>Linguagem e prática social</i>	88
3.3	A Linguística Sistêmico-Funcional	96
3.3.1	<i>As macrofunções da linguagem na LSF</i>	97
3.3.2	<i>Recontextualização das macrofunções da LSF pela ADC</i>	98
3.3.3	<i>Ação, representação e identificação</i>	100
3.3.4	<i>Significado acional (maneiras de ação) e gêneros</i>	102
3.3.5	<i>Significado representacional</i>	103
3.3.6	<i>Significado identificacional e estilo</i>	104
3.3.7	<i>Teoria Crítica do Discurso e Texto</i>	106
3.3.8	<i>Análise de Discurso Textualmente Orientada – (ADTO)</i>	106
3.4	Realismo Crítico e um conhecimento ontológico do mundo	109
3.5	A etnografia	114
3.6	Algumas considerações	123

4	METODOLOGIA	124
4.1	O método de análise de discurso no enquadre da ADC de Chouliaraki e Fairclough (1999)	124
4.1.1	<i>Perspectiva crítica relacional e transdisciplinar da ADC na metodologia investigativa</i>	125
4.1.2	<i>Epistemologias do Sul</i>	126
4.1.3	<i>Ideologia</i>	128
4.1.4	<i>Hegemonia</i>	129
4.1.5	<i>Intertextualidade e interdiscursividade</i>	130
4.2	As representações dos eventos sociais: a oração em uma perspectiva representacional	132
4.2.1	<i>Categorias de representação de atores sociais</i>	132
4.2.2	<i>Exclusão, Inclusão e Proeminência</i>	134
4.2.3	<i>Representação como Recontextualização</i>	134
4.3	Dialética dos significados representacionais e identificacionais	134
4.3.1	<i>Identificação: os estilos</i>	134
4.3.2	<i>Os significados da linguagem</i>	135
4.3.3	<i>O significado de palavras</i>	136
4.3.4	<i>Metáfora</i>	137
4.3.5	<i>A modalidade</i>	138
4.3.6	<i>Avaliação e valores</i>	139
4.3.7	<i>Dimensões transitiva e intransitiva do conhecimento</i>	140
4.4	A etnografia como método	140
4.4.1	<i>Geração dos dados</i>	140
4.4.2	<i>Os participantes</i>	142
4.4.3	<i>O perfil das mulheres</i>	144
4.4.4	<i>Os médicos e médicas da maternidade</i>	147
4.4.5	<i>A análise dos dados</i>	147
4.4.6	<i>A etnografia como produto</i>	149
4.4.7	<i>O texto etnográfico como metáfora</i>	149
4.5	O mergulho etnográfico	151
4.6	Alguns comentários	155
5	REPRESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MÉDICOS E PARTURIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E SOFRIMENTO	157

5.1	A humanização na prática obstétrica e dialogicidades	158
5.1.1	<i>Análise da conjuntura</i>	162
5.1.2	<i>Práticas relevantes</i>	162
5.2	Relação do discurso com outros momentos – discursos como parte da atividade-discurso e reflexividade	163
5.2.1	<i>Análise estrutural: ordem do discurso</i>	165
5.2.2	<i>O parto de baixo risco</i>	166
5.3	Análise dos elementos da prática de partejar	171
5.3.1	<i>O gênero discursivo parto</i>	173
5.4	Dialética dos significados representacionais	175
5.4.1	<i>O discurso ético</i>	177
5.4.2	<i>O discurso político</i>	178
5.4.3	<i>O discurso do poder médico: ideologia e hegemonia</i>	178
5.5	Identificação: os estilos	183
5.5.1	<i>Vozes da interação no evento discursivo parto</i>	185
5.5.2	<i>Análises dos significados (ação) inclui a análise das categorias de funções do discurso (declaração – modo gramatical declarativo)</i>	188
5.5.2.1	<i>Análise com base nos significados representacionais</i>	188
5.5.3	<i>Representação de atores sociais no enquadre analítico proposto por Van Leeuwen (1997)</i>	191
5.5.4	<i>A recontextualização</i>	194
5.5.5	<i>Modalidade</i>	196
5.5.5.1	<i>Imprimir marcas negativas sobre a humanização do parto</i>	196
5.5.5.2	<i>Imprimir modos de expressão e graus de modalidade no eixo do conhecimento na mortalidade materna (Avaliação epistêmica)</i>	197
5.5.5.3	<i>Modos de expressão da modalidade no eixo da conduta (deônticos)</i>	198
5.5.5.4	<i>A modalização dos enunciados e os significados da linguagem operacionalizada pela função textual</i>	198
5.5.5.5	<i>Avaliação e valores</i>	200
5.5.5.6	<i>Na sala de parto: marcas identitárias e discursos (interdiscursividade)</i>	202
5.5.5.7	<i>O significado de palavras: a mulher escandalosa e os sofrimentos</i>	204
5.5.5.8	<i>O parto como metáfora: associar o parto e o sofrimento da mulher como desumano</i>	206
5.6	Algumas considerações	209
6	COSMOLOGIAS NO SOFRIMENTO	213

6.1	<i>Eu e tu nas agonias do parto</i>	214
6.1.1	<i>EU e TU: dialogicidades estranhas</i>	216
6.1.2	<i>A águia devoradora</i>	218
6.1.3	<i>Um contrato social do Eu e do Tu</i>	220
6.1.4	<i>No Sul do Sofrimento</i>	221
6.1.5	<i>Que animal és tu, parto?</i>	222
6.1.6	<i>Zoomorfias no sofrimento? O corpo das mulheres, meio animal, meio gente?</i>	224
6.1.7	<i>O sagrado e o científico: uma textualização híbrida</i>	226
6.1.8	<i>Eu e Tu (sob as bênçãos de Eros)</i>	226
6.1.9	<i>Mantras médicos nas agonias do parto</i>	228
6.2	<i>Que mãe és tu, mulher?</i>	229
6.2.1	<i>Nasce a misoginia: o sofrimento assume uma nova textualização</i>	237
6.2.2	<i>Hierofonia no parto</i>	241
6.3	<i>Algumas considerações</i>	242
7	SOFRIMENTOS E O DISCURSO MÉDICO	245
7.1	<i>Desnaturada és tu, mãe?</i>	245
7.2	<i>O discurso da maternidade sagrada e da maternidade transgressora</i>	249
7.3	<i>De que lado estás, gineceu?</i>	256
7.4	<i>Um discurso sobre mulheres e impurezas</i>	258
7.5	<i>O sagrado materno em mistérios</i>	263
7.6	<i>Que animal és tu, útero?</i>	268
7.7	<i>Uma epistemologia médica contra-hegemônica</i>	271
7.8	<i>Mulheres na sombra</i>	278
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	287
	REFERÊNCIAS	296
	APÊNDICES	308
	ANEXOS	322

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos de prática clínica, na área da saúde pública, venho deparando com o sofrimento de pessoas vulneráveis potencializado em práticas interacionais entre médicos, médicas e pacientes no sistema público de saúde. O lugar de onde venho e de onde estou guardam as imagens, sons, lágrimas, desesperanças, esperanças de práticas assistenciais clínicas das quais fazia e faço parte, como membro da equipe de saúde de um posto médico. Guardam eventos de um cotidiano da saúde pública, no qual o atendimento médico responde de forma significativamente, para melhor ou pior, às demandas emergenciais, clínicas ou crônicas de populações pobres. Nesse grupo, identifico mulheres como objetos de reflexão que enseja o meu empreendimento científico.

Desse lugar, do passado numa zona rural extremamente pobre, um pequeno núcleo assistencial se encrava no sertão do Nordeste do Brasil: *a Casa de Parto de Amanari*. É de lá que recolho as pérolas do meu convívio profissional com as gestantes, aliviando algumas de suas dores, *'arrancando'* ou *'distraindo'* seus dentes *'apodrecidos'* e deixando impregnada em seus ventres, de alguma forma, o toque de minhas mãos solidárias à vida, que emergia e se consolidava numa luta valente. Sentia-me mergulhar nessa história, o laborioso processo de maturação fisiológica da gestação em vias de dar à luz entre as tensões dolorosas das patologias buco-dentais.

Diante de suas odontalgias e demais patologias maxilo-faciais, compartilhei o significado do alívio em queixas contumazes de seus dentes causadores de muitos desconfortos na dupla, mãe e ventre, com o bendito fruto que se apaziguavam quando *'arrancávamos'*, junto com as dores, *'os dentes malvados'* que os *'judiavam'* em noites infundas, levando-os ao desespero.

Narrativas dessas *"judiações"* povoam minha memória, avivando a emoção do momento em que, entregues em minhas mãos, as gestantes, ao sentarem na cadeira odontológica, optariam imediatamente pelo processo de exodontia, ato cirúrgico que as mulheres consideravam *"pior do que parir um filho"*. Preferiam *"ter um filho todo ano, do que ter que sofrer com a dor de dentes"*, pois o evento expulsivo do feto *"só é uma dor só e quando acaba pronto!"* E os dentes? *"a gente tem um bocado é preferível arrancar tudim, doem sem piedade"*. E nada consegue estancar o sofrimento: *"quando ataca de pontada é pior do que uma chaga encravada, pior mil vezes que a dor de parir"*.

No meu humilde consultório médico-odontológico, contíguo à sala de parto, há apenas um biombo como fronteira tênue que estabelece os limites entre o gabinete dentário e

o consultório médico, nominado pelas mulheres como “*sofredor*”. Um pequeno quarto, sob telhas de barro, com algumas telhas de vidros, ornado de bercinhos, redinhas de bebê, quatro leitos de cama patente, um oratório iluminado com a vigilância de chamas guardiãs que abrem os caminhos da vida – auxiliando: São Raimundo; Nossa Senhora das Dores; Nossa Senhora do Bom Parto e mais outras Nossas Senhoras: a da Saúde; dos Nós; de Aparecida; anjos e seus querubins; São Miguel; São Jorge e sua espada valente com o dragão domado; Jesus crucificado; São Francisco de Canindé – e, ainda, o Padre excluído do altar oficial com sua santidade instituída pelo povo, que tem em uma beata de bocas sangrantes como portal da sua qualificação divina, “*meu Padim*” o padre Cícero.

O ‘sofredor’ é um lugar bem cuidado pelas valentes sábias parteiras, tal como Dona Estela que tem um lindo caderno, onde contabiliza seus partos realizados, “*derde os 15 anos de idade*”. A última vez que peguei em seu caderno estava no número de 690 partos. Incensam, espanam as casas de aranha e estão sempre juntando cascas de laranjas, porções de alfazema para, na hora das muriçocas, ao entardecer, afugentá-las juntamente com as más vibrações que, por acaso, possam invadir esse altar sagrado da vida. Há Dona Graça, Irmã Laura e Mãe Zena que se alternam em plantões para o atendimento às gestantes.

Essas gestantes eram também por mim acompanhadas desde as primeiras manifestações da gravidez. As mitologias narradas na aldeia contam que, a cada gravidez, os dentes satanizam-se, perturbando a vida de mulheres e causando intenso sofrimento com as patologias bucais que têm a marca da pobreza. Diariamente, as recebia aflitas, desesperadas com periodontopatias, abscessos dento-alveolares e os seus dentes satânicos, que iluminam o cotidiano de minha atividade profissional com as mulheres e suas dores “*terríveis*” de dente, que lhes perturbam mais que o parto. O parto aqui é entrelaçado à minha vivência diária profissional e, muitas vezes, eu interromperia práticas interventivas mais simples no âmbito da odontologia, para ajudar a apaziguar uma ou outra parideira em angústias da parição.

Desse solo preservo em minha memória outros gritos que estrondam à escuridão, desafiam as trevas e abrem o caminho para dar à luz, com entonações de uma musicalidade rítmica que acompanha cada contração. Tonalidades que equalizam as dores e as gradações desse canto estonteante, guerreiras, valentes estrebucham vidas, amparadas pelas mãos das parteiras com seus conhecimentos impregnados de fé, de orações, de costuras do corpo, tratando o parto como um evento xamânico em que deuses, santos, anjos e mulheres se impregnam de louvores à vida, desafiando o medo e devolvendo a vida, agora, iluminada.

“*Dotora, chegue aqui, me empreste uma tesoura amolada esterilizada, pois a minha caiu aqui no chão*”. Ou: “*dotora, tô sem enxergar direito, quanto foi que deu aqui na*

balança, o peso desse mininu”? E assim é meu itinerário: “*arrancando*” dentes das “*buchudas*”, drenando seus rostos de coleções purulentas e infecciosas, ou obturando os dentes passíveis de serem preservados, ou, de vez em quando, sendo solicitada para pequenas atividades no “*sofredor*”, inclusive para estar ao lado, no momento da parição. E lá, portar-me solidária, cravando meu olhar atencioso nos rostos dessas mulheres que, de alguma forma, foram por mim atendidas em suas necessidades e urgências buco-dentárias.

O médico visita a Casa de Parto uma vez por mês, consultando ao meu lado, pois no consultório dividimos o mesmo espaço com a suavidade de lençóis bem limpos, bordados por Mãe Zena com o texto inesquecível: “*aqui somos felizes*”. São lençóis, cheirosos, “*cuarados*” na beira do rio Amanari. Os médicos fazem o acompanhamento clínico, amparados pelas parteiras silenciosas, atentas, sem o diálogo verbal. As mulheres, ao serem examinadas, quase nada questionam, submetem-se como pacientes (casos técnico-científicos) e o médico obstetra verifica-lhes o resultado dos últimos exames colhidos, as medicações prescritas, a pressão arterial e o exame clínico. O tempo de duração da consulta é variável, de acordo com o que suscita cada caso.

Práticas profissionais, em termos de controle da interação padrão, estão ancoradas em um discurso científico da que vê nos pacientes entes neutros, e suas doenças como casos clínicos e técnicos, que deverão ser tratados de forma eminentemente protocolar de acordo com os critérios estabelecidos pelas condutas terapêuticas. Um atendimento silencioso, que se limita apenas aos cuidados clínicos. Quanto aos sentimentos da paciente, suas expectativas, preocupações e receios, nada é abordado.

A evolução da Medicina e os avanços especialistas e de alta tecnologia cada vez mais colabora para o agir médico ser guiado por práticas interventivas sobre os corpos, que torna a interação médico paciente menos dialogal. O aparato técnico já não prescinde de uma prática apenas do olhar e da escuta, como foi o nascimento da clínica clássica.

Este é o cenário de onde armazeno lições de ontem e de hoje, pois continuo no exercício profissional, acolhendo mulheres grávidas, agora em outra instância. A casa de parto foi fechada e a maternidade institucionaliza-se na rede básica hospitalar da cidade, com recursos tecnológicos e operacionais de maior complexidade interventiva.

Atualmente continuo atendendo as mulheres gestantes de todos os locais do município de Maranguape, provenientes da zona rural, de lugares longínquos, ainda com muitas dores de dente, além de outras dores e marcas da miséria que as constituem. A boca deve estar ‘*arrumada*’ para o evento que é o parto. E, assim trabalhamos para garantir uma gestação menos sofrida diante das patologias odontológicas.

Meu cotidiano com as gestantes, na Casa de Parto, foi um laboratório vivo de mergulho existencial no parto, como um evento sociodiscursivo complexo o qual não só observei como profissional, mas interagi como mulher em algumas das dimensões muito próximas as suas vulnerabilidades, ao lado do atendimento médico que tratava pacientes não como pessoas, mas como casos.

Presenciei, no passado, a interação mulher e parteira como uma vivência de comadres, amigas, com o diálogo mais aberto, a parteira sempre chamando a mulher de “*minha filha*” e apresentando uma postura maternal, espiritual. Além do saber oral da tradição, de manejar com o parto, prontifica-se demoradamente, longamente ao lado da mulher, observa-a e incorpora à sua prática o saber místico na oração, acendendo velas aos santos, os terços, as “*costuras*” do corpo para que nenhum mal atinja aquela parturiente. Uma interação além de familiar, investida da autoridade simbólica, da sabedoria divinal para amparar mais um filho de Deus na terra.

A maternidade para partos de baixo risco abriu as portas para que eu desenvolvesse minha pesquisa etnográfica-discursivo na sede do município de Maranguape. Lá tive ainda a companhia de algumas ex-parteiras, que agora trabalham como atendentes, amigas do parto e auxiliares de enfermagem. Confesso que o encontro foi marcado por muitas emoções.

Hoje, no meu papel de pesquisadora, campos disciplinares regularizam nossos espaços de interação. Na maternidade coletei dados num novo cenário para tentar entender e explicar os limites do sofrimento dessa experiência misteriosa, que as mulheres refazem no giro da perpetuação da espécie.

O hospital é um mundo com muitos territórios. Nele a Medicina se apropria do corpo das mulheres, legalmente constituída como prática social. O cenário técnico-científico torna o parto vaginal um evento hospitalar, médico, sobre o qual o Ministério da Saúde, a partir dos anos de 2000, incide uma discussão paradigmática dos princípios ideológicos da humanização. Isso acontece sob a ordem do discurso da Medicina: a mulher gestante, em via de trabalho de parto, atravessa um evento permeado por uma alta carga de estresse, ansiedade, medo, entre tantas outras manifestações psicossomáticas, potencializadas pelas assimetrias mais diversas, relacionadas à escolarização, acessibilidade aos serviços médicos e, principalmente, pobreza.

O evento interativo do médico ou médica - que participa do controle científico da parição - é ancorado num aparato científico especializado, que trata o fenômeno biológico do parto como casos técnicos no cotidiano das esferas de atendimento e os fenômenos subjetivos

são excluídos desse contexto protocolar. Uma mudança dessa práxis traz ao discurso médico-paciente a possibilidade de um novo modelo de atenção à interação entre médicos e pacientes, apelando-se para uma ação humanizada na qual se estabeleçam outros modos de cuidar do parto.

A discussão sobre o discurso da humanização é patrocinada pelo Ministério da Saúde no Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde nas últimas décadas do século XX, e vem consolidando-se tanto em práticas incentivadoras do parto natural, vaginal, como em tecnologias para uma parição não farmacológica, não cirúrgica, com o apoio de meios físicos alternativos - tais como massagens, caminhadas, sentar-se e rolar sobre bolas -, que têm evidências científicas comprovadas por minimizar a dor fisiológica das contrações uterinas. Nesse ambiente, é estimulada a presença da acompanhante que a mulher deseja na sala de parto e a cama é especial, dobrável e articulável, caso a mulher opte por parir de cócoras. Outro fator importante é quanto à assistência à dor. Preconiza o Ministério da Saúde, que mesmo em partos vaginais, naturais, devem estar presentes as tecnologias médicas que controlam ou amenizam a dor.

A dor do parto é um evento natural, o que leva a sociedade a disseminar a naturalização do sofrimento como um fenômeno normal. Embora parir seja um ato fisiológico da espécie, “a dor do parto vaginal também pode ser iatrogênica¹ por rotinas hospitalares, como imobilização no leito, indução ou aceleração com ocitócicos², manobra de Kristeller³ e episiotomia⁴” (VALE; VALE; CRUZ, 2009, p. 629).

Evidentemente, no contexto de vulnerabilidade social e educacional, as iatrogenias são desconhecidas pelas mulheres e passíveis de ocorrer com frequência. O poder absoluto da práxis médica obstétrica sobre o corpo das mulheres torna eventualmente nula qualquer reação de recusa à atuação tecnicista do agir médico de origem desconhecida e provavelmente interpretada como manobra correta, principalmente vinda da hospitalar, que tem em médicos e médicas a consolidação do saber que salva as vidas.

¹ Iatrogênico significa o produto final de uma intervenção médica advinda do erro médico que pode ocorrer por negligência, imprudência e imperícia.

² Ocitócicos são hormônios produzidos no momento do parto. Embora produzido naturalmente pela fisiologia feminina, ocorre a aplicação química endovenosa, que acelerando as contrações uterinas acelera o processo de parto de forma artificial rompendo com a harmonia fisiológica da natureza hormonal no processo de parto e parturição. A aplicação de hormônios aceleradores causa dores incoercíveis, lancinantes, sendo considerado pelo Ministério da Saúde no Brasil uma violência médica obstetra, quando sua aplicação é desnecessária.

³ Manobra de Kristeller é um processo técnico no momento das contrações uterinas em que obstetras empurram o bebê do fundo do útero ao canal de parto e vagina. O procedimento é extremamente doloroso.

⁴ Episiotomia: corte cirúrgico no períneo. Procedimento controverso é utilizado com o objetivo de facilitar o nascimento do feto.

O parto entre mulheres pobres, com pouca escolarização, carrega além das manifestações fisiológicas da natureza feminina sob processos relacionais complexos, ‘camadas densas’ (GEERTZ, 1989) como efeitos de instituições, práticas e discursos sob os quais as mulheres são situadas nas questões ideológicas da assimetria de gênero.

No contexto da interação entre médicos e médicas, e mulheres em estado de precarização e vulnerabilidade social no evento parto, cabe questionar como o evento é discursivo em suas questões relacionadas ao sofrimento e à dor de parir, além da problemática institucional do serviço público, com carência logística e de infraestrutura, entre tantas outras precariedades. As questões do gênero, da etnia, e da pobreza somam-se à trama complexa de práticas assimétricas, injustas no âmbito das relações societárias. Ao explorar o parto como evento que sinaliza mulheres em situação de vulnerabilidade, “o objeto de pesquisa é ao mesmo tempo, um ponto de partida e um ponto de chegada” (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2006, p. 133).

Além dessa especificidade dos corpos das mulheres, há um mal-estar médico contemporâneo que a atravessa: a supremacia tecnológica sobre a interação dialógica, fragilizada ainda mais, “pois os diagnósticos antes eram minuciosamente investigados numa clínica da escuta, hoje dispensa vínculos interacionais mais aproximados diante de um contexto da desconfiança da alta tecnologia do saber médico” (AGUIAR, 2010, p.4).

A Medicina é mais um dos campos epistemológicos disciplinares, entre tantos outros, que têm no corpo feminino um caso de domínio absoluto, no qual o corpo é um conjunto de processos fisiológicos dominados por uma epistemologia médica tecnicista, despersonalizante, que toma o corpo como objeto de sua prática política e social. As mulheres, para além do objeto de domínio tecnicista do saber médico, situam-se nos limites disciplinares ideológicos, morais e culturais, mas não estão dissociadas de outros discursos da vida disciplinar, o que as tem levado a movimentos de resistência dessas concepções dominantes a partir do interior dos discursos feministas (BUTLER, 2010).

As precarizações sociais, particularmente para as mulheres, são preocupações não só da crítica feminista, mas incidem também em campos disciplinares teóricos e epistemológicos, que identificam, no contexto societário, a necessidade de mudanças e de transformação de práticas sociais abusivas. Ao longo dos últimos anos, a história nos tem apontado algumas lacunas na tentativa de garantia de transformações sociais que a modernidade prometera. Certamente, as mulheres como sujeitos do feminismo suscitam a possibilidade de mudanças nos problemas de gênero, nos quais são reprimidas e produzidas pelas estruturas complexas das relações de poder, ideologia e ciência.

A mudança social e a emancipação são categorias discutidas no interior de vários campos epistemológicos disciplinares, tanto da Filosofia da Educação, defendidas por Freire (1977, 2004), como na Ciência Social Crítica (GIDDENS, 1998) e no Construcionismo Social (BERGER; LUCKMANN, 1999). Estes campos dialogam com a Análise de Discurso Crítica no interior das ciências da linguagem. É um reclamo também no campo da Linguística (RAJAGOPALAN, 2003; MOITA LOPES, 2006), comprometida em refletir sobre discursos que legitimam - no interior das práticas sociais - as relações assimétricas de poder, sugerindo o debate com compromisso ético e político para a possibilidade de uma nova cultura emancipatória (FREIRE, 1977; SANTOS, 2007).

Sob a perspectiva linguística, no contexto pós-moderno, debate-se um projeto epistemológico que aponte as fragilidades do pensamento hegemônico de uma ciência da linguagem e seu enclausuramento à dogmática positivista, centrada numa racionalidade incapaz de gerar a crítica e novas ideias comprometidas com as angústias sociais, que não devem ser silenciadas, naturalizadas.

Rajagolapam (2003) comenta que a sociedade é um ente negligenciado nos estudos da linguagem e ainda prevalecem muitas pesquisas que teorizam preferencialmente a linguagem num completo desrespeito por sua configuração social. O autor resgata as vozes dissidentes no âmbito da linguística, tais como Halliday (1985), que criou uma semiótica social, e Wittgenstein ([1953]1985), ao apontar a linguagem como um processo social e não privado entre dois falantes.

A Análise do Discurso Crítica (ADC), ao incorporar a concepção crítica, estabelece as possibilidades epistemológicas de discutir e esclarecer como as práticas sociais estabilizam-se na vida política, sob facetas discursivas opressoras. Nesse aspecto,

a ciência crítica toma como ponto de partida problemas social vigentes, e assim adota o ponto de vista dos que sofrem mais, e analisa de forma crítica os que estão no poder, os que são responsáveis, e os que dispõem de meios e oportunidades para resolver tais problemas (VAN DIJK, 2008, p. 115).

A opção teórico-metodológica pela ADC justifica-se por ser um escopo disciplinar responsivo, dialógico, dialético, aberto ao diálogo transdisciplinar de epistemologias convergentes no âmbito das Ciências Sociais Críticas. “A análise de discurso examina questões contemporâneas, como o racismo, a discriminação de gênero, a violência, as identidades, a exclusão social, apolítica, a degradação da natureza” (MAGALHÃES, 2005; MAGALHÃES, 2011, p. 219-220).

A escolha do campo epistemológico da ADC ancora-se em postulados em defesa das mulheres em situação de vulnerabilidade social. Algumas dessas causas perdidas, abandonadas, naturalizadas. A crítica incide no estatuto epistemológico/ontológico de mulheres numa sociedade reconhecida em suas vertentes de desigualdades sociais, sob discursos que estabilizam sofrimentos e sobre os quais precisamos olhar de maneira que possam ser discutidos.

A ADC apresenta assim um engajamento teórico e científico comprometido com as formas de ‘opressão’, ‘violências’ (SAFFIOTI, 2004) silenciadas, naturalizadas ou nas saliências em práticas sociais que devem ser discutidas no âmbito da linguística não formalista e, sim, crítica. Magalhães afirma:

A ADC oferece uma valiosa contribuição de linguistas para o debate de questões ligadas ao racismo, à discriminação baseada no sexo, ao controle e à manipulação institucional, à violência, à identidade nacional, à autoidentidade e à identidade de gênero, à exclusão social (MAGALHÃES, 2005, p.3).

Em outras palavras, “a Análise de Discurso Crítica almeja investigar criticamente como a desigualdade social é expressa, sinalizada, constituída, legitimada, e assim por diante, através do uso da linguagem (ou no discurso)” (WODAK, 2004, p. 225).

A configuração teórico-metodológica da ADC confere o caráter dialógico aberto às outras disciplinas e suas teorizações, garantindo a possibilidade de convergências de vários campos de saber a objetos comuns, o que enriquece o debate e a reflexão epistemológica de questões sociais relacionadas entre si, ou seja, a convergência de outras teorias e a mediação entre o social e o linguístico.

Vemos a ADC trazendo uma variedade de teorias ao diálogo, especialmente teorias sociais, por um lado, e teorias linguísticas, por outro, de forma que a teoria da ADC é uma síntese mutante de outras teorias; não obstante, o que ela própria teoriza em particular é a mediação entre o social e o linguístico – a ‘ordem do discurso’, a estruturação social do hibridismo semiótico (interdiscursividade) (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999 *apud* MAGALHÃES, 2005, p. 4).

A ADC, ao interpelar fenômenos sociais, prescinde de uma perspectiva teórica, que atravesse as fronteiras da língua. Vejamos a citação a seguir:

O enunciado (enquanto plenitude do discurso) não pode ser reconhecido como unidade do nível último e superior ou andar da estrutura da língua (sobre a sintaxe), uma vez que ele faz parte de um mundo de relações inteiramente diversas (dialógicas) não confrontáveis com relações linguísticas de outros níveis, e a

compreensão responsiva do conjunto discursivo são sempre de índole dialógica (BAKHTIN, 2003, p. 332).

Chamo a essa índole dialógica de perspectiva transdisciplinar, que vem refletir as novas discussões da ciência crítica contemporânea com as quais a ADC é interlocutora dialógico / dialética. A ADC é a convergência de vários campos teóricos de pesquisa, com muitas contribuições da análise de discurso, que têm em comum a base crítica como definidora de seu empreendimento epistemológico, engajado politicamente na vida social espaço de conflitos históricos, ideológicos, políticos, raciais, étnicos, questões de gênero, sexismo e demais angústias em curso no mundo globalizado.

Fairclough (2003)⁵ discute os efeitos sociais dos textos como capazes de alterar situações estabelecidas, criar outras situações, provocar mudanças em nossos conhecimentos, nossas crenças, nossas atitudes, valores, etc. “Os textos também têm efeitos em longo prazo e também podem iniciar guerras, contribuir com mudanças na educação, mudar relações industriais e muito mais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 8). Em síntese, textos podem ter efeitos causais e mudar pessoas (crenças, atitudes e etc.), ações sociais e o mundo material. No entanto, esses efeitos são mediados por produção de sentido.

O diálogo da ADC com outras ciências humanas e sociais fortalece o debate no campo da Linguística como ciência que enfrenta, no cenário contemporâneo, um compromisso ontológico, ético político a serviço de uma nova racionalidade, que deve debater no interior da Linguística sua capacidade de colocar-se num diálogo crítico com novas realidades e com sujeitos emergentes da crise do novo capitalismo.

Discute-se se a Linguística, em seu diálogo com a sociedade (RAJAGOLAPAN, 2006), para que possa debater problemas no âmbito do texto e do discurso, que não desperdice a experiência notável que, ao longo de sua história, tem trazido ao debate intelectual as contribuições acadêmicas e de pesquisas para a sociedade. Analisar discursos no cenário linguístico sob o viés ‘transgressor’, ‘indisciplinado’ (MOITA LOPES, 2006) é colocar a ciência da linguagem nas questões práticas; é acreditar numa linguística crítica que “pode fazer a diferença e ser posto a serviço do bem estar geral, da melhoria das nossas condições do dia a dia” (RAJAGOPALAN, 2003, p. 12). Nesse sentido, o discurso médico como profissão merecerá dessa tese uma abordagem reflexiva importante.

A Medicina moderna tem início na Europa no século XVIII e para compreensão desse processo, recorro ao diálogo com Michel Foucault, com o qual converso sobre a

⁵ Todas as citações de Fairclough (2003) são traduzidas por mim.

constituição desses discursos. Esse deslocamento histórico nos leva a compreender como a ‘vontade de verdade’ da Medicina tem atravessado tantos séculos sob um fluxo híbrido, no qual convergem ciência, mitologia, filosofia, deuses, anjos e demônios sobre a doença enaltecendo a vida e conjurando a morte.

O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado alguém ou além delas, mas o que desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, indefinidamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-las (FOUCAULT, 1998, p. XVIII).

A Medicina como cosmologia autônoma tem uma data de nascimento com “a fundação da escola médica” de Cós século V a.C. com a publicação de *A doença sagrada* de Hipócrates, que é considerada a certidão de nascimento da Medicina “como disciplina racional e científica” (CHAUÍ, 2002, p. 146), pois consegue diagnosticar as principais patologias de seu tempo como advindas de causas naturais e não divinas.

O nascimento da humanização da prática médica é fruto da arte e da técnica provenientes da racionalidade científica, que tem como pano de fundo as rupturas primeiras das cosmogonias do Olimpo e o surgimento das cosmologias da *razão e logos*, na constituição racional do que é o ser, as coisas, origem, causa e transformações no mundo. A prática da Medicina nasce filosófica e essa relação funda as bases das indagações sobre o ser da saúde e da doença, estabelecendo um diálogo com as cosmologias da ordem do mundo.

A *desordem* do mundo é gerativa das doenças de corpos desequilibrados com o cosmos – uma leitura *humana* da doença – e que requererá aptidões técnicas da arte de curar, produzidas pelas conquistas da racionalidade, dispensando oráculos, deuses e sacerdotes mágicos e feiticeiros. Essa interação mantém a polifonia das ancestralidades religiosas e mágicas. Dessa força polifônica (BAKHTIN, 2008) resgatamos a complexidade híbrida do homem com seu passado ancestral e mítico (JUNG, 2008).

O primeiro tratado da arte médica de Hipócrates situará o lugar da doença e da saúde como um processo em descompasso com a harmonia cósmica, e o adoecimento não é determinado pelas esferas do sagrado, nem pertence à ira dos deuses e nem são seus castigos. O discurso da humanização, na arte de curar, é o genial esforço filosófico e, posteriormente científico, que coloca nas mãos humanas os domínios da razão autônoma nos polos diferenciados da vida e da morte. Dessa forma, identidades sociais e culturais médicas possuem uma carga simbólica importante na vida social, pois *salvar* vidas não deixa de

incorporar uma polifonia de discursos do sagrado de bases religiosas, presentes nas culturas holísticas e integradas à vida desde nossa pré-história.

Nas cosmologias holísticas, o curador tinha identidades antropomórficas, meio homem e meio deus, que daria conta de transpor os limites visíveis e invisíveis da vida e da morte. Com o avanço dessas rupturas e com a consolidação da ciência cada vez mais incorporando conhecimentos e domínios sobre patologias advindas de causas naturais e biológicas, identidades médicas têm se construindo com elevada eficiência simbólica de poder e conhecimentos.

A interação médico paciente é, em muitos casos, pouco dialógica diante da ordem discursiva médica (eficácia de conhecimentos) e a posição de paciente (desigual) em muitas situações. Uma práxis humanizada da é celebrada atualmente como uma relação mais dialógica e interativa possível, responsiva às demandas dos pacientes e com finalidades terapêuticas resolutivas.

No contexto do atendimento médico a pessoas pobres são comuns queixas e reclamações das populações pela negação e dificuldades desses encaminhamentos. Usuários SUS-dependentes deparam, evidentemente, com questões sociais, econômicas como partes do processo de exclusão/negação/dificuldades e doenças. Ao médico não cabe solucionar todas as demandas, conjunturais e extremamente complexas, mas uma relacional é aquela de que mais os pacientes precisam: “uma qualidade de presença, sua humanidade, uma mais à altura do homem, atenta antes ao doente do que à doença” (LE BRETON, 2011, p.341-342). Essa Medicina vem afrontando a ordem discursiva da e favorecendo novas abordagens de sua práxis social.

No Brasil, o discurso da humanização da práxis médica assume conotações prescritivas política, ética na ordem discursiva da como uma proposta que se aproxima das concepções filosóficas do SUS em busca de uma pragmática da atenção às demandas de saúde de forma resolutiva e solidária. A saúde, como parte de um processo na dinâmica social, alcança um olhar clínico não só sobre o corpo biológico partido de suas interações complexas o meio ambiente social, cultural, político e econômico. Por isso uma escuta médica de um sintoma subjetivo de uma dor ou doença manifesta encobre um mundo de significados atrelados aos aspectos biológicos, emocionais e sociais.

Nesse sentido, a definição de saúde que dialoga com o discurso da humanização é um projeto utópico, paradigma instaurador de luta política, científica alimentada pela concepção de saúde patrocinada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, que define

saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” (LALONDE, [1974] 2010).

No Brasil, as discussões do conceito de saúde alcançam seu mais alto nível de força política. A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde sob concepções filosóficas fundamentais do papel do Estado em garantir a saúde como um dever. Sob esse paradigma, o discurso da humanização cobrará dos profissionais médicos um olhar diferenciado ao sensível, à escuta, ao diálogo, ao respeito aos direitos humanos, à dignidade e à defesa da vida.

A humanização da práxis médica é um processo que exige identidades médicas, com alcance de amplo espectro sobre corpos que eventualmente estão com ausência de doenças, mas buscam ajuda médica. Nesse abismo, necessário se faz o diálogo solidário, pois “o doente não é somente um corpo que precisa ser consertado” (LE BRETON, 2011, p. 290).

No Renascimento e na Modernidade o discurso médico surge no contexto histórico das grandes transformações científicas e sua hibridização como mágico, sublime sobre a vida e a morte,

é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações; a presença da doença no corpo que longos sonhos sem olhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade, quanto fundados como objetos para seu olhar positivo (FOUCAULT, 1998, p.VIII).

Com a anatomopatologia do saber médico, o indivíduo é finalmente destinado a sua finitude - com uma nova metáfora, a da saúde -, substituindo a da *salvação* e conjurando a morte, criando o discurso de uma experiência científica sobre o corpo. Este deverá ser investigado por outro poder e sua soberania, *o olhar*. E nesse misterioso espaço de ocultações sintomatológicas se estabelece na relação médico-paciente mediante “a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo de que se fala” (FOUCAULT, 1998, p.VIII).

A linguagem médica não se transforma num discurso racional *puro*: há toda uma rede complexa de figuras, de metáforas, sobre as doenças, cores e tessituras dessas formas ocultas de se apresentarem. O discurso de uma racionalidade positivista neutra objetivada sobre o corpo é biológica, invadido pela filosofia, fenomenologia, antropologia; portanto, um discurso híbrido, que precisará de uma hermenêutica do sujeito para ser explicada nessa racionalidade filosófico-científica (FOUCAULT, 1998). Na tentativa de fixar um ponto de partida, o retorno à Grécia nos leva ao século IV a V a.C., contexto da sistematização racional do discurso médico como técnica e arte de curar, que prescinde de um Juramento, o de

Hipócrates, ao tratar sobre a práxis racional do exercício médico. É cenário do esplendor da civilização grega que empreende uma nova forma de interpretar a leitura da vida, rompendo com deuses e mitos. A questão é que a arte de curar não se dissocia facilmente dos deuses e, mesmo sob todos os esforços da razão e da dignidade pensante do império do pensamento, que a Grécia gerou para o mundo, o limite entre a vida e a morte dificilmente é destituída de mistérios e dádivas.

A Medicina atravessa os séculos sob uma ordem cosmológica mais uma vez assegurada pelo domínio da escolástica aristotélico-platônico, sob o jugo da Igreja, determinando sobre práticas da cura Tribunais da Santa Inquisição e condenação de feiticeiros, feiticeiras, bruxas, magos, que desenvolvem poções curativas, etc. A *salvação* e a cura dos males, das doenças e das pestes vêm de Deus, e dos seus anjos e santos, que podem ser obstaculizadas pelas forças dos feiticeiros e das feiticeiras. Um destino os espera: as chamas ardentes de fogueiras.

A Igreja tem o poder sacerdotal de curar e salvar para a eternidade, exorcizar demônios, e garante banir todo o mal que por ventura algum filho de Deus possa ser submetido pelas forças inimigas da saúde. O saber médico empírico laico é diluído no centro de decisão do conhecimento. E essa longa permanência sob os reinos das insatisfações e lutas refutadoras avança e estabelece sobre a prática médica o direito de controlar as pestes e as doenças sob novas perspectivas científicas mais distanciadas da hegemonia dominante. O grande encontro com a ruptura possível só acontece lentamente a partir do renascimento clássico e posteriormente com o iluminismo europeu.

A Medicina moderna tem um ponto de partida (no século XVIII na França revolucionária, que torna o saber médico uma prática social de Estado), experiência política que articula uma verbalização do patológico, pronunciando, sobre o indivíduo, um olhar. E este é o estatuto da cientificidade da racionalidade médica, que determina a constituição da prática médica “entre um olhar e um rosto” (FOUCAULT, 1998, p. XIII), criando a prática da profissão que é sustentada pelo encontro do médico e do doente.

Sob o olhar a busca da investigação misteriosa do sofrimento do cliente, se estabelece as bases do discurso médico, cercado de uma mística sacerdotal e humanitária. Se antes a consulta era com os oráculos, a polifonia dos deuses se manifesta no saber de um encontro do *eu e tu*, o par médico-paciente que Foucault (1998, p. XII) chama de “fantasia matrimonial”, a experiência clínica sobre um corpo mudo, que requer intervenções, cuidados, controles e domínios.

O discurso médico-paciente se instaura sob os diálogos entre o médico e o doente, ambos cingidos em campos díspares e assimétricos, que se unem pelo olhar no jogo da clínica “entre os sintomas que significam a doença que é significada entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala etc.” (FOUCAULT, 1998, p. XVIII). Toda essa relação é institucionalizada política e filosófica sobre o indivíduo Descartes, identificando em sua existência autônoma e realçando sua finitude, bem como a marca desse intervalo entre a vida e a morte, com as quais a experiência médica se institui.

Neste intervalo sem conciliação que reina a Lei, a dura lei do limite; a individualidade terá como destino configurar-se sempre na objetividade que a manifesta e a oculta, que a nega e a funda. Esta relação do homem com a morte, que neste caso autoriza um discurso científico sob uma forma racional, e, no outro, abre a fonte de uma linguagem que se desdobra indefinidamente no vazio deixado pela ausência dos deuses? (FOUCAULT, 1998, p. 229).

Foucault (1998, p. 230) afirma que a racionalidade da experiência médica na contemporaneidade (últimas décadas do século XX) “construiu uma estrutura de saber sobre o discurso médico que ainda não foi desatada, e suas tramas são ainda desconhecidas indo do arcaico ao maravilhosamente novo.” Chamo esse espaço de híbrido, “uma trama sombria, mas sólida da experiência médica, e que ainda falta muito para compreender e desembaraçar alguns de seus fios que nos são ainda desconhecidos” (FOUCAULT, 1998, p. 219-230).

Explicar, analisar não seria possível apenas sob um viés disciplinar. O diálogo transdisciplinar deve alcançar facetas dessa “trama sombria” que - de mágico, sublime, místico, cético, frio, empírico, filosófico, fenomenológico - articulam segredos, mistérios, verdades, silêncios, cada um desses rituais de verdades, garantindo lugares e não lugares do discurso ou a presença de deuses e deusas.

Ao refletir sobre o discurso médico, identificamos que ele faz parte de uma ordem do discurso e não pode ser dissociado da prática de rituais da palavra, e está a determinar, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam. Estabelecem-se as leis do discurso que definem seu poder e sua sujeição. As coerções do discurso da estão submetidos sob uma ritualização da palavra, que distribui e se apropria do discurso com seus poderes e saberes (FOUCAULT, 1998).

E os rituais da palavra influenciam, ainda, a eficácia suposta das palavras em termos de seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem. O ato de tomar a palavra não é, de fato, nem um ato livre nem gratuito. Certas condições devem ser preenchidas para

que determinado sujeito tenha o direito de falar e de falar desta ou daquela maneira, deste ou daquele assunto, num determinado contexto (SOUZA, 1998, p.10).

O discurso da Medicina é um campo disciplinar que tem por objeto a doença sua pertinência doutrinária e epistemológica, com procedimentos de controle coercitivo discursivo “referidos apenas à forma ou ao conteúdo do enunciado e não ao sujeito que fala” (SOUZA, 1998, p. 10). Sob o domínio do olhar, alcançar as verdades dispostas no livro da vida sobre as harmonias das configurações geométricas, cartesianas. Mais uma vez, o encontro do médico em busca dos esclarecimentos das patologias é uma conversão, uma metanoia do sujeito com a luz, um retorno à ordem cósmica, e a matemática cartesiana insiste num percurso cético em busca da verdade oculta e preservada na natureza.

Logo após a Segunda Grande Guerra Mundial nos anos 50, a Sociologia norte-americana através de Parsons (1977) resgata os pressupostos ideológicos do Funcionalismo e sugere um modelo societário pleno de saúde, com o corpo social em ordem, de forma coesa e harmônica. A doença é a desordem. No modelo durkheimiano-parsoniano, a sociedade precisa restabelecer critérios de harmonia social e cada categoria social é vista em termos de hierarquização e papéis que, para superação de conflitos, deve assumir o que lhes convêm e compete, fortalecendo, nesse ambiente epistemológico, o discurso médico como braço do Estado higienista, moral e disciplinar.

O sonho da ordem disciplinar ainda comanda o imaginário científico, que sob critérios binários estabelecem nessa dicotomia o bem e o mal da vida social do ser doente, doença moral, ética e física. A física social durkheimiana aos olhos desse paradigma considera a sociedade o bem maior, fonte doutrinária do bem comum. O assujeitamento disciplinar do indivíduo nesse contexto gera a saúde e coesão social, elementos determinantes ao modelo capitalista de desenvolvimento, controle rumo ao progresso.

Ordem e progresso, lema positivista, constitui paradigmas epistemológicos fundamentais no desenvolvimento higiênico disciplinar da Medicina de Estado, saberes e práticas institucionais em torno do qual Foucault (1997) conceitua o termo *biopolítica* que se articula numa rede complexa de micropoderes, “ esta coisa enigmática, visível invisível, presente e oculta, investida em toda a parte, que se chama poder” (FOUCAULT, 1997, p. 75). E nada é mais importante a esse modelo do que a profissão médica, que se sobressai pelo seu capital de garantir as condições de sustentar o discurso moralista higiênico, que fortalecerão as concepções teóricas da ciência da doença mais importante do que o doente.

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A Medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1997, p. 80).

A sociedade é mais importante do que os indivíduos, pois os submetem à ordem estabelecida. Os indivíduos devem recuperar a saúde, a moralidade, a submissão pacificada e disciplinada de seus papéis sociais (DURKHEIM, 1969). O Higienismo de Estado tem na ciência médica de então a força epistemológica, que institui os diversos discursos morais das doenças, dos tísicos, das mulheres, da maternidade, do trabalhador, dos loucos, dos pobres, dos ricos.

A contribuição da sociologia durkheimiana-parsonsiana incide uma recomendação nos papéis sociais de médicos e pacientes, realçando o elevado nível de status social da categoria médica como uma profissão que se dá num alto grau de primazia sobre as outras, assim descrevendo os atributos do papel do médico: competência técnica, universalidade, especificidades funcionais e neutralidade afetiva na interação com o paciente. Esses atributos definem as obrigações ou deveres, que constituem o desempenho profissional que se completa com direitos (privilégios) inerentes ao papel; acesso à intimidade física e pessoal do doente; autonomia e dominação profissional (PARSONS, 1977). “Porém, sua caracterização dos papéis evidencia que essa relação é assimétrica, pois a distribuição da autoridade é desigual: a expectativa do profissional é a de que detém o saber frente ao qual o paciente assume um papel passivo e dependente” (NUNES, 1988, p. 164).

A predominância desse modelo vigora fortemente nas instituições e práticas sociais na pós-modernidade: “A preocupação com a exatidão, a ampliação do conhecimento médico e a proliferação dos métodos investigativos, amparados no positivismo e nos métodos de pesquisa científica, culminam na exclusão dos aspectos subjetivos do doente” (MARTINS, *et al* 2003, p. 72).

A Medicina científica moderna, elegendo a doença como seu objeto, constrói um discurso que determina e constitui o médico, impondo limites no exercício de sua prática (SOUZA, 1998). O discurso médico se realiza sobre outro domínio ontológico, o da experiência médica profissional, experiência clínica que é estabelecida num encontro de rostos em posições diferenciadas nos polos do conhecimento.

A experiência clínica - esta abertura, que é a primeira na história ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, este acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas - foi logo tomada como um confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem, pelo qual dois indivíduos vivos estão "enjaulados" em uma situação comum, mas não recíproca (FOUCAULT, 1998, p.XIII).

O discurso da Medicina, sob a égide do positivismo comteano, instaura entre os sujeitos o mito da neutralidade e do apagamento das biografias entre médico e paciente. Apenas a doença emerge dessa relação é o objeto rei, o sujeito do discurso que neutralizando o doente, apaga-o e o exclui sob uma racionalidade imanente e que, segundo Clavreul (1983,p. 49-50), acaba “constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso”. Assim, “apaga a posição do enunciador do discurso que é a do próprio doente no enunciado dosofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico”, o que o permite concluir, enfatizando a exclusão do sujeito, que para a científica positivista “a relação médico-doente é substituída pela relação instituição médica-doença” (CLAVREUL, 1983, p.49-50).

Souza (1998, p. 33) comenta que “o discurso médico cujo objeto é a doença realiza a exclusão do sujeito, e este enquanto sujeito é indissociável de sua doença, mas a vai agir diretamente sobre o corpo da doença”.

O discurso médico cujo objeto é a doença realiza a exclusão do sujeito - médico e paciente - pois o sujeito, muito além de um a gente da sua própria fala, se constitui na palavra que ele enuncia sempre provisoriamente num vir-a-ser, sempre no campo intersubjetivo onde se realiza a enunciação. Enquanto sujeitos, o paciente é indissociável de seu sintoma, de sua história, e o médico, nas palavras que enuncia para dizer alguma coisa a seu paciente a partir de seu conhecimento sobre a doença, tenta negar qualquer vivência conflitiva para agir diretamente sobre o “corpo da doença” (SOUZA, 1998, p. 33).

A doença é o campo da visibilidade e o ponto de convergência da arte de curar, que se apresenta num corpo e é investigada sob paradigmas taxonômicos, numa hermenêutica do fato patológico, de uma classificatória.

Em que médico e doente estão implicados em uma proximidade cada vez maior e ligados, o médico por um olhar que espreita, apoia sempre mais e penetra, e o doente pelo conjunto das qualidades insubstituíveis e mudas que nele traem, isso é, mostram e variam, as belas formas ordenadas da doença. Corpo em que o olhar médico não tem razões para se demorar, ao menos em sua espessura e seu funcionamento (FOUCAULT, 1998, p.16).

O entendimento da neutralização do sujeito ou do apagamento da biografia do paciente remete a uma concepção ideológica de discurso da doença e não da saúde. O discurso da Medicina, nesse contexto discursivo, domina as doenças e todo o empreendimento científico é o de garantir conhecê-las e tratá-las. “A Medicina científica moderna, elegendo a doença como seu objeto, constrói um discurso que determina e constitui o médico, impondo limites no exercício de sua prática” (SOUZA, 1999, p.33).

O discurso da Medicina científica clínica anatomopatológica, ao longo das grandes transformações políticas do século XX e início do século XXI, vem recebendo novos deslocamentos, e o paradigma da doença incorpora o paradigma da saúde. A Medicina se descola da doença e passa a promover a saúde e esses pressupostos discutidos nos últimos 40 anos do século XX e enseja que o mundo ocidental, como braço do sistema político de Estado, seja mais um campo disciplinar de inúmeros outros que se estabelecem na área médica.

Profissões pululam em torno da saúde, sob a instituição da Organização Mundial da Saúde, que passa a considerar o sujeito como aquele produzido socialmente. Desta forma, a doença não é somente determinações das leis da natureza, mas das condições estruturantes macroeconômicas e políticas do Estado.

O discurso da Medicina agora é dividido por outras práticas com evidências científicas de validade, variando das práticas reconhecidas pelas instâncias médicas padronizadas pelas autarquias reguladoras, compartilhando ações que tratam de questões de saúde, da promoção da saúde.

O campo ideológico médico agora é plural e, cada vez mais, o eterno retorno ao corpo, ao controle sobre o corpo doente, organiza o saber e o poder médico, instituindo regulações normativas e jurídicas que interdita qualquer outra área médica que não seja da fundadora.

A Medicina é o terreno ontológico invadido por outros saberes e novas epistemologias, descredenciando a hegemonia positivista, a última garantia que nesse terreno outros profetas e deuses não devem atravessar. A luta política de hoje remete aos primeiros esforços de Hipócrates e o Juramento que requer uma ética e uma prática livre dos charlatões, dos curandeiros, e oráculos.

Um discurso de “verdade” (FOUCAULT, 1996) perpassa o saber psiquiátrico, psicanalítico, sociológico, econômico, político, da arte, da ciência e da fé, onde todos se encaminham para a doença agora de cara nova. Ela tem um sujeito e sobre este as vontades de verdades das novas ontologias médicas redefinem sistemas que compartilham com os

aspectos discursivos de mudança cultural e social muito importante, como o controle interacional, a polidez e o ethos na construção de identidades sociais, ou a construção dos sujeitos (FAIRCLOUGH, 2001).

Sob essas discussões o discurso da Medicina contemporânea e o discurso médico-paciente tem recebido um novo olhar da ADC, tanto pelas pesquisas de Fairclough (2001), MAGALHÃES, (2000), Van DIJK (2008), dentre outros grandes pesquisadores, empreendem um esforço analítico crítico num ambiente ontológico, que difunde as vontades de verdades pautadas numa ideologia que renega as assimetrias sociais inerentes às relações médico-pacientes.

Uma “vontade de verdade”(FOUCAULT, 1997) reina no mundo da Medicina no século XXI e as práticas sociais são concebidas em suas ações concretas como *humanizadas*, mediadas pela humanização, sobre um corpo doente, mas também é guardião de um corpo sociopolítico determinante, nas circunstâncias, contingências, vida e morte. Sobre este, não existe somente as determinações naturais, biológicas das leis tão discutidas ao longo do processo civilizatório sobre a qual toda a natureza está alienada, servil.

O corpo político e social ao lado do corpo que deve ser controlado pelo discurso científico depara-se com biografias em conflitos, em campos assimétricos, detentores de forças e fracassos. O médico e o paciente são sujeitos sob condicionantes tanto de uma classificatória - que precisa ser conhecida em sua patologia orgânica, suas qualidades singulares, mediados pela austeridade da neutralidade -, como deve ter o olhar deslocado para o campo de outros saberes humanos, outras epistemologias: antropologia, física, estatística, ciências sociais, economia, ecologia, filosofia, linguística etc., que igualmente partilham ontologias comuns. Estabelece-se nessa vontade de verdade, por fim, apoiando-se numa base e numa distribuição institucionais, tendendo a exercer sobre os outros discursos uma espécie de pressão e certo poder de constrangimento (FOUCAULT, 1996).

O mundo científico discute novas racionalidades (LATOURE, 1989) sobre campos discursivos que são explicados em necessidades de renovação. Tudo quanto foi Luz, Verdade, Razão não parece ter garantido as resoluções e promessas de utopias, que foram interdidas no cenário sócio político, sendo esse motivo “preciso reinventar a crítica sobre as hegemonias das ciências” (SANTOS, 1987, p. 9).

A Medicina é uma dessas epistemologias que enfrentam novos desafios teóricos nesse estágio de transição paradigmática da crise do conhecimento científico no Ocidente e o desabar da verdade absoluta.

Num nível societário global sobre a maior instituição do planeta, a Organização Mundial de Saúde sugere a todos os povos, de forma universal, que devem ser tratados na sua humanidade (corpo utópico, ético político) com o qual, o discurso da clássica, deve conformar o discurso médico-paciente, de seus pressupostos anátomo fisiológicos, para uma percepção plural, híbrida às novas conformações ontológicas da doença e da saúde.

Interação hibridizada por tensões discursivas, terreno de outros campos epistemológicos de outras ontologias médicas - que dominam placebos, sistemas físicos nanométricos, o microcosmos para além de Pasteur (DARMON, 1999), mundos virtuais corpos transcendentais, campos magnéticos, recheados de metáforas - onde enunciados lutam pela vida, abominam a morte e cada vez mais distancializa o poder sacerdotal médico de outrora, o generalista que cuidava da família, de tudo fazia, de tudo sabia.

Patologias ainda vigoram velhas, e novas se reencontram nos braços da moralidade, da interdição. Se no passado a sífilis denunciava as erotizações do corpo imoral, as doenças do mundo, maldito mundo das mulheres da vida, das devassas, das orgias permitidas aos poetas, aos bêbados e aos loucos, hoje redescobrem novas interdições: é preciso cobrir o corpo com outros véus dogmatizados num sistema protetor que regula a sexualidade em novas metodologias de segurança, que apela aos xamãs, aos templos sempre lotados de enfermos em busca da cura e de Deus, e onde doentes obtêm certezas de promessas de padres, pastores, outros deuses, profetas, rezadores, feiticeiros, que “em nome do pai e do filho” garantem a saúde integral.

A saúde *integral* é a utopia do discurso médico, que penetra em todas as redes e práticas institucionais políticas de Estado a desafiar a busca do completo bem estar biológico, psíquico, social.

Com os avanços das tecnologias e da genética, cada vez mais fragiliza o terreno fértil da doença misteriosa, antes devassada pelo olhar médico, pelos seus sistemas especialistas, taxonomias, classificações, domínios de uma clínica soberana.

O médico *se perde* diante das determinações dos paradigmas da saúde, e de outros sistemas invasores ao antigo domínio do corpo, com os avanços das tecnologias que executam, com precisão absoluta, diagnósticos e até intervenções micro cirúrgicas de robôs. A Medicina se vê com outra invasão: o da tecnologia de altíssima definição.

E todo esse processo afeta a relação médico-paciente, que é interdita pelo computador, pelo olhar detido do médico no prontuário eletrônico. Poucas vezes existe o olhar sobre o paciente: os detalhes agora são para o teclado, a tela do computador, o diálogo é mais fragmentado e a escuta não é quase ao pé do ouvido do paciente.

O discurso da Medicina também é do terapeuta, massagista, psicólogo, psicanalista, homeopata, farmacêutico, advogado, etc. e a Medicina não tem como se afastar desse poder, dessa força de verdade que se fortalece com outra invasão científica: “a Medicina sem médicos” (LAIN-ENTRALGO, 1988) é discutida pelo autor como uma utopia capaz de ser sonhada com os avanços da robótica e da inteligência artificial.

O contexto é de uma insegurança do modelo científico da tradição, que deposita o olhar sobre a doença, mas essa doença é um novo ente dominado por outros magos e suas genialidades no ramo da tecnologia, que disponibiliza robôs mais competentes do que as trêmulas mãos do cirurgião, por exemplo. Esse processo de domínio de outras disciplinas sobre a Medicina torna o médico mais vulnerável, que se sustenta na tradição clássica os projetos epistemológicos e se enfraquecem em aspectos importantes diante da invasão de outras práticas médicas.

A “vontade de saber” (FOUCAULT, 2011) no mundo pós-moderno são deslocados para uma perspectiva cada vez mais plural de saberes. Se antes na Medicina moderna a doença é amplamente compreendida e classificada em todas as suas características clínicas, perde-se diante da saúde, esse fenômeno dominado pelos outros saberes institucionaliza-se como dever político de Estado, e torna a cada vez mais um campo restrito de poder, tendo consequência o enfraquecimento do papel do médico como o senhor absoluto de intervir.

O paradigma da Medicina sob a proposta de entendimento da saúde do homem como um processo multidimensional (biológico, social, espiritual) não encontra sustentabilidade no poder consagrado do olhar do médico sobre o corpo doente “levando uma crise a esse modelo hegemônico” (LE BRETON, 2011, p.278).

Os discursos constituem e são constituídos de valores e ideologias sustentados por instâncias de poder atrelado ao sistema de produção do modelo dominante das instituições e sociedades, sobre as quais confluem tensões, estabelecem-se conflitos e permitem que sistemas disciplinares agudizem desigualdades sociais, favorecendo situações problemáticas que contrastam com as utopias defendidas pela Organização Mundial de Saúde.

A doença que antes foi da Medicina agora é das ciências médicas e econômicas, jurídicas, políticas, e todos esses sistemas de conhecimentos se pronunciam em defesa dos mais fracos.

Na interação médico-paciente, por muitas razões conhecidas, a vulnerabilidade mais superficial e mais exposta é a do paciente, que dependendo de seu campo de produção sócio-histórico é potencialmente mais vulnerável, e muitas doenças que pertencem ao discurso especialista da Medicina deve ser abordada pelo médico.

É sobre este par médico-paciente que um novo olhar, um novo sistema panóptico se instaura nas práticas discursivas e nas investigações das Ciências Humanas. Assim, a humanização da práxis médica é objeto de um debate dialógico dessa tese. O discurso da humanização no cenário contemporâneo assume uma nova textualização. Resgata a polidez nas interações sociais médicos-pacientes, o que na prática padrão da orientação hegemônica é pautada sobre um modelo de neutralidade e pouco dialógica.

Os médicos na prática médica padrão manifestam o que se poderia chamar de *ethos* científico (a moderna se orgulha de ser chamada de ciência médica), o que pode ser realizado variavelmente na forma como tocam e olham os pacientes em termos de tópicos e na ausência de gentileza de significado interpessoal, como a polidez, o que sugeriria uma orientação para os pacientes como pessoas, ao contrário de uma orientação científica para os pacientes como casos (FAIRCLOUGH, 2001, p. 182).

Dos estudos linguísticos para analisar a luta pelo poder e seu contexto situacional durante a consulta clínica, Fairclough (2001, p. 182) cita Elliot Mishler que em sua obra *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews* (1984) apresenta as distintas vozes do mundo da vida e do mundo da Medicina em interação. Estas perspectivas das duas vozes em interação, a do médico e o mundo da vida fenomenológico⁶ do paciente⁷, enfrentam-se em luta durante o encontro médico-paciente. Assumindo a perspectiva do paciente, Fairclough (2001) comenta que Mishler defende seu direito a uma voz ativa não só pelos efeitos salutares que teria dessa satisfação, mas, sobretudo, pelo seu direito individual de tomar decisões sobre a sua própria saúde.

Magalhães aponta questões relevantes para a linguagem e contribui de forma significativamente importante para a compreensão do discurso médico-paciente na área médica brasileira, ao analisar “o discurso médico pediátrico em seus aspectos textuais e

⁶ Fenomenologia é um movimento filosófico inaugurado por Husserl (1990), constituindo uma das principais correntes do pensamento do séc. XX. “O termo ‘fenomenologia’ foi inicialmente utilizado no final do séc. XVIII por Johann Lambert para caracterizar a “ciência das aparências” e empregado posteriormente por Hegel em sua “ciência da experiência da consciência”, sendo esta a tradição em que Husserl se inspira”(…) e introduz como temática central “a questão do mundo da vida, o *Lebenswelt*, constituído pela interação social. Reconhece assim a importância de um dos problemas cruciais que, já no séc. XIX, teria levado à crise da filosofia da consciência e da subjetividade” (MARCONDES, 2010, p. 261-262), e no geral a crise da ciência e do positivismo clássico.

⁷ “O homem, é verdade é uma espécie viva que tem uma história. Mas é também um ser histórico que tem uma vida: uma vida e uma morte, com uma fragilidade que o expõe às doenças, às epidemias, às mortalidades desastrosas, à esterilidade e às grandes devastações da espécie. O homem em sociedade não vive apenas do pão, e também não morre apenas de guerra nem de fome. Sua história é indissociável daquela dos parasitas, dos micróbios, das bactérias e dos vírus, indissociável da história dos metabolismos, das carências vitamínicas e desequilíbrios alimentares”(FOUCAULT, 2011, p.441). Nesse sentido alcançar a complexidade fenomenológica das vozes da vida no encontro médico-paciente é um desafio epistemológico que prescinde da “tradução intersaberes” compartilhada com “uma ecologia de saberes” (SANTOS, 2006) a dialogar com o cânone científico de uma “erudição estonteante” (FOUCAULT, 2011) das classificações médicas e sua genealogia patológica e microbiológicas.

contextuais como um discurso eminentemente assimétrico, em que a fala médica tem um valor e uma ideologia própria” (MAGALHÃES, 2000, p. 14).

A assimetria relacional entre médico e paciente determinada pelas instâncias científicas biomédicas também é um fator importante no diálogo de agentes sociais díspares. A ação comunicativa permeada pela linguagem médica, tanto na busca de sintomas, como na prescrição diagnóstica, naturaliza a ideia de que o poder médico é simbolicamente inquestionável, reificado como seres superiores e que por isso não devem ser questionados (MAGALHÃES, 2000).

A partir das contribuições epistemológicas descritas, retomo o questionamento de como as vozes da e do mundo (MISHLER, 1984 *apud* FAIRCLOUGH, 2001; MAGALHÃES, 2000) estão em interação entre médicos (as) e mulheres no evento discursivo parto no cotidiano da saúde pública, sob o contexto tecnológico do hospital na pós-modernidade.

Como todas as profissões da área de saúde, da Medicina são exigidas mudanças nas características de suas ações em suas diversas áreas de atuação em busca da humanização da assistência. A prática social da Medicina como discurso é tecida numa relação dialética de articulação e internalização entre polos diferenciados das relações sociais ideologicamente constituídas. E o discurso visto como um momento da prática social no contexto pós-moderno poderá rearticular novas modalidades enunciativas *humanizadas*, com uma orientação científica para os pacientes como pessoas.

Fairclough considera a possibilidade de mudanças de uma prática médica que em vez de “tratar as pessoas como casos, possam a tratá-las como pessoas” (FAIRCLOUGH, 2003, p.183), o que sugere novas possibilidades de mudança do olhar médico sobre o corpo doente, sede das desordens biológicas, mas que tem relações dialéticas com um corpo simbólico, social e político.

“O discurso médico-paciente é apenas um exemplo específico do discurso médico geral e reafirma o abuso do poder por partes dos médicos” (DIJK, 2008, p.64). O autor, investiga em seus estudos críticos do discurso o abuso do poder “nas formas de dominação que resultam em desigualdade e injustiça sociais”. Tanto o discurso da Medicina como o discurso médico-paciente se utilizam do abuso do poder em seus mecanismos de linguagem voltados para o controle dos pacientes. Cita como exemplo a psiquiatria que, sob paradigmas clássicos jurídicos, trata os doentes mentais como delinquentes.

Foucault, em sua obra *Vigiar e Punir* [1987](2004), descreve o exercício da linguagem psiquiátrica, que é assumido pela prática social da Medicina científica, sem deixar

de romper com as patologias psíquicas sob forte inspiração moral, que está muito presente em determinadas disciplinas do discurso da Medicina. Ao diagnosticar determinadas condições de morbidade, o discurso reatualiza o caso como moral, por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez, o aborto etc.

É um mal entendido comum dizer que o poder é inerentemente ruim, o poder, óbvia e trivialmente, pode ser usado para muitos propósitos neutros ou positivos, (...) e a sociedade não funcionaria se não houvesse ordem, controle, relações de peso e contrapeso, sem as muitas relações legítimas de poder (VAN DIJK, 2008, p. 27).

O que se critica é como o saber médico está disposto numa relação assimétrica, já que nesse processo interacional o discurso da Medicina em seu estatuto ontológico detém muitas condições de controlar alguns eventos importantes para a garantia da saúde e da vida das pessoas, pacientes estes que em sua situação de doença podem se encontrar em abismais posições de desvantagens.

No processo interacional entre ambos, e que os fatores de gênero e raça desempenham um papel aqui: os médicos do sexo masculino interrompem os pacientes (especialmente os pacientes negros) com maior constância do que o contrário, sem qualquer razão ou relevância médica pra tanto (WEST, 1984 *apud* VAN DIJK, 2008, p. 65).

E, em relação à questão de gênero, pobreza e pouca escolaridade o controle interacional se revela mais opressor. Mulheres em situação de vulnerabilidade são vítimas de abuso do poder médico, principalmente na ginecologia e obstetrícia.

A violência institucional em maternidades é, fundamentalmente, uma violência de gênero que, pautada por significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, a discrimina por sua condição de gênero e a toma como objeto das ações de outrem (AGUIAR, 2010, p. 1).

A questão da banalização da violência em relação ao menosprezo da mulher remete aos campos ideológicos das relações assimétricas no exercício do poder nas maternidades públicas.

A banalização da violência aponta para a banalização da injustiça e do sofrimento alheio como um fenômeno social que atinge a toda sociedade; para a fragilização dos vínculos de interação pessoal entre profissionais e pacientes e para a cristalização de estereótipos de classe e gênero que se refletem na assistência a essas pacientes, além de contribuir para a invisibilidade da violência como tema de reflexão e controle institucional (AGUIAR, 2010, p.1).

As relações sociais ativadas cognitivamente pelas representações sociais circulam na sociedade mediados pela linguagem de gênero sexista, machista e no evento de interação, onde “médicos e pacientes são partícipes desse processo e reproduzem valores, crenças, preconceitos que permeiam um determinado contexto sociocultural, podendo contribuir para cristalizar e/ou ressignificam estigmas” (GILBERT; CARDOSO; WUILLAUME, 2006, p.941).

Em sua obra *Language and power* Fairclough (1989) discute a relação entre linguagem e sociedade, e como são estabelecidas nas relações sociais, nas práticas e nas ações pessoais e institucionais e nos discursos “o que inclui as relações de gênero e classe social, como também as relações entre as raças e as etnias” (MAGALHÃES, 2005, p. 7).

O que importa na interação médico e mulheres, seguindo a orientação de Van Dijk (2008) é examinar as relações de poder em particular. Somente com isso podemos examinar o abuso do poder, que pode prejudicar as pessoas, poder esse sancionado por uma complexa rede de disciplinas, teorias e epistemologias que positivam relações científicas, éticas e institucionais.

No discurso médico-paciente Magalhães exemplifica a linguagem discriminatória na área de pediatria:

As mães das crianças geralmente são representadas como inadequadas porque são consideradas exclusivamente como responsáveis por alimentar e cuidar dos filhos. Por essa razão, há evidências de manipulação ideológica das mulheres por parte dos médicos, para seguirem suas recomendações sem qualquer questionamento (MAGALHÃES, 2000, p. 6).

O discurso medico-paciente é moldado por poderes causais das estruturas sociais e práticas sociais (incluindo ordens do discurso), de um lado, e a gentes sociais de outro. Nos moldes de compreensão do discurso e, de acordo com Fairclough (2001), podemos correlacionar que o discurso médico “relaciona-se dialeticamente como ação - relação social, representação e identificação que correspondem às categorias de especificidades no nível das práticas sociais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27). É dotado de um poder social⁸, em termos de controle sobre os agentes envolvidos em ações comunicativas em gêneros consultas, e outras

⁸“ Há uma concepção de poder em exercício e não em essência, sendo por este motivo relacional. Desenvolve-se a percepção de que o exercício do poder, estabelecido nas relações ou micro-relações no campo social, passa a ser descrito como um modo de ação de poder sobre as ações de sujeitos agentes. Ou seja, não existiria algo unitário e global chamado poder. O que podemos observar são formas heterogêneas de exercício de poder, que ao contrário de se manterem estáticas, se encontram em constante transformação” (SEIXAS, 2011, p.73).

práticas sociais da saúde, controlando as pessoas, de modo que o discurso poderoso do médico silencia e às vezes até intimida os pacientes.

As complexas redes simbólicas do poder médico como estrutura de dominação sobre a vida e a morte influenciam não só as opções ou variações do uso linguístico ou do discurso, mas também os sistemas semióticos ou discursivos como um todo. A linguagem varia em função das condições sociais, educacionais, culturais e econômicas, que podem contribuir para consequências específicas do discurso médico, como as relações semânticas, gramaticais, fonológicas, lexicais, vocabulário (FAIRCLOUGH, 2003).

A casa de parto é o lugar privilegiado no qual identifiquei as esferas discursivas interacionais entre mulheres e médicos (as) como um evento marcado por um discurso médico científico neutro, referendado por uma formação disciplinar da Medicina clássica na qual a voz médica é a da esfera dominante científica. Uma orientação científica deve tratar os pacientes como pessoas e não como casos. Esse é o enfoque sustentado na pós-modernidade estimulada por campos teóricos disciplinares - que no Brasil tem o patrocínio do Ministério da Saúde - através de uma política de humanização da prática assistencial na saúde pública. Discute-se a necessidade de humanizar o acolhimento e o tratamento de acordo com os pressupostos filosóficos do Sistema Único de Saúde, quer na sua instanciação política, quer na operacionalização garantida pelo papel do Estado, que assegura ser a saúde um direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1998).

Uma orientação científica para os pacientes como pessoas tem levado a comunidade intelectual discursiva da saúde no Brasil a questionar as práticas sociais médicas e tem sugerido Políticas de Humanização Médica - desde o início da década de 1990, após a promulgação da Constituição de 1988 -, na qual a questão da saúde passa a ser um preceito constitutivo da cidadania.

O discurso da humanização infere uma mudança paradigmática importante para que as práticas sociais da reflitam ações que levem em conta a práxis relacional entre agentes sociais tão desiguais. O poder médico é um exemplo típico desse evento a ser discutido que também sofre as influências de contextos situacionais, institucionais e políticos. Nesse sentido, o Ministério da Saúde no Brasil elaborou Documentos Prescritivos, que discutem e orientam uma prática humanizada da atenção médica em toda a rede do Sistema de Saúde no Brasil, apelando para que o paciente em todas as instâncias de atendimento deva ser tratado sob protocolos éticos e humanísticos.

Com o aporte teórico metodológico da Análise de Discurso Crítica alcanço através de um diálogo transdisciplinar (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999) as muitas

faces dessa teia complexa que permeia o discurso médico-paciente, como um evento epistemológico híbrido que fez da Medicina científica positivista uma convergência de muitas demandas disciplinares, políticas, culturais, simbólicas, filosóficas, antropológicas, sociológicas, o espaço plural a serviço da vida, das populações, dos ricos e pobres, com práticas hegemônicas clássicas, terapêuticas alternativas com evidências científicas. Enfim, um desaguar da esperança, da fé, da confiança numa instituição que representa a garantia de que está tecnicamente preparada para intervir em situações extremamente críticas estabilizando, salvando vidas.

A Medicina como outras profissões, tem sofrido dramáticas mudanças na sociedade contemporânea. Talvez maior contribuição que a análise de discurso possa dar seja fornecer um meio para investigar-se o peso dessas mudanças, na prática, na maneira como médicos e pacientes realmente interagem (FAIRCLOUGH, 2001, p. 183).

Motivada por essas contribuições epistemológicas, surgem minhas questões de pesquisa: como a interação médico-paciente no evento discursivo parto constrói representações e identidades em relação ao sofrimento das mulheres? Como a problemática da humanização na práxis obstétrica é construída / representada por médicos e médicas? Como os médicos e médicas obstetras representam a práxis social da Medicina Obstétrica como questões de hegemonia e ideologia? Como as parturientes representam e constroem identidades no evento discursivo parto, no contexto de sofrimentos acobertados pelas misérias sociais?

A partir desses questionamentos - e com base em três principais modos de como o discurso figura simultânea e dialeticamente em práticas sociais - modos de (inter-) agir, de representar e de identificar (se) (FAIRCLOUGH, 2003) -, irei investigar os significados da linguagem segundo Fairclough (2003).

- Significado acional do discurso que focaliza o texto como modo de interação em eventos sociais, aproxima-se da função relacional, pois a ação legítima / questiona relações sociais;
- Significado representacional, ligado a maneiras particulares de representar aspectos do mundo associada discursos;
- Significado identificacional, relativo a maneiras de identificar-se, associa-se a estilos.

Estabeleço como objetivo geral: descrever a constituição das representações, identidades e das práticas discursivas e sociais em textos produzidos no discurso médico-paciente no evento parto no contexto de uma maternidade pública no Nordeste do Brasil, considerando, de modo integrado, a perspectiva linguística e a perspectiva explanatória relacional, e contribuindo com uma reflexão crítica sobre a prática social da no atendimento obstétrico de mulheres em situação de precarização e vulnerabilidade social.

Os objetivos específicos consistem em verificar como as relações entre o discurso médico-paciente (discursos híbridos e mesclados), o evento parto, a prática social da e as estruturas sociais são articuladas de maneira particular em ordens do discurso. Categoria analítica: abordagem relacional explanatória dialogando com o Realismo Crítico e as ciências sociais críticas como forma de desvelar as relações de sofrimento, poder e ideologia; analisar os modos de representar o evento parto discursivamente: o significado representacional do discurso médico-paciente como um dos elementos das práticas sociais que constrói identidades de médicos, médicas e parturientes e engloba nos textos os modos de agir, representar e ser, utilizando como categoria linguística analítica a interdiscursividade, o significado de palavras e a metáfora; identificar os modos de agir discursivamente - modos de ser: o significado acional- estilos) através dos gêneros discursivos: entrevistas, relatos e notas de campo no atendimento médico parto. Categoria linguística de análise: modalidade e avaliação (FAIRCLOUGH, 2001-2003).

Esta tese problematiza, na relação linguagem e sociedade, a hibridização do discurso médico-paciente no evento discursivo parto. De acordo com Bakhtin (1981, p. 293), “a linguagem como um evento discursivo não pode ser pensada monológica, como uma representação da verdade da realidade, pois a linguagem é uma concreta concepção heteroglota do mundo”. No tocante ao texto etnográfico “a linguagem é atravessada por outras subjetividades e nuances textuais específicas” (CLIFFORD, 2008, p. 42).

Examinado o parto numa maternidade do *Sul do Sofrimento*⁹, esta pesquisa de natureza etnográfica penetra nas ‘coisas do mundo’, nas ‘vozes do mundo’, ‘da vida,’ interessando-se pelo que existe ativado ou não, em redes de práticas sociais. Os dados são gerados a depender dessas coisas do mundo, exigindo um exercício epistemológico que transita nas estruturas, poderes e verdades contingenciais, que momentaneamente estabilizam práticas sociais.

⁹ O *Sul do Sofrimento* é utilizado por Boaventura de Sousa Santos como geopolítica da exploração dos países do Norte Global capitalista contra os países periféricos dominados, marcados pelas profundas injustiças e desigualdades sociais, um Sul sociológico, portanto, “entendendo o Sul como uma metáfora do sofrimento humano causado pelo capitalismo” (SANTOS, 2006, p. 27).

Como autora, meu lugar no cenário da maternidade é posicionado, ético e político. Portanto, esta é uma relação intersubjetiva que favorece meu posicionamento discursivo-dialógico entre os participantes do presente estudo. “Reconhecer a tensão moral e a ambiguidade ética implícitas no encontro, pesquisadora e sujeitos participantes e ainda assim ser capaz de dissipá-la através das próprias ações e atitudes é o que tal encontro exige,” (CLIFFORD, 2001, p. 43). Além desta, outras dimensões éticas são fundamentais sobre as quais os fenômenos observados deverão merecer tratamento e análise científica: a) a dignidade dos seres humanos possa ser absolutamente respeitada; b) a utilização dos dados ética e politicamente posicionados; c) a relação pesquisadora e pesquisados assentada sob uma perspectiva moral, respeitando “o lugar geopolítico e o corpo-político do sujeito que fala” (GROSGOUEL, 2008, p. 119).

Este estudo é mobilizado pela aspiração de que o sofrimento das mulheres no evento parto possa acontecer sem martírios e sem outros sofrimentos evitáveis, sob a proteção de práticas científicas e institucionais da obstetrícia em maternidades públicas¹⁰. A etnografia discursiva e seu interesse crítico epistemológico é tornar a pesquisa científica comprometida em debater facetas discursivas opressoras desse *mundo invisível*, tornado *inexistente*, e sobre o qual a naturalização do sofrimento no parto é banalizada em redes de práticas sociais e discursos da maternidade no Brasil.

No Capítulo 2 resenho sobre o parto, percorrendo sobre os aspectos anatomofisiológicos e a natureza da interação face a face médico e paciente. Explícito como a interação médica e mulheres é fundamental para a práxis que se desenvolve no evento discursivo parto, considerando o conceito ontológico de humanização em oposição a sua fragmentação e ao seu apagamento – a desumanização. Sobre a maternidade, abordo como essa categoria é constitutiva do discurso médico higiênico de um projeto de Nação, e que permanece em nosso contexto contemporâneo reconfigurando-se sobre as residualidades antropológicas e ideológicas de sua matriz colonizadora no Brasil. Apresento ainda brevemente a fisiologia do parto e justifico as suas considerações de ordem clínica, ordem sociológica, simbólica mediada pela cultura, de ordem clínica e medicalizado.

No Capítulo 3, apresento o marco teórico com o qual esta tese se sustenta. Enquadro a ADC como uma proposta de ciência pós-positivista com flexibilizações teóricas, epistemológicas e metodológicas na interface da linguística crítica e das ciências sociais críticas.

¹⁰As mulheres em estado de vulnerabilidade social são a clientela prioritária nas maternidades públicas no contexto geopolítico e sociológico do *Sul do Sofrimento*.

Justifico a opção transdisciplinar e dialógica da ADC com a Linguística Sistemática-Funcional (LSF), recontextualizada por Fairclough (2003), com Realismo Crítico e as Ciências Sociais Críticas, o que conduz a um amplo domínio epistemológico e teórico, que garantem a apreensão das complexidades do objeto desta tese.

No Capítulo 4, apresento a matriz ontológica, epistemológica e metodológica da tese. Do ponto de vista da ontologia, o objeto de investigação será de acordo com o paradigma investigativo pós-positivista, dialogando com o Realismo Crítico e a Teoria Social Crítica, com os dados gerados no campo, em realidades locais, específicas. Ontologia, epistemologia e teoria integram questões e métodos baseados no contexto e não em leis universais.

A metodologia é dialógica/dialética - conforme o construtivismo analítico crítico da ADC e seu diálogo transdisciplinar com campos epistemológicos convergentes - está de acordo com uma forma de investigação de orientação pós-positivista e pós-moderna. Nesse sentido, a etnografia com a qual dialogo tem um embasamento crítico, que representa uma leitura da realidade através de um caráter interrogativo, questionador, capaz de libertar o objeto de análise da “tirania das categorias fixas, inatacáveis” (KINCHELOE; MACLAREN, 2006, p. 303).

O Capítulo 5 é dedicado à representação e identificação de médicos e parturientes em situação de vulnerabilidade e sofrimento de acordo com a teoria proposta por Chouliaraki e Fairclough (1999), Fairclough, (2001; 2003) e suas contribuições teórico-metodológicas para um modelo analítico de discursos. Este capítulo contempla as análises dos seguintes eixos conceituais dessa tese: 1) a relação médico-paciente no evento discursivo parto; 2) a questão da humanização do parto de mulheres em situação de vulnerabilidade e sofrimento; e 3) como essa humanização é discursivamente construída pela instituição médica e pelo discurso político do Ministério da Saúde.

No enquadre da ADC, de acordo com Chouliaraki e Fairclough (1999), o objetivo da teoria é refletir sobre o contexto da mudança social contemporânea e a possibilidade de práticas emancipatórias em estruturas cristalizadas na vida social. Para alcançar esse objetivo, a ADC, assentada como reflexão sobre o discurso está localizada no contexto da pós-modernidade. O seu enquadramento dá-se: (i) numa visão científica de crítica social; (ii) no campo da pesquisa social crítica sobre a modernidade tardia; e (iii) na teoria e na análise linguística e semiótica (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH 1999).

Dentro da perspectiva proposta de Chouliaraki e Fairclough (1999), analiso os elementos da prática em foco e as relações desses elementos entre si (atividade material/ relações sociais e processos/ fenômenos mentais e discurso) e como essa relação pode ser

pensada a partir de um discurso de humanização posto pela instituição obstétrica e outro posto pelo Ministério da Saúde. Categoria ideologia e hegemonia.

Na perspectiva de análise de discurso de Fairclough (2003) apresento a hibridização do discurso médico-paciente, coexistindo e interagindo dialeticamente como os significados da linguagem nos processos de representação e identificação de médicos e parturientes em situação de vulnerabilidade e sofrimento. Na perspectiva da análise lingüística, integrada à análise relacional explanatória, focalizo as seguintes categorias: interdiscursividade (tipos de discursos); modalidade; avaliação; metáfora; significado da palavra; a oração numa perspectiva representacional, a representação como recontextualização, representação dos atores sociais (VAN LEEUWEN, 1997).

Para refletir criticamente sobre o discurso médico-paciente, o parto e as identidades maternas, discutirei os aspectos fundamentais desses questionamentos conjunturais: a análise dos elementos da prática em foco e as relações desses elementos entre si (atividade material/ relações sociais e processos/ fenômenos mentais e discurso) (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

Os Capítulos 6 e 7 analisam as representações discursivas sobre o sofrimento de mulheres, o evento discursivo parto e as estruturas sociais, sistemas de conhecimentos, visões de mundo e cosmologias do sofrimento. Categoria analítica: diálogo transdisciplinar com as Ciências Sociais Críticas. No Capítulo 6 apresento uma reflexão arqueológica das matrizes discursivas dos sofrimentos, tendo como sustentação reflexiva as cosmologias matriarcais, e as cosmologias do Olimpo e Edênicas. Mapeio como os sofrimentos das mulheres transfiguram-se do sagrado ao profano e como depois serão retextualizados nos sistemas de conhecimento que dominam o mundo, como a Verdade, Ciência, Religião.

No Capítulo 7 *Sofrimentos e o discurso médico* o objetivo é dedicado a analisar a hibridização do discurso médico-paciente organizado em torno das análises das notas de campos e relatos de mulheres, médicos e médicas. Busco, em cada um desses textos, o que considero importante para a análise da intertextualidade. Os elementos textuais representam (discurso) e ressignificam as identidades sociais e discursos. Dialogo com as epistemologia do Sul (SANTOS, 2006) para propor uma concepção contra-hegemônica ao discurso médico-paciente, cuja “compreensão adequada do texto, que é produto de uma prática sociocultural, é situada localmente e, ainda, na instituição ou instituições pertinentes e na sociedade mais ampla” (MAGALHÃES, 2011, p. 221).

Nas Considerações Finais, apresento minha contribuição. Uma reflexão crítica explanatória para uma teoria crítica pós-moderna da hibridização do discurso médico-

paciente, o parto e mulheres em situação de vulnerabilidade social, a prática social da Medicina e seus efeitos nas estruturas sociais. Na seção destinada aos Anexos selecionei algumas Notas de Campo que foram importantes fontes de teorização e reflexões críticas, como também fragmentos dos Relatos dos participantes.

As contribuições que esta tese pode trazer, sustentadas pela Análise de Discurso Crítica em face temática da hibridização do discurso médico-paciente no parto, são impositivas quanto à responsabilização da pesquisa e às aplicações práticas, com o sofrimento de mulheres no parto, como também às novas formas do fazer médico atravessado por um olhar humanizado.

Esta tese também colabora para as pesquisas em análises linguísticas que apresentem como objetos comuns os problemas sociais e, dessa forma, dialoga com as angústias humanas iluminadas por uma teorização responsivas, radicalizando criticamente epistemologias reducionistas. Nesse sentido, a pesquisa trará contribuições teóricas relacionadas à compreensão ontológica da sociedade e do discurso, para que as propostas de reflexão epistemológica favoreçam o debate de aspectos problemáticos constitutivos do discurso médico-paciente, procurando discernir as conexões entre linguagem e outros elementos da vida social que são opacas, tais como o papel da linguagem nas relações de poder e dominação, o trabalho ideológico do texto, a negociação de identidades pessoais e sociais em seus aspectos semióticos e linguísticos (MAGALHÃES, 2004).

Um lembrete ao leitor e leitora: o texto desta tese é uma construção em coautoria com todos os protagonistas do evento etnográfico. Ao longo das discussões teóricas e analíticas, suas vozes estão presentes e conduzindo a problematização, um enredo de muitos matizes, cores, musicalidades, rastros, suspiros, ais, lágrimas, cochichos, olhares, pecados, confissões torturantes, mãos que gesticulam o lugar pornográfico de onde todos viemos e xingamos quando as misérias perseveram. Ali há um encanto poético no diálogo com os passarinhos, o pau d'arco; acolá há a amargura das lembranças funestas, teimosas que invadem corpos sacrificados, o azul não encontrado, a cor rosa apodrecida debaixo da terra, um diálogo dos mortos e dos vivos e, em muitos momentos, falam tão presentemente que um susto nos assombra a todas nós que somos valentes pecadoras, tímidas e desobedientes, nobres e guerreiras, heroicas mulheres, ali ou acolá, amantes em corpos rebeldes, renegados, mulheres dominadas pelas sortes boas da vida e pelas más sortes da vida.

Encantadas ou desencantadas, mulheres vulneráveis, médicos e médicas sábios, sábias, valentes, atentos, prontos para cuidar de todas nós, “nervosas”, “escandalosas,” “mal educadas,” “histéricas”, “mulheres bonequeiras”, “esquecidas dos nossos pecados”. O

parto é uma ópera de muitos personagens, com vários Atos. Cada um com uma retórica fortemente envolvente de forças simbólicas mediadas pela escuridão e luz. Convido o leitor e leitora a participar e ser mais um ator ou atriz nessa tragédia nordestina, onde deuses cabras da peste, cabras machos, sim senhor, querem ser igualzinho ao Dionísio e mulheres belas, Helenas de Troia, na beira da serra do Maranguape, travestidas de Marias, belas, bonitas, sensuais, Marias santificadas, Marias Madalenas pecadoras, em suas labutas dionisiacas com seus seios enturgecidosk, que derramam sobre o sertão seco desse Nordeste o drama de sua glória. Encantadas ou desencantadas; mulheres vulneráveis, médicos e médicas sábios, sábias, valentes, atentos, prontos para cuidar de todas nós, *nervosas, escandalosas, mal educadas, histéricas, esquecidas de nossos pecados* Nordeste é o anverso do Éden. Tudo de belo do Olimpo, que se transforma no barro sedento ardente em fogo, paisagem que as Bachianas de Villa-Lobos ainda não encontraram.

2 O PARTO: MALDIÇÃO, TORMENTOS E LUZ NA VIDA DA MULHER

*Em sofrimento parirás (Gênesis 3:16).
Como as dores de parto àquela que está grávida, e de modo nenhum escaparão São
(Paulo 1; Tessal; 5:3).
E estando grávida, gritava com as dores do parto, sofrendo tormentos para dar à
luz (Apocalipse de São João 12:2).*

Neste capítulo, resenho sobre o parto, maternidade e ontologia da humanização da práxis médica debatida em oposição à sua fragmentação e apagamento – a desumanização. Sobre a maternidade, abordo como essa categoria é constitutiva do discurso médico higiênico de um projeto de Nação, e que permanece em nosso contexto contemporâneo reconfigurando-se sobre as residualidades antropológicas e ideológicas de sua matriz colonizadora no Brasil.

2.1 O parto: natureza e relação médico-paciente

*A proposta de humanizar o parto e o nascimento expressa um paradoxo.
Será que o ato sagrado de reprodução da espécie
humana pode ser desumanizado? (FONSECA, 2008, p. 27).*

Parsons (1977) foi o pesquisador em Ciências Sociais, na sociedade norte-americana contemporânea, que, na década de 1940, do século XX, fez a primeira grande discussão da relação da Medicina como uma profissão que deve ser uma relação humanizada face a face entre médico e paciente, considerando os papéis sociais que a sociedade institui para cada um. Nesse aspecto, a relação médico-paciente é sustentada de forma a humanizar as verdadeiras e legítimas assimetrias, que há entre médico e paciente, considerando quem detém o saber e quem deve obedecer às prescrições desse saber. Uma hierarquização disciplinar de papéis sociais e políticos sob influência da sociologia clássica durkheimiana inspira Parsons e à ordem discursiva da Medicina como suporte ontológico do estado liberal capitalista.

Fairclough, no final da década de 1980, elabora uma crítica ao discurso médico-paciente, identificando as categorias de poder, ideologia nessas relações mediadas pelas assimetrias sociais no âmbito da investigação da Análise de Discurso Crítica. Numa perspectiva dessa interação face a face, analisa consultas médicas e como linguisticamente deixam marcas do poder e assimetrias. O discurso médico, nesse contexto, trata o paciente como objeto de uma tecnologia neutra (pacientes tratados como coisas). Interessa ao debate na ADC, nesse momento, uma visualização da dupla médico-paciente, incitando Fairclough a elaborar sua crítica direcionada ao discurso médico e sua hegemonia dominante diante do

paciente tratado como objeto. O foco é discutir e identificar na linguagem as marcas do poder assimétrico na interação médico-paciente.

No Brasil, na década de 1980, há um intenso movimento político que coincide com as lutas de redemocratização do País e a questão da relação médico-paciente passa a ser categorizada com um processo crítico, político, integrada à dinâmica social de uma forma mais ampla. Nesse sentido, a relação médico-paciente perde a crítica de seu caráter progressivamente impessoal (fortemente ligada à hegemonia positivista que marcam as relações neutras e objetivas entre médico e paciente) e incorpora elementos políticos da área de gestão da saúde, que enuncia as novas utopias fundadoras do lema: “Saúde, direito de todos e dever do Estado”.

Some-se a essa tendência o movimento de constituição da crítica histórico-social à Medicina, à organização social da prática e da profissão médica e à medicalização social, capitaneadas por autores europeus e norte-americanos e sua influência sobre a produção latino-americana e brasileira nesse período (GOMES; SCHRAIBER, 2011).

A reforma sanitária no Brasil desloca-se da crítica sobre a relação médico-paciente, pautada sobre a impessoalização e a desumanização dessa relação e passa a reivindicar e a produzir epistemologias e novas teorizações de um modelo de gestão política da saúde coletiva. Deixa de ser chamada de *saúde pública* pela reforma sanitária da década de 1980 e passa a ser denominada de *saúde coletiva*, como superação da palavra pública que, no cenário dos países periféricos no Sul do Sofrimento, é sinônimo de prestação de serviços institucionais diferenciada para pobres.

Lugar de pobre no serviço público confere o estatuto de ofertas e garantias de assistências de pior qualidade (nessa categorização, a relação médico-paciente sai da esfera privada como qualidade superior de assistência no Estado liberal capitalista) corresponde à ordem discursiva das contradições sociais para a esfera coletiva, amplamente assegurada pelas tecnologias de gestão, participação social, controle social e de atenção integral à saúde em todos os níveis (primário, secundário e terciário) de forma igualitária e universal: nasce o Sistema Único de Saúde (SUS), como a maior conquista da reforma sanitária brasileira no decurso político de redemocratização do Estado no final da década de 1980, contemplado na Constituição Brasileira de 1988 seus pressupostos filosóficos: “Saúde, um direito de todos e dever do Estado”.

Nos anos de 1990 e início dos anos 2000, o projeto de regulação do Sistema Único de Saúde vai demandar, dos intelectuais sanitaristas brasileiros, um grande esforço e debate na consolidação desse projeto político num Estado em transição, atravessado por uma

ditadura militar e no alvorecer de sua redemocratização política. A reforma sanitária coloca a *saúde* como uma categoria ontológica e filosófica, que terá de se afirmar na zona de tensão ideológico-política entre o caráter liberal capitalista e as utopias socializantes de inspirações marxistas, base teórica de epistemologias e práticas de gestão de saúde coletiva, que deverão afirmar-se num mercado privado, no qual a prática médica é soberana e liberal.

Integrá-la como uma determinação política incide numa mudança de cultura muito grande diante da readequação de uma assistência médica humana, igualitária, coletiva e universal para todos os estratos da população. A saúde não é mais ausência de doença: passa a ser reconceituada como um processo histórico, social, humano, a ser enfrentado dialeticamente na práxis social nesse complexo relacional pobreza, desigualdade e justiça social.

É sob essa ótica que, a partir de fins da década de 1990 e início dos anos 2000, tem se tornado tema, cada vez mais frequente nas elaborações acerca das práticas em saúde, a discussão da chamada humanização/desumanização nos serviços de saúde. Abordando esse processo de forma mais complexa e ampliada, essa tendência tem se caracterizado por analisar uma série de aspectos inter-relacionados que conformam os processos ou fenômenos “desumanizadores” no interior das práticas e serviços de saúde (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p.340).

A humanização será o marco teórico que realinhará as práticas assistenciais no âmbito dos serviços médicos prestadores, institucionais, bem como no âmbito da interação profissional médico-paciente mediada pela subjetividade, reconhecimento das pluralidades culturais, das diversidades e das complexas formas do adoecimento social e de seu tratamento, com respostas terapêuticas, medicalizadas ou não e que abala o solo epistemológico da Medicina, que na constituição de seu saber fundador ainda profundamente determinante na sua práxis contemporânea ‘colocou o homem entre parênteses’:

Na constituição de seu saber, a Medicina ocidental colocou o homem sobre parênteses para interessar-se apenas por seu corpo. O saber médico é anatômico e fisiológico. Ele oculta o sujeito, sua história pessoal, sua relação íntima com o desejo, a angústia ou a morte; ela negligencia a trama relacional na qual se insere, para considerar apenas o mecanismo corporal. Não se trata de um saber sobre o homem. Considerando o doente como detalhe de uma alteração que toca essencialmente o organismo, e não o ser do homem (LE BRETON, 2011, p. 340-1).

É o momento de uma nova constituição paradigmática do discurso médico, que construído entre o normal e o patológico supera a dicotomia clássica das doenças objetivadas, tratada como casos em sua singularidade orgânica e biológica, para encontrá-la tecida nas teias das relações sociodeterminantes.

A discussão das transformações dos processos de trabalho em saúde com a produção de práticas relacionais e intersubjetivas mais pautadas na solidariedade, na autonomia dos sujeitos e na cooperação; fazem parte dessa dimensão as discussões, por exemplo, a respeito: da integralidade, da centralidade do cuidado, do acolhimento na produção da assistência, do combate à medicalização social (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p.340).

A humanização da Medicina é identificada muito mais como um esforço de práticas e métodos do que a relação solitária de dois interactantes (médico-paciente). E a luta é em favor de condições de garantias da cidadania, que descobre atores antes silenciados, as chamadas minorias sociais, mulheres, negros, crianças e idosos descobertos em suas reais situação de vulnerabilidades sociais e políticas, que demanda um esforço de garantia de seus direitos constitucionais universais de saúde para todos e todas. Organizam-se movimentos no âmbito dos direitos dos idosos (cria-se o Estatuto do Idoso), das crianças e dos adolescentes, a Política Nacional de Saúde da Mulher com propostas integrais de sua saúde sexual reprodutiva, o parto e o puerpério.

A discussão das políticas de gestão, dos arranjos organizacionais e dos modelos tecnoassistenciais, e suas implicações para a produção de serviços e práticas de saúde alicerçadas na garantia do exercício da cidadania e na corresponsabilização dos diferentes atores envolvidos; compõe essa temática a discussão da consolidação do SUS segundo seus princípios fundadores, além da democratização na gestão dos serviços e do fomento à autonomia dos sujeitos nos processos assistenciais (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p.340).

No que concerne especificamente ao parto são lutas que garantam ao evento uma ação assistencial menos interventista possível, ou seja, a prática tem que ser guiada pela própria natureza fisiológica da mulher. As mulheres ocuparam o cenário do debate com reivindicações no tocante à *saúde da mulher*, que envolvem questões medicalizadas, não medicalizadas, trabalhistas, estéticas, éticas, o direito sobre o seu corpo, entre outras questões retumbantes do movimento feminista dominante na época.

Novas epistemologias surgidas dos movimentos feministas proclamavam pelos direitos das mulheres, ao parto humanizado entre outras questões políticas que foram construindo a Política Nacional pela Saúde da Mulher. No âmbito dos movimentos feministas, estes consideram desumano o tratamento do parto pela Medicina como um evento medicalizado, patológico, pois é natural e não deveria ser um patrimônio de uma clínica médica que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa (DINIZ; CHACHAM, 2002).

Esta questão derivou inúmeras ações políticas no âmbito das regulações doutrinárias e gerenciais do atendimento à mulher - em todas as esferas de atenção à saúde - até a proclamação do SUS em 1988, e sua evolução a partir das Normas Operacionais Brasileiras Reguladoras da Saúde como: a NOB 91, NOB 93, NOB 96, e Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002; o Pacto pela Saúde – 2006 e 2008; e a Emenda Constitucional número 29/2000.

Em toda essa evolução normativa e operacional, a palavra humanização é atrelada à saúde da mulher, vinculada ao atendimento no parto fisiológico ou vaginal não invasivo pela obstetrícia científica, destacada como uma categoria filosófica. Urge reconhecer que a ênfase da humanização prescrita pelo Ministério da Saúde no Brasil também transcende ao parto medicalizado e alcança novos atores: passa a ser mais um paradigma estético e ético a nortear as ações no âmbito das práticas de interação médico-paciente.

A política nacional da saúde da mulher e o parto prescrevem a necessidade de se integrar às práticas médicas a humanização, reconhecendo o caráter do parto humanizado como tecnologia não invasiva. Para a obstetrícia, atender ao parto como uma área não pertencente ao seu domínio hegemônico, sustentado num rigoroso sistema de tecnologias e saber, profundamente ancorado no positivismo científico, soa como antagônico ao modelo de parto medicalizado pela epistemologia médica. O parto é objeto medicalizado e há uma tensão teórica em torná-lo humano, descaracterizando a coerência científica.

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde no Brasil prescrevem as políticas de humanização no parto, reforçando o seu caráter prioritário de parto vaginal e não cesáreo, tendo em vista que as evidências científicas apontam sobre a segurança do parto fisiológico em relação ao parto cirúrgico, mais caro, com tecnologia mais sofisticada e com mais riscos à mortalidade materna, quando realizado em situações precárias, mormente nas instituições públicas de saúde de baixa eficácia e eficiência tecnológica comprometida, como as maternidades no Sul do Sofrimento e de recursos humanos¹¹.

¹¹ As maternidades públicas no *Sul do Sofrimento* padecem de muitas prioridades institucionais, tecnológicas, falta de leitos, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e materna, especialistas, neonatologistas, pediatras, anestesistas, além de recursos outros de interesse e relevância tecnológica e farmacológica. Ironicamente, mais de duas décadas de constituição do SUS, a relação discurso médico-paciente na tensão público x privado reacende as limitações e garantias dos pressupostos filosóficos e ontológicos da saúde como direito e dever do Estado e os paradoxos de uma ideologia sanitarista marxista num Estado liberal. Os hospitais do SUS continuam com muitas limitações de recursos, a exemplo de Fortaleza, nos últimos cinco anos foram fechadas mais de 7 maternidades públicas. A rede de média e alta complexidade está centralizada em apenas duas instituições para atender toda a demanda de situações graves no parto e no nascimento de partos prematuros em todo o Estado do Ceará. Os recursos financeiros para a saúde são negociadas no capitalismo brasileiro sob forte luta e resistência dos grupos políticos e financeiros. E a Medicina privada restaura o mito de excelência e qualidade contra a *saúde*

Desde os anos 2000, o Ministério da Saúde, ao criar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), cada vez mais fortalece o debate em torno do parto natural como o *humano* e a cesariana como tecnologia médica *desnecessária*, que atenderia muito mais aos interesses não justificados pelas demandas reais de uma clínica médica. Em linhas gerais, pode-se dizer que esse movimento propôs mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado no Brasil, que inclui:

a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias, geradoras de risco e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, com episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas. A proposta é de sugerir cesariana apenas às situações de necessidade comprovada. O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras busca desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002, p. 483-484).

Os protocolos de cuidados médicos não invasivos incluem ainda: a mulher tem direito a ter um acompanhante; não poderá deixar de se alimentar; o médico ou médica não fará qualquer intervenção farmacológica que apresse as contrações uterinas, como o uso de ocitócicos (hormônios que promovem as contrações e aceleram o parto); a mulher escolherá a posição que queira no ato da parição (deitada, amparada pelo(a) acompanhante ou de cócoras); não deverá permanecer presa ao leito; e a relação médico-paciente deverá ser pautada numa nova práxis de atenção e interação *mais humana*.

Nada de estimulação uterina, indução do parto através da injeção de força (ocitocina artificial), que perturba a produção natural dos hormônios do parto e faz a mãe e o bebê sofrerem maior stress, devido as contrações apressadas, sem pausas naturais. A indução do parto dificulta, inclusive, a adaptação da mulher a estímulos potencialmente dolorosos e o bebê sente-se empurrado de qualquer jeito, sem ter tempo de realizar pequenos movimentos de rotação de sua cabeça e corpo, que facilitam o seu deslocamento no canal de parto (FONSECA, 2008, p.35).

2.2 O sofrimento no parto

Para discutir o significado do sofrimento no parto, devemos considerar alguns aspectos fundamentais: de ordem clínica, atrelada a uma dinâmica especial da natureza da mulher; de ordem sociológica, considerando o tema como relacional aos aspectos históricos

pública que reencontra seu legado histórico em tempos de fortalecimento da crise do capitalismo hegemônico global.

determinantes entre ser ‘obrigada’ a parir em situação de vulnerabilidades sociais e de ordem simbólica¹²; antropológica, mediada pela cultura. As discussões posteriores serão melhores debatidas nos capítulos 6 e 7.

A seguir, iniciarei minha discussão apresentando alguns aspectos básicos (clínicos) desse processo que, em suas primeiras manifestações, aponta para uma verdadeira revolução no corpo da mulher, podendo, ocasionalmente, gerar alguns desconfortos, tais como: náuseas, sialorreia ou ptialismo (excessiva produção de saliva); aumento da sensibilidade álgica mamária; tonteiras; sonolência; fadiga; perversão do apetite (apetite estranho); labilidade emocional; dor hipogástrica; cólicas; aversão e odores. Todo o conjunto dessas descrições são sintomas da gravidez popularmente chamado de “antoge”.

2.2.1 De ordem clínica atrelada a uma dinâmica especial da natureza das mulheres

Nesta seção, discutiremos as manifestações clínicas, além desses reconhecidos desconfortos. Há problemas estéticos em relação à face, cloasmas (máscara gravídica), manchas e o desconforto abdominal pela distensão, abdominal. Essas manifestações clínicas são ocasionadas pelas alterações hormonais, que desencadeiam esses pequenos ou grandes “sofrimentos”, a depender sua intensidade de cada organismo. Importante salientar que são profundas as modificações do organismo materno com a gestação coabitando e a sensação de alegria e sofrimento, que passa a ser recuperado na força simbólica, sagrada, da maternidade para a realização pessoal de muitas mulheres.

Necessário identificar a gênese *biológica natural* ou *artificial* desse processo, que começa com a fecundação (fusão do óvulo com o espermatozoide), que ocorre na trompa de Falópio. E é seguida da fase secundária de nidação, quando há o implante do embrião no epitélio endometrial, que ocorre no sexto dia após a fecundação. A partir da fecundação, processa-se o desenvolvimento embrionário nos seus vários estágios até se concluir no feto.

A gestação se constitui de um evento complexo para a mulher. Por isso é medicalizada, reconhecida como uma especificidade não patológica, mas potencialmente favorável a desencadear a morte materna e fetal. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda

¹² Segundo Bourdieu, “o poder simbólico é um poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. [...] o poder simbólico não reside nos “sistemas simbólicos” em forma de uma “illocutionary force”, mas que se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença...[...], a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras” (BOURDIEU, 1998, p. 14-15).

que o pré-natal deva ser realizado o mais breve possível, desde as primeiras confirmações da gravidez.

O atendimento no pré-natal garantirá uma série de ações médicas e profiláticas para minimizar os riscos e consequências de problemas eventuais para a dupla mãe e filho. A agenda de pré-natal deve ser realizada, segundo o Ministério da Saúde, em seis consultas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

A gravidez é um evento complexo nas esferas psíquicas, sociais e orgânicas. No orgânico, pode desenvolver as doenças clínicas na gravidez, como os distúrbios hipertensivos da gestação, a diabetes gestacional e, eventualmente, surgir ou potencializar doenças pré-existentes, ou desenvolver doenças intercorrentes na gestação, alcançando variedades múltiplas, que potencialmente podem desencadear problemas graves, inclusive a morte materna e fetal.

A complexidade biológica da gravidez tem tido maiores domínios no âmbito da ciência obstétrica aliada à alta tecnologização de exames laboratoriais e de imagens cada vez mais acurados, tornando essa especialidade médico-cirúrgica determinante na conquista da redução ao longo dos últimos anos da mortalidade materno-fetal, evidentemente correlacionado ao processo de acessibilidade aos serviços de saúde e ao atendimento médico. Nos países mais pobres essas possibilidades são muito reduzidas, mantendo níveis de mortalidade materno-fetais muito altos.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), os distúrbios hipertensivos da gestação são a maior causa de mortalidade materno-fetal. É classificada como: Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão crônica de qualquer etiologia; Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta e Hipertensão gestacional.

Essas variações dos distúrbios hipertensivos são muito fáceis de serem diagnosticados por meios simples, não invasivos, como a verificação da pressão arterial. A importância de ações simples no pré-natal poderiam salvar muitas vidas, pois no decorrer da gestação, caso o pico hipertensivo esteja para além do recomendado, o encaminhamento dessas mulheres é crucial para salvar suas vidas e a de seus filhos. O acesso ao pré-natal é, dessa forma, crucial para uma gestação segura, garantindo um maior nível de prevenções de eventos complicadores no parto. Dessa maneira, mãe-filho e obstetra podem enfrentar o evento do nascimento com mais tranquilidade.

2.2.2 De ordem sociológica

O sofrimento no parto é impossível de uma mensuração objetiva. Contudo, podemos discutir como diferentes seguimentos de mulheres estão mais ou menos expostas ao modo de assistência ao parto. Essa assistência é social e política. Muitas das mulheres conseguem ter um parto agendado, compartilhado com o médico ou médica que realizou o pré-natal, pode pagar um plano de saúde de boa qualidade, hospital de boa qualidade, anestesista, UTI de alta complexidade, enfim, toda a estrutura logística que o evento medicalizado do parto prescinde.

No caso da mulher, acresce-se à problemática já explicitada, questões também complexas, relacionadas às relações de gênero, de não tão simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade. A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreitas para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino. A identidade cultural de gênero e construída no tempo e no espaço, criando estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos (BRASIL, 2012, p. 12).

Na outra linha, milhares de mulheres pobres no Brasil e no mundo peregrinam de porta em porta, nas instituições hospitalares, em busca de um atendimento. Há idas e vindas dramáticas, o táxi caro, nem sempre têm dinheiro para ‘pegar’ táxi, ou qualquer veículo de aluguel. Caminham passos lentos, contorcendo-se em contrações dolorosas, retornam as suas casas por orientação do plantonista, que ao examiná-las identifica que ainda há um longo percurso de evolução para o ato de parir.

2.2.3 De ordem simbólica mediada pela cultura

As dores aviltantes, produzidas pelas assimetrias sociais, aliam-se ‘às dores das mulheres’,¹³ o processo fisiológico ao qual a natureza biológica e cultural¹⁴ está ‘aprisionado’

¹³ ‘Dor de mulher’ é uma interpretação cultural e simbólica do conjunto de dores ligadas ao aparelho reprodutor feminino. Comentada pelas mulheres mais velhas da tradição holística representa para o grupo uma significação especialíssima. Nos rituais de passagens em determinadas tribos amazônicas assisti como essa categorização é recitada como uma investitura simbólica de responsabilidade diante da vida social e ética. Na minha infância e adolescência, ouvia muito das minhas avós e mãe que “dor de mulher” é algo com a qual devemos conviver pacificamente. Ao pronunciar que estava com dor (cólicas menstruais) era repreendida. Mais tarde, entendi o sentido da interdição e tabuização da menstruação e das cólicas como impronunciáveis, por isso, a metáfora como interdição “dor de mulher.”

¹⁴ As dores de mulher ocorrem em todas as fases da vida reprodutiva: desde as menorreias (primeiros ciclos da menstruação), menstruação (dismenorreia) ou regras, (podem ir de um a oito dias). Desde a simples sensação de peso no baixo ventre, às ‘moinhas’ e às cólicas violentas que obrigam mulheres a acamar. Temos ainda a considerar, os processos inflamatórios do útero e das mamas sob influxos hormonais que trazem desconfortos.

por imposição da natureza, e assim é entendida pela linguagem médica e divina. A mulher padecerá, disse Deus no Gênesis (3:16): “À mulher ele disse: Aumentarei grandemente a dor da tua gravidez; em dores de parto darás à luz filhos, e terás desejo ardente de teu esposo, e ele te dominará”.

As ‘verdades’ produzidas pelo sistema médico e pelo sistema religioso, que domina o mundo, convergem numa sintonia plena entre o *sagrado* e o *profano*. Na memória antropológica e social, as forças simbólicas sacralizam o parto num evento misterioso ‘sagrado’, “pois o homem só tem conhecimento do sagrado quando esse se manifesta” (ELIADE, 1969, p. 20). Dar à luz é sim uma manifestação do ‘sagrado,’ ou do alto dos montes, ou no fundo da terra, mas sua manifestação dá-se como um presente da natureza, caprichosa, selvagem, adversa, que se prepara na dor para ser reparada pelo sagrado. “Os sistemas simbólicos devem a sua força ao fato de as relações de força que neles se exprimem só se manifestarem neles em forma irreconhecível de relações de sentido (deslocação)” (BOURDIEU, 1998, p. 16).

Le Breton (2011, p. 290) questiona a Medicina que “esquece que o homem é um ser de relação e de símbolo e que o doente não é somente um corpo que precisa ser consertado”. E é da “natureza do corpo ser metáfora, ficção operante”. Sobre o qual a prática médica opera e domina em algumas de suas facetas, escondendo ‘verdades’, ocultam sintomas, traça trajetórias indomáveis pela clínica, não alcançadas pela intervenção.

O grande sonho é dominar e identificar os trilhões de mecanismos celulares, tais os que desabrocham a vida, organizam as patologias, ‘decidem’ quando parar ou alterar o ciclo de suas existências. Sobre essa fantástica anatomopatologia surge o desafio de uma ordem clínica medicalizada para responder aos limites impositivos do *sofrimento*, que articula a eficácia farmacológica e a eficácia simbólica da arte de curar da Medicina.

2.2.4 De ordem clínica reconhecida e medicalizada

Não basta que dois sujeitos conscientes possuam os mesmos órgãos e o mesmo sistema nervoso para que sinais iguais resultem em ambos a partir de emoções idênticas. O que importa é a forma como eles se servem de seus corpos, a simultânea informação emotiva de seus corpos e de seus universos. O equipamento psicofisiológico franqueia uma ampla possibilidade, de sorte que não existe, nem neste ponto nem no domínio dos instintos, uma natureza humana definitivamente constituída (MERLEAU-PONTY *apud* LE BRETON, 2009, p. 179).

Início esta seção com um texto de Merleau-Ponty, que ilumina a questão angustiante desta tese: o sofrimento do corpo da mulher no parto. Reforço ao leitor que não tenho uma visão essencialista biológica do mundo que sustenta a natureza do corpo feminino como produtor do sofrimento. Portanto, faço de antemão uma crítica ao discurso naturalista e biológico do sofrimento como uma imposição da natureza biológica da mulher. Há uma ‘dimensão simbólica’¹⁵ (LE BRETON, 2009), que permeia a relação natureza e cultura, entre o que é biológico e o que é discursivo culturalmente.

O corpo grávido tem uma morfologia complexa manejado com tecnologias médicas garantidas por protocolos científicos, que identificam como a dor no parto poderá ser administrada e contida diante dos *designios da natureza*. A dor é produzida pelas forças psicossociais e orgânicas, e confluem de formas congruentes para potencializar o sofrimento. A carga emocional, o medo, o desconhecimento, o poder médico, além de outras peculiaridades subjetivas, podem contribuir para um processo doloroso do parto numa proporção inquestionável.

O parto é um fenômeno pessoalíssimo, único, e cada corpo ao parir têm suas ‘decisões’ anatomofiológicas, que ‘ditam’ as regras da natureza tão bem reconhecidas pelos protocolos médicos. Os mecanismos de parto são determinantes para a passagem do feto pelo canal de parto, de forma a cumprir esse trajeto cefálico ajustado ao mecanismo fisiológico do parto. Contudo, esse processo às vezes impacta, gerando intenso sofrimento tanto para o feto, bem como para a mulher (BRASIL, 2012). Quando, por alguma manobra, o feto se apresenta pélvico, as complicações se apresentam e indicam a cesariana. “Atualmente, na prática clínica, há uma forte tendência à ampliação das indicações de cesariana em apresentações pélvicas pela maior segurança do procedimento frente aos riscos associados ao parto vaginal nesta apresentação” (ENGEL, 2010, p. 63).

A discussão entre ter um parto fisiológico ou não, não é uma decisão da mulher, a priori, e sim da natureza. Nesse aspecto somos todas *dominadas* por seus mecanismos anatomofiológicos singulares, que cooperam ou não para esse desfecho de uma parição vaginal. O Ministério da Saúde no Brasil considera abusiva a prática de cesariana no Brasil nos últimos 30 anos. Evidentemente as escolhas são de mulheres em situação socioeconômica

¹⁵ “Na perspectiva da dimensão simbólica, da capacidade própria ao homem de fixar vínculo social pela criação de sentido e de valores, a unidade da condição humana implica diferenças tanto coletivas quanto individuais. De um lado, ela gera a diversidade cultural; do outro, ela acarreta a singularidade das maneiras pelas quais os indivíduos delas se apropriam. As percepções sensoriais, ou a experiência, e a expressão das emoções parecem emanar da intimidade mais secreta do sujeito; entretanto, elas também são social e culturalmente modeladas. (LE BRETON, 2009, p. 9). Nesse sentido importa considerar a força do discurso médico obstétrico e seu poder de modelar concepções e práticas sobre os corpos das mulheres em procedimentos técnico-científicos, alguns deles necessários, porém, a depender das circunstâncias, questionáveis eticamente.

compatível, que têm planos de saúde, ou podem pagar o parto cesariano particular. Diferente da Medicina privada, a cesariana é mais cara pra o Sistema Único de Saúde, pois pressupõe alta tecnologização de centro cirúrgico, anestesista e demais artefatos humanos e técnicos, onerosos aos recursos já escassos da saúde pública.

A cesariana é o último recurso impositivo pela clínica nos serviços públicos de saúde, diferente das escolhas agendadas nos serviços privados. A cesariana, embora apresente riscos à mortalidade materna, no âmbito da atenção privada sob os protocolos de segurança, a mortalidade materna por conta de cesariana é inexistente epidemiologicamente. Quando, por necessidades, é realizada no serviço público, potencializa a mortalidade materna, pois dificilmente esta mulher tem a sua gestação preparada pelo pré-natal de forma a não correr riscos de um parto cirúrgico. Não é a cesariana a primeira causa de mortalidade materna no Brasil e no mundo, e sim outros agravos. Mesmo a mulher se submetendo ao parto vaginal, corre o risco de vir a complicar e entrar em óbito.

Nas maternidades no Sul do sofrimento, as mulheres não podem escolher para não sofrer com os mecanismos do parto fisiológico. As mulheres peregrinas e pobres gritam por socorro “*nas últimas*”¹⁶, pois muitas delas não fazem o pré-natal como protocola o Ministério da Saúde. O plantonista a desconhece e a admissão é tão urgente, que pouco tempo o médico ou a médica tem para fazer exames complementares. Já é hora de parir e, às vezes, a “mulher complica”, era pra ser cesariano, mas não deu tempo, e o bebê nasce com risco também de morrer.

2.2.5 O parto fisiológico ou vaginal

Os períodos clínicos do parto seguem um processo comandado pela natureza e que a obstetrícia normatizou, estabelecendo essa metodologia da seguinte forma, o qual será resenhado por mim a partir de Engel (2010, p.76).

1. Período de dilatação;
2. Período expulsivo;
3. Secundamento (delivramento ou a saída da placenta);
4. Período de Greemberg (inicia-se após o descolamento da placenta e estende-se até 1 hora após.

¹⁶ “Nas últimas” é uma expressão comum no Gonzaguinha. Trata-se de uma estratégia das mulheres mais experientes no ato de parir e que evitam padecer o menor tempo possível nas maternidades.

Evidentemente esse processo é acompanhado por intensas dores ou contrações uterinas, que são os comandos do organismo para a expulsão do feto.

As contrações uterinas¹⁷ atingem seu máximo com uma frequência de 5 em 10 minutos, durante 60 a 70 segundos. A gestante apresenta esforços expulsivos, com dores intensas, se não estiver sendo acompanhada com analgesia de parto (peridural ou drogas opiáceas) (ENGEL, 2010, p. 77).

Os tratados de obstetrícia, desde os mais antigos, os chamados clássicos, guardam uma linguagem comum com pouquíssimas modificações semânticas. O conhecimento científico no tratado de obstetrícia de Engel (2010) pode ser comparado com a primeira versão contemporânea da década de 1955-60, por exemplo, que é o mais famoso desses tratados de obstetrícia da autoria Simom (1955). Vejamos como a fisiologia do parto foi apresentada:

1 Período de dilatação (começa a primeira dor-contração uterina) e as primeiras dores são denominadas *moscas*. Seguem-se-lhe as dores *preparantes* ou sejam, as relacionadas com a dilatação do colo do útero, dando margem, em algumas parturientes, a desfalecimentos, arrancando gritos e obrigando, pela sua violência, a que muitas delas, menos pacientes, se cheguem a contorcer.

Uma vez terminada a dilatação, a dor passa a ter um caráter diverso, sendo acompanhada dum esforço idêntico ao da defecação – são as dores *expulsivas*.

As dores *concausantes* são as últimas dores do parto, relacionadas com o empurramento e passagem da cabeça da vulva, com dilatação e muitas vezes necessitando a rasgadura do períneo tanto de forma natural com manual pelo obstetra.

Durante o período da dilatação as dores estão geralmente localizadas ao útero e irradiam para a cintura.

2 Período expulsivo – uma vez completada a dilatação, rompe-se a bolsa das águas – *rotura tempestiva* - e vai ter início a fase expulsiva. Aqui a rasgadura perineal tanto pode ser feita com a introdução das mãos do obstetra (dois dedos), como um corte, isso para facilitar a passagem do feto. A rasgadura perineal está dependente da distensibilidade dos tecidos da região, do tamanho da parte apresentada (cabeça, ombros, ou nádegas do feto), e também em grande parte, da boa ou má assistência no parto (SIMOM, 1955, p.76-81). (grifos nossos).

O protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil considera que é necessário o médico ou a médica assumir uma nova cultura do atendimento no parto, deslocando-o do *medicalizado, patológico* para o *natural*. Ele será um atento observador da natureza, não intervirá e saberá reconhecer que a clínica é comandada pela fisiologia do corpo da mulher, sem a utilização de quaisquer medidas cirúrgicas ou interventivas farmacológicas ou de analgesias.

¹⁷ Todos os outros fenômenos que se seguem são-lhe derivados da dor e vai até a completa dilatação do colo do útero vai até o nascimento da criança” (SIMON, 1952, p. 76).

Este é o parto humanizado no qual o médico ou a médica olha, observa atentamente o curso da natureza e suas determinações em um tempo aproximado de 14 a 20 horas de trabalho (BRASIL, 2012). Ênfase que essa evolução é marcada por intensos sofrimentos, tanto da *natureza biológica*, como de outras situações delicadas do ponto de vista emocional e social pelos quais muitas dessas mulheres se encontram.

Conhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de "assumir o comando da situação" passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê (BRASIL, 2012, p. 10).

Praticar uma Medicina baseada em evidências, com o olhar do observador atento, reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença (BRASIL, 2012, p. 10). É o não lugar da Medicina que organiza a sistematização em torno da doença e da patologização. A esse respeito, a legislação normativa do Ministério da Saúde encontra oposição pelos protocolos e tratados médicos, tais como a citação a seguir se posiciona e representa a ordem discursiva da práxis médica.

A Medicina é constituída entre a dicotomia do normal e patológico, e as 'evidências científicas' não invasivas, não interventivas no parto fisiológico tais como a mulher sentar em cima de bolas, cadeiras, não são cientificamente comprovadas como eficazes em diminuir as taxas de morbimortalidade materna e fetal (ENGEL, 2010).

O Ministério da Saúde reconhece e legitima as 'evidências científicas' como parte do protocolo do parto humanizado e sugere a redução do parto cesariano, mesmo reconhecendo que "a cesariana é o recurso mais eficiente que o obstetra possui para lidar com um grande número de complicações do parto" (ENGEL 2010, p. 106). As evidências científicas são práticas discutidas em epistemologias contra hegemônicas ao Discurso Médico, vinculadas à tradição popular e cultura¹⁸, defendem banhos mornos, massagens, sentar sobre bolas e massagear o períneo, com direito ao acompanhamento familiar, à alimentação no transe parturial, entre outras práticas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) afirma que o Brasil é o campeão mundial de intervenções cesarianas e empreende um esforço muito incisivo em seus manuais de

¹⁸ O Discurso Médico hegemônico desde sua institucionalização científica rompeu com as prescrições das narrativas do parto natural, no qual os banhos mornos, o caldo de galinha pé duro, o aconchego familiar foram questões importantes nesse ritual de dar à luz.

prescrição, a fim de que a comunidade médica repense essa prática desnecessária e onerosa para o sistema de saúde.

O Brasil ocupou, até a pouco, a nada invejável posição de campeão mundial de operações cesarianas. Se, por um lado, a cesárea realizada por razões médicas tem um grande potencial de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, por outro lado, o exagero de sua prática tem efeito oposto, inclusive por consumir recursos preciosos do sistema de saúde (BRASIL, 2012, p. 14).

Em relação à real necessidade da cesariana, existem indicações absolutas e relativas e que a clínica médica obstétrica atende. A questão do debate da cesariana no Brasil ultrapassa aos protocolos internacionais de orientação do parto cesariano, segundo o Ministério da Saúde. Contudo, os médicos e médicas com os quais conversei são favoráveis à universalização da cesariana no pensamento médico brasileiro.

O discurso da resistência contra a dor no parto é bem aceito pela grande maioria das mulheres no Brasil e não é à toa que é o país de maior número de cesarianas no mundo. Por quê? Tenho como hipótese que o sistema capitalista produtor de tecnologias médicas de alta complexidade obstétrica encontra tamanha receptividade, por circular com grande força o discurso médico de que sofrer no parto é desumano.

Além de ser cômodo para profissionais que agendam o parto, podem atender vários partos cirúrgicos por dia, é de fato seguro, desde que seja feito nos espaços de alta disponibilidade de arsenais tecnológicos e de recursos humanos especialistas, isto é, esfera privada da saúde. Essa questão está encontrando no Brasil as primeiras lutas opositivas, tanto por parte do Ministério da Saúde do Brasil, como nos meios sociais das lutas femininas.

As orientações científicas da obstetrícia em defesa da causa do não sofrimento no parto, que será solucionado pela cesariana, encontram bases coerentes na explicação e justificação anatomopatológica da estrutura biológica do corpo feminino:

A rigidez à dilatação do colo uterino (predominância de fibras elásticas - 80%), a estreiteza pélvica do canal do parto e o maior tamanho da cabeça do feto humano em relação aos demais mamíferos tornaram o trabalho de parto o mais doloroso entre os primatas e a incorporação à tecnologia médica do parto cesariano juntamente com o avanço da anestesiologia vem ser uma conquista moderna no atendimento ao parto sem dor (VALE; VALE; CRUZ, 2009, p. 625).

O parto, incorporado então ao saber cirúrgico, foi obrigado a deslocar-se das alcovas e dos ambientes domésticos para ser um evento hospitalar. No contexto de altas tecnologias e seguranças dos protocolos invasivos cirúrgicos, a cesariana é um procedimento seguro.

A operação cesariana é um componente importante da prática obstétrica, pois constitui a intervenção cirúrgica protetora da vida da mãe e da criança, o que ocorre entre 10% e 50% dos nascimentos nas maternidades públicas. No entanto, a intervenção cirúrgica pode até tornar-se desnecessária e contribuir para aumentar a morbimortalidade materno-fetal e retardo na alta hospitalar, se utilizada somente para conveniência do obstetra ou da futura mãe na ausência de sinais de trabalho de parto (VALE; VALE; CRUZ, 2009, p. 629).

A evolução das técnicas anestésicas, associadas a uma clínica responsiva no pré-natal, torna o evento do parto cesariano absolutamente satisfatório para que a mulher tenha seu filho em segurança e sem sofrimento, durante o processo e até no pós-operatório imediato, com coberturas de analgesias satisfatórias (VALE; VALE; CRUZ, 2009).

A moderna terapêutica analgésica, a melhoria na técnica anestésico-cirúrgica e a monitoração avançada garantem o tripé na estratégia de obstetrícia defensiva. Além do alívio da dor, a anestesia para a cesárea preserva a consciência materna e não afeta negativamente seu contato com o feto após o nascimento e no aleitamento (VALE; VALE; CRUZ, 2009, p. 625).

Vimos que a ordem discursiva médica obstetra apresenta todas as justificativas em defesa do parto cirúrgico e, desde o pré-natal nas clínicas particulares, o parto é um evento tratado como hospitalar e agendado. Diferentemente nas Unidades de Saúde do SUS, as preconizações e as normas operacionais contra o parto cesariano são soberanas. O estímulo e a defesa do parto vaginal denota o caráter econômico muito forte implícito na ideologia de um retorno primordial à natureza.

O mundo e a pobreza no mundo, com escassas tecnologias sofisticadas de ambiente cirúrgico de alta especialização, monitoramentos eletrônicos, exames laboratoriais, exames de imagem, entre outros artefatos técnicos, exigem uma UTI, tanto o leito para a mulher como a UTI pediátrica e neonatal. O custo de toda essa complexidade logística faz demandar para as mulheres pobres enfrentamento do parto vaginal e, mesmo com todas as garantias prováveis de sucesso, é um processo em sua ampla e esmagadora maioria muito dolorosa, árdua, sacrificial sob muitos aspectos. Muitas mulheres no *Gonzaguinha* não têm escolhas, isto é, não lhes são oferecidas escolhas.

No caso de mulheres consumidoras competentes, outras variáveis colaboram pela escolha do parto cesariano e não ter que ‘sofrer’ as maldições da natureza. As mulheres são os repositórios dessas maldições: marcham para a sala de parto sem muitas expectativas; seguem ao comando dos avisos dos sinais de parto; batem de porta em porta; não escolhem o hospital;

não conhecem o plantonista ou a plantonista; apelam para a fé e para a boa sorte no vazio dos horizontes.

A natureza é caprichosa na sua linguagem e, às vezes, indecifrável, ‘ditam’ algumas regras. Já a fisiologia feminina está em muitos casos pronta para colaborar, ensejando ao evento seu ciclo biológico o mais satisfatório, e com menos riscos. Porém, este evento pode ser mais sofrido do que as determinações primordiais do Gênese, ou as angústias de João no Apocalipse e a sabedoria de Paulo no Novo Testamento, somando-se ao poder da força simbólica travestidos do médico ou da médica que participam no parto das mulheres peregrinas. A presença médica é mágica, mas é também misteriosa e pode assombrar ou não as mulheres.

Fonseca (2008) comenta que as ações intervencionistas e as que estimulam artificialmente o trabalho de parto e nascimento podem causar um efeito iatrogênico de inibição da ocitocina natural e do hormônio endorfina, responsável por sensações de prazer e, portanto, de redução à dor. A dor é potencialmente elevada nesse instante se for desrespeitado o próprio fluxo da natureza, pois o parto fisiológico é dominado *por leis da natureza feminina* (grifos meu), justificada na produção de três hormônios, que na hora do evento parto são produzidos de forma equilibrada: a ocitocina (provoca a ejeção do feto rumo ao canal de parto); a endorfina, hormônio da analgesia, pacifica a mulher nos intervalos entre uma contração e outra; e a adrenalina, o hormônio que fortalece a mãe e estimula o feto a lutar e resistir na busca da vida fora do útero.

Mas caso o atendimento possa ter uma característica *desumana* (intervenção no decurso natural) haverá um desequilíbrio por influência externa impedindo a produção de endorfinas e potencializando a produção de adrenalina, deixando mãe e filho numa situação de muito estresse e sofrimento: para as gestantes, o excesso de adrenalina leva mulheres aos berros, gritos e, em muitos casos, desespero, e o bebê entra em sofrimento fetal, comprometendo seriamente condições futuras da saúde da criança (FONSECA, 2008).

O sofrimento fetal ocorre inicialmente pela acentuada diminuição da oxigenação fetal e pode ter como um dos agravantes às induções (*injeções de força*) a ocitocina, que favorece as contrações uterinas de forma intermitente, dificultando que o feto recupere, a cada intervalo, o seu estado ideal de oxigenação. Outro agravante são as anestésias peridurais e analgésicas, pois levam à depressão e à atonia muscular, impedindo que o trabalho de parto flua naturalmente. A opção pela tecnologia de anestesia é indicada apenas depois de o bebê ter realizado todo o percurso expulsivo no canal de parto e, mesmo assim, com muitas

restrições. O ideal não são as utilizações farmacológicas quando há indicação do parto natural e este está evoluindo a contento.

O sofrimento fetal ocorre principalmente durante o trabalho de parto, e que se caracteriza por redução brusca e acentuada das trocas materno-fetais. E qualquer fator que interfira nas trocas metabólicas existentes entre o sangue materno e o fetal, ocorridas na placenta, pode resultar em carência transitória do tipo aguda, nas circulações uteroplacentárias e fetoplacentárias, ou por insuficiência placentária de origem pré-uterina. No entanto, essa carência súbita de oxigênio não é exclusiva do trabalho de parto, podendo ocorrer em outras circunstâncias (ENGEL, 2010, p. 24-25).

Segundo Fonseca (2008), o sofrimento materno e fetal podem ser induzidos no momento da interação médico-mulher, pois como vimos acima há uma orquestração fisiológica na produção hormonal para a garantia do parto fisiológico, isto é, os três hormônios da vida: ocitocina, endorfinas e adrenalina.

A medida desses hormônios é produzida com perfeição pela fisiologia da mulher, cada um cumprindo sua missão no processo de parto. Porém, quando qualquer um desses hormônios é descarregado em uma quantidade acima do ideal, em razão de causas orgânicas ou psíquicas (medo, “carão”, admoestações, constrangimentos, falta de diálogo), descargas de adrenalina são aceleradas, obliterando imediatamente os vasos sanguíneos, impedindo a fluenciada circulação placentária que carrega o oxigênio para a mãe e para o filho.

Por isso, a escuta, o entendimento da subjetividade, o controle interacional médico-médica-paciente pautado no respeito, na tolerância, no controle que deve ser investido de um poder simbólico médico da competência humanizada, solidária, atenta, que dialoga com as angústias, explica a fisiologia complexa do parto e se coloca ao lado dessas mulheres, que não têm quase nada de tão eficiente do sistema público de saúde. Principalmente quando as precarizações se multiplicam.

As mães, em transe de agonias, carregam outras camadas de dores (moral, social, afetiva); o hospital carente, onde faltam coisas básicas, tais como o lençol, o sonar, o ultrassom etc. Se ainda faltar a solidariedade médica, esta mulher poderá ser submetida a uma carga adrenérgica hormonal que potencializa seu sofrimento (e o do bebê), chegando a complicar de forma determinante o bem-estar e o êxito do evento de parição, inclusive com possibilidade de levar a complicações e até a óbito materno-fetal.

Aguiar (2010), Dias, (2006) e Fonseca (2008), em suas pesquisas, relatam atitudes e práticas de linguagem durante o parto/nascimento por profissionais de saúde como uma banalização da violência institucional em jargões e condutas pautadas numa naturalização

como encaram o sofrimento das mulheres. Fonseca (2008, p. 32) destacou as seguintes frases, que já fazem parte do repertório retórico médico-paciente, catalogadas em muitas décadas de pesquisa na área de estudo no evento parto; frases supostamente engraçadas, mas que podem constranger as grávidas e passíveis de serem entendidas como ofensivas, preconceituosas e depreciativas¹⁹, como:

“Pra fazer você gostou, agora sofra as consequências”.
“Ainda vai fazer filho? Agora aguenta”.
“Pra fazer você nem gritou, pra que essa gritaria”.
“Faça força como se fosse fazer cocô”.
“Cuide logo de ter este menino, senão eu vou-me embora e deixo você sozinha”.
“Deixe de frescura, mulher, não está doendo coisa nenhuma”.
“Vá logo se deitar e fique quieta, senão seu filho vai cair no chão e morre e você será culpada.”

A *desumanização*, marcada nestes textos, catalogada por estes pesquisadores, é “o reflexo muitas vezes de uma relação médico-paciente insatisfatória e a demanda por humanização tem estado em muitas situações centradas nesta relação” (DIAS, 2006, p. 30).

Para Caprara e Franco,

a relação médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (CAPRARA; FRANCO, 1999, p. 649).

A questão do encontro entre o profissional de saúde e o cliente é uma questão fundamental para a humanização da assistência e constitui-se na principal referência para a humanização (DIAS, 2006, p. 38) e para a garantia do alívio necessário ao sofrimento intenso, que muitas dessas mulheres atravessam no evento discursivo parto.

A fisiologia do parto vaginal é complexa e aos olhos do discurso médico não pode dispensar a intervenção médica, pois demanda uma vigilância protocolar exaustiva nesse intervalo de 14 a 23 horas. O discurso do parto humanizado não intervencionista é sustentado quando esse processo flui, dominando todas as variáveis possíveis que estão entrelaçadas às condições socioeconômicas, a um pré-natal bem realizado, pois essa fase preparatória é fundamental para a minimização dos riscos eventuais, que possam evoluir até de forma inevitável, em algumas condições extemporâneas que se apresentem no evento clínico parto.

¹⁹ No Gonzaguinha os mantras são repetidos muito amiúde pelos participantes na cena do parto. Uma retórica recorrente e que em muitas ocasiões evocam práticas morais a iluminar consciências em pecados. Muitas das *pecadoras* assimilam o ordálio, um julgamento público de suas *ignomínias* com o heroísmo das hipóstases suas colegas, que emolduram as galerias de santos e santas.

A humanização passa a ter um capítulo inovador nesse contexto de interação médico-paciente e, no atendimento a mulheres e ao parto, um evento complexo da clínica que alcança debates entre o parto ‘natural’ ou fisiológico vaginal ou cirúrgico – cesariano. Nesse debate, há um fenômeno muito grave: a mortalidade materna. Até que ponto a escolha de opção entre uma ou outra intervenção garante mais ou menos riscos à saúde das mulheres, suas vidas e a de seus filhos. Esse debate é filosófico, epistemológico, científico e também político.

A humanização é um discurso que tenta reorganizar as tensões das práticas interacionais entre médico-paciente, garantindo que o evento parto *ao ser humano* esta mulher seja bem tratada e acolhida pelo médico e pelo Sistema de Saúde. Contudo, toda essa discussão enseja a criação de uma nova cultura na interação médico/médica-paciente.

A humanização que ainda se consolida como um conceito é geralmente utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta tanto para os direitos de cidadania quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais, visando uma modificação de cultura do atendimento (DIAS, 2006, p. 8).

Essa nova cultura deve alcançar o sistema de saúde em sua cadeia integrativa complexa, infraestrutura, apoio institucional, sistematização da hierarquização da alta complexidade desde a atenção primária de saúde na rede básica ou Estratégia de Saúde da Família que funcione, assim como um banco de leitos e uma UTI que estejam ativos, as ambulâncias que estejam em bom estado para o transporte, tecnologias na atenção primária que funcione, entre tantos outros detalhes logísticos e políticos. O encontro médico e mulher passam a ser um dos aspectos mais relevantes nesse processo de acolhimento de ajuda em busca das soluções possíveis.

As gerações de médicos e médicas obstetras nesses últimos 30 anos vêm se formando sob novas concepções teóricas e epistemológicas do fazer e do agir médico. A obstetrícia médica, que constituiu a base de sua ação clínica sobre a doença e o patológico, está aprendendo uma nova ação ‘não médica’, que aos séculos tem sido passado de geração em geração: o parto fisiológico realizado pelas mulheres mais experientes da tribo, na casa, na cidade, pelas parteiras, guerreiras, enfim, os rituais quase místicos, armazenados na memória das experiências. Há sim um desconforto médico obstétrico diante da humanização do parto como uma tecnologia não médica.

Mas essa questão remete à outra que é fundamental debater: a Medicina como uma profissão liberal, privada, submetida às leis de mercado que tem uma tecnologia

obstétrica alternativa, cirúrgica, em que milhares de mulheres com condições socioeconômicas escolhem ser atendidas no parto cesariano.

Mulheres dependentes do SUS são as peregrinas que batem de porta em porta nos hospitais, retornam às suas casas - ‘não está na hora’ - e nessas idas e voltas são potencialmente mais sofredoras. Não agendam com o médico ou médica, estão submetidas aos acasos da sorte, só podem chegar ao hospital ‘na última hora²⁰’, ou esperam nos hospitais muitas horas para serem finalmente atendidas pelo ‘sistema de saúde’, esse ente abstrato sem personalidade humana.

O ‘plantonista’ não é o que fez o pré-natal (muitas delas o fazem com muitas precariedades, e muitas também nem o fazem). É somente em suas horas de trabalho que está disponível para atender e, se por acaso estiver diante de uma ‘mulher complicada’, encaminha via sistema de saúde às maternidades de alta complexidade, que às vezes também *não têm leitos*. Muitas vezes, e não raro, as mulheres peregrinas morrem.

A mortalidade materna é um problema grave que cerca o ‘sistema de saúde’. A situação de mortalidade materna no mundo é aviltante aos direitos das mulheres aqui e em vários países pobres do mundo.

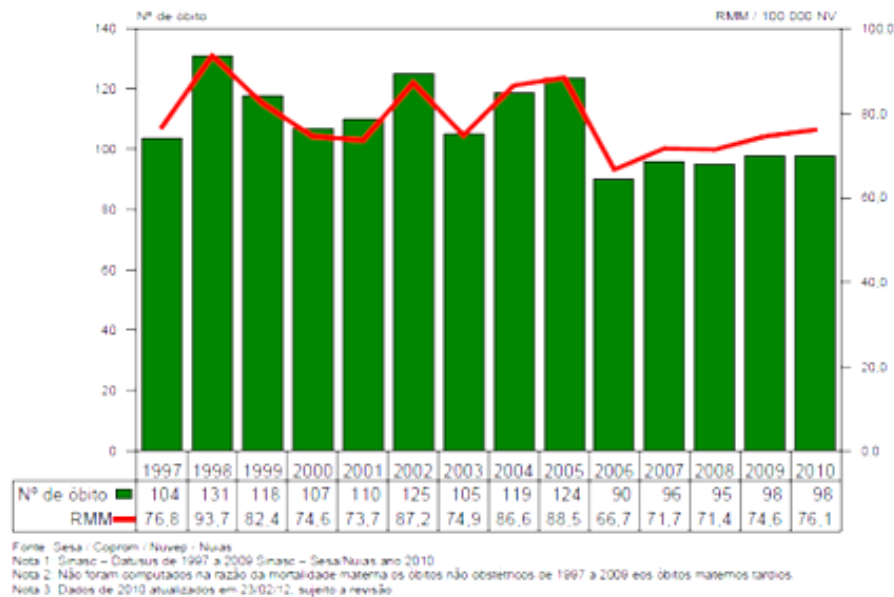
As razões da mortalidade materna no período de 1997-2010 vêm se mantendo com uma média de 78.5 óbitos maternos por 1000.000 nascidos vivos. O risco de uma mulher morrer de parto no Ceará, como também no Brasil, é de quatro vezes superior ao preconizado pela OMS, que é de 20 óbitos por 1000.000 nascidos vivos; (SESA/CE, 2012, p. 1-7).

No Brasil, o Sistema de Saúde padece de uma crise endêmica sob a tensão de um mercado liberal, que torna o acesso aos melhores serviços. Um dos fatores de exclusão a despeito desse modelo de atenção é integrar atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. A mortalidade materna no hospital público atravessou e foi sendo anunciada em todas essas fases, principalmente quando enfatizo a questão do pré-natal na atenção primária pública de saúde. A complexidade que atrela essas mulheres vulneráveis, peregrinas aos limites impositivos das condições de pobreza, aliadas à ineficiência da rede de atenção, entre outras razões, anunciam a vinda da morte no parto ou em decorrência do parto no puerpério até 45 dias após a parição.

²⁰ ‘Na últimas’, é uma frase que ouvi muito amiúde das mulheres. As mais experientes geralmente escolhem ir para a maternidade quando está muito próximo o período expulsivo do feto. Além disso, ir ‘na última hora’ evita os maus tratos do ‘sofredor’, esse lugar de muitas gritarias, berros e carões dos profissionais de saúde. “Deus me alivie de chegar antes, só se for pra sofrer mais, basta, tô passada, já sei de tudo, se nós chega antes os médicos é só metendo as mãos na gente, por isso só venho quando sei que vou parir” (Rosa da Serra da Preguiça) Relato 2.

A seguir, apresento os dados epidemiológicos do quadro de mortalidade materna no Estado do Ceará, publicado em fevereiro de 2012 pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, referente aos dados de 1997 a 2010 (SESA/CE, 2012, p. 2-7).

Gráfico 1- Óbitos Obstétricos e Razão da Mortalidade Materna, Ceará – 1997 a 2010



As causas da mortalidade materna representadas no Gráfico 1 são descritas pela SESA/CE da seguinte forma:

Dos 114 óbitos investigados 56 (49, 1%) foram decorrentes de causas obstétricos tardios, não especificados e não obstétricos. Dos 114 (49, 1%) foram decorrentes de causas obstétricas diretas; 46 (40, 4%) de indiretas; 9 (7, 9%) não obstétricas e 3 (2,6 %) não especificadas o que demonstra falha no preenchimento da declaração de óbito e na investigação epidemiológica. A principal causa de morte representa 32, 1 % foi a Doença Hipertensiva Específica da Gestação, sendo a Eclâmpsia, Pré-eclâmpsia e a Hipertensão materna não especificada as principais patologias. Em segundo lugar aparecem as Síndromes Hemorrágicas Ante e Pós Parto, contribuindo com 21, 4%) dos óbitos, seguido de infecções puerperais (10, 7%) e o Aborto (7, 1%). Os óbitos obstétricos indiretos tiveram as Doenças do Aparelho Circulatório (30, 4%) como principal causa, seguidas de outras indiretas (23, 9%) e Hipertensão Pré-Natal Crônica (6, 4%). (SESA/CE, 2012, p. 2-7).

O número total de óbitos maternos no Estado do Ceará, de janeiro a dezembro de 2010, foi de 114 óbitos (SESA/CE, 2012, p. 7/7). É um número muito grande, apesar de ter melhorado muito em relação aos anos anteriores. As estatísticas de mortalidade materna do Ceará evidenciam que o sistema de saúde pública e a atenção integral à mulher devem superar

em muito esses dados epidemiológicos. Diante do Informe Epidemiológico da Mortalidade Materna, a SESA/CE (2012, p. 4/7) recomenda as três seguintes principais estratégias para a redução da mortalidade materna:

Fortalecer o cuidado com a assistência à gestante e ao recém-nascido tanto na atenção básica, como na atenção obstétrica e neonatal, numa ação integral e continuada.

Humanizar o cuidado em cada etapa do processo reprodutivo, baseado no acolhimento respeitoso e no reconhecimento ao direito de decisão, ao direito de privacidade e ao direito de ter um acompanhante em todo o processo do parto e nascimento.

Assegurar o cuidado baseado em evidências científicas, abolindo as práticas reconhecidamente ineficazes e prejudiciais à gestante e ao bebê durante o processo de parto e nascimento.

Destaco, nessas novas recomendações, como a palavra ‘humanizar’ alcança novos contornos assistenciais. O evento parto, compreendido em sua dinâmica interna hospitalar, é apenas um apêndice de um processo complexo da assistência, que se inicia muitas vezes nos umbrais de angústias existenciais de mulheres no *Sul do sofrimento*. Nem sempre a gravidez é bem-vinda e, às vezes, configura-se como um ‘castigo’, tormento moral; crianças, adolescentes ou adultas jovens de 13, 16, 20 anos, que são vítimas do estupro do próprio pai, ou de outro membro da família, ou vizinho e até mesmo um desconhecido.

Ter filhos indesejados ou tentar o aborto clandestino é tema que, ao longo de minha convivência no campo, mulheres e médicos me sussurravam. Há uma interdição moral nesses pronunciamentos. Essa é uma questão extremamente delicada com a qual nossa sociedade, profundamente atrelada a valores religiosos, discute sob um viés moralista. E considero que a ‘decisão’ da mulher pode ser também política e ideologicamente ‘motivada’, inclusive induzindo à falsa ideia reificada de culpabilização pessoal nessa situação, que pode ser um fator, agregador ou não, de muitos outros problemas sociais, principalmente considerando-se contextos específicos de assimetrias e desigualdades sociais.

Quanto ao fortalecimento das atenções na rede de saúde, essa é uma questão política e institucional no Ceará, no Brasil e no mundo. A ineficácia da assistência é o quadro dominante atualmente no Brasil, no setor da saúde pública, em qualquer que seja o Estado, a cidade, o local. Quanto aos ‘direitos’ das mulheres ter um acompanhante (companheiro, marido, mãe etc.) de sua escolha, durante todo o processo, é um avanço importante. No mundo das mulheres pobres é provável que alguns companheiros²¹ não façam parte dessa

²¹ No *Gonzaguinha* é proibida a entrada de homens acompanhando suas mulheres no parto. A direção entende que deve ser preservada a privacidade de mulheres, profissionais, colegas de enfermagem, acompanhantes que não

cultura da gravidez compartilhada, principalmente sob condições mais adversas, tais como essas mulheres engravidam e dão à luz.

2.3 Dar à luz

O parto e o nascimento naturais e fisiológicos são, portanto, um ritual de passagem para a mãe e seu bebê. E esta passagem para um novo estágio de vida exige sacrifício, esforço físico e humildade, determinação e coragem. Sacrifício, pois ambos enfrentam duras provas durante a passagem; esforço físico, pois o trabalho de parto e nascimento pode durar muitas horas; humildade, pois mãe e filho têm que ter capacidade de renúncia, paciência e doação; determinação, pois não há como retroceder depois de iniciada a caminhada para o dar à luz e o vir à luz; coragem, pois só quem essa qualidade é capaz de decidir ter ou nascer de parto natural e vencer seus medos; Neste ato sagrado e sublime de entrega, amor e coragem, a mãe e o bebê são seres de luz, protegidos pela força da mãe natureza, iluminados pelo milagre da vida (FONSECA NETO, 2008, p. 31).

A Medicina de Estado no Brasil vem ao longo de sua constituição reproduzindo o modelo estético sobre a mulher estabelecendo quais os lugares²² que esta deve ter na sociedade higienizada pelos valores morais, educacionais, instituindo as categorias dos comportamentos ideais, disciplinando e medicalizando a maternidade como um dever moral. Ser mãe é uma ordem impositiva, antropológica e ressignificada simbólica e ideologicamente pelo discurso médico, que ainda está fortemente impregnada em nossa sociedade contemporânea.

A maternidade é divinizada pelas instituições religiosas e a figura da mãe de Deus é utilizada pelo catolicismo como um dos fortes estímulos ao modelo idealizado da mulher no Brasil Colônia de ontem, reatualizado em suas residualidades retumbantes no Brasil da era da globalização (“colonialidade”²³). O processo é historicamente constituído no cerne de nossa colonização, e desde lá a Medicina de Estado - profundamente interligada ao discurso

aceitariam compartilhar esse evento com homens. Apenas acompanhantes do sexo feminino são permitidas no espaço. Conversei com muitas parturientes e elas concordam com a prática institucional no *Gonzaguinha*. Da mesma forma, conversei com os médicos, médicas e enfermeiras que também defendem a ‘privacidade’ do evento parto sem qualquer tipo de acompanhantes. Com algumas exceções, médicos e médicas permitem o acompanhamento das mães das parturientes. Para outros médicos, o parto deve ser um evento privativo exclusivo da parturiente, do médico e da equipe de saúde.

²² “A gravidez, o parto e os cuidados com os filhos magnificavam a mulher, incitando-a a recolher-se ao privatismo da casa, e, por conseguinte, faziam-na sócia do processo de ordenamento da sociedade colonial, por trás da imagem da mãe ideal, a mulheres uniam-se aos seus filhos para resistir à solidão, à dor e, tantas vezes, ao abandono” (DEL PRIORI, 2009, p.15).

²³ O termo colonialidade é defendido por Santos (2006) como um processo de resistência hegemônica do Norte Epistêmico e Político. A influência e o poder fortes sobre os países periféricos antes colonizados pelas matrizes eurocêntricas continuam a ser muito presentes nas fronteiras locais mestiçadas, assimiladas por valores e concepções culturais e ideológicas que não conseguem romper com as marcas e heranças coloniais.

religioso dominante - consegue impor os padrões estéticos ideais de mulher e maternidade (DEL PRIORE, 2009).

“A maternidade é uma construção social idealizada por um projeto desenvolvido pela Igreja e o Estado como um dos instrumentos de adequação da mulher à vida matrimonial” (DEL PRIORE, 2009, p. 265) e cria uma epistemologia da fisiologia e nas patologias assumidas pelo discurso médico quando teorizam sobre o corpo da mulher, no interior do espaço privado do lar, sua biologia, seu útero e sua fertilidade como padrões ideais à saúde social, amorosa e sexual.

Tudo que foge e rompe com o enquadre paradigmático da saúde da mulher em sua capacidade sexual e reprodutiva idealizada pelo moralismo higiênico é considerado patológico e afeta o corpo social. O amor materno é responsável pela saúde ‘social’ dos homens no futuro. Além de uma culpabilização sobre essa vinculação entre mãe e cidadão tem a questão simbólica do poder materno, que fortalece o lado ‘sensível’ da mulher, tornando-a plena. Vejamos os textos a seguir:

A relação mãe-bebê, dentro do seu útero, durante nove meses pode, inclusive influenciar na sua vida futura. Se ele se sentir rejeitado dentro do útero tem mais chances de ser mais agressivo quando crescer, se ele se sentir amado, tem mais chances de ser amoroso quando adulto, quer seja homem, quer seja mulher. Então independente do que aconteceu na geração do bebê, se vocês queriam ou não queriam engravidar, o bebê não tem culpa de estar dentro do útero e vocês tem que amá-lo, respeitá-lo, dar carinho, porque isso pode influenciar posteriormente em sua vida (FONSECA NETO, 2008, p.48).

O modo pelo qual nascemos tem consequências em longo prazo e, sobretudo, nesta área da sociabilidade, da agressividade e pelo outro lado – na capacidade de amar os outros e a si mesmo (ODENT, 2003 *apud* FONSECA NETO, 2008, p. 27).

A capacidade que tem um bebê, particularmente a partir do quarto e quinto mês, de perceber o sentimento da mãe é muito grande. Até o terceiro mês não é tanta, mas a partir do quinto mês ele tem a capacidade de perceber se é amado ou não, se é rejeitado ou não. Então a mãe que rejeitou seu filho nos três primeiros meses pode se recuperar- se desse sentimento e ser amorosa (FONSECA NETO, 2008, p.48).

A mulher só passa a ser valorizada pela conquista da maternidade e sua vida toda é conduzida por essa ideologização, que garantam as germinalidades fecundas do outro amor necessário ao projeto de construção do Estado, o patriotismo. Coube ao discurso higiênico disciplinar da Medicina expandir, sustentar e medicalizar o corpo da mulher, seus filhos e o lar como as instituições magnas da sociedade capazes de reproduzir na intimidade doméstica o significado de uma nação.

O modelo idealizado, normatizado da maternidade evidentemente é direcionado à família burguesa. Contudo, a dinâmica cultural e as diversas mulheres, que se reconfiguram

nas tensões sociais (pobres, negras), incorporam “o modelo da santa-mãezinha abnegada, devota, obediente ao pai, ao marido, obrigada às leis de Deus e da Igreja em tudo dedicada à doutrinação de sua prole” (DEL PRIORE, 2009, p. 266), atingindo todos os extratos mais subalternos das populações.

Ser mãe é uma prescrição normativa do discurso médico e pode ser identificado entre mulheres escravas, burguesas. Sem esquecermos que o aparato higiênico da Medicina de Estado estabelece os pactos e as prescrições pedagógicas, terapêuticas e medicalizadas do modelo, que é preciso garantir a grandeza de uma nação que tem seu cerne dentro do lar, cabendo à mulher o cuidado dos filhos para torná-los grandes homens, que aprenderão a amar e a servir a Pátria.

No passado colonial, ainda muito colado com as reminiscências da pós-modernidade, ecos desses discursos ainda vibram intensamente em nosso cotidiano. Escutei de minhas mulheres peregrinas o quanto ter um filho representa um capital simbólico e econômico.

Del Priori (2009) situa o contexto de formação do Estado nacional brasileiro e como o discurso da maternidade, gravidez e parto foram importantes para a consolidação de um modelo de nação nascente. Contudo, vejo que as residualidades antropológicas, simbólicas e políticas desses tempos retomando velhos ecos em novas sonorizações, reafirmando um elo não perdido da corrente constitutiva dos papéis sociais atribuídos à mulher em nossa sociedade contemporânea, a mãe dedicada, a mãe desnaturada, a mulher perdida, a mulher da vida fácil, a mulher adúltera, a mulher prostituta, a mulher sem coração, a mulher mundana, a mulher histérica, a mulher nervosa, a mulher sem qualidades.

Nessa zona de contato entre o devir e o eterno retorno, a maternidade é emoldurada pelo discurso médico de Estado, preservando elos determinantes que não se desfazem, tal como a condição feminina que não deve ser incompatível com “sua função social e psicoafetiva” (DEL PRIORI, 2009, p. 41), tal como são caracterizadas algumas mulheres e seus estereótipos recriminados e interditados mencionados e acrescente-se a maternidade transgressora, realizada fora do casamento, produção independente, com parceiro conhecido ou não.

A maternidade é a materialidade discursiva aprisionada ao modelo primordial, mas transfigurada na resistência da escolha realizadora máxima do feminino, que é estar mãe. No século XXI, o discurso da Medicina de Estado continua sua vigilância intensa na sociedade, controlando todas as ações pertinentes à vida social de homens, mulheres e crianças, transformados em novos textos encarnados nas políticas de saúde pública da higiene

disciplinar: o texto Saúde da Criança; o Estatuto da Criança e do Adolescente; o Estatuto do Idoso; a Saúde Da Mulher; parto; o Aleitamento Materno; Puericultura; a Pediatria; o Programa de Saúde da Família – PSF (a mais importante rede de hierarquização da Atenção Primária de Saúde no Brasil).

Há todo um ‘sistema panóptico’ (FOUCAULT, 1987) de vigilância higiênica política e judiciária que o Estado, em seu papel de garantir o bem público, prescrevendo e materializando em práticas institucionais, disciplinares e epistemológicas. A Medicina é uma prática moral e, como tal, o primeiro diálogo comunitário das políticas de Cuidado da Família – A Estratégia de Saúde da Família – recebe a família, e ressalta nessa instituição o dever que a mãe tem de garantir a saúde de seus filhos.

O controle educacional terapêutico instaurado pela higiene iniciou um modo de regulação política da vida dos indivíduos, que, até hoje, vem se mostrando eficiente. Através da tutela terapêutica o corpo, o sexo e as relações afetivas entre os membros da família, passaram a ser usados de forma sistemática e calculada, como meio de manutenção e reprodução da ordem social burguesa. Todavia, a ação deste tipo de tutela vai mais além. Recupera os efeitos imprevistos desta manipulação, ocultando a origem do caráter político e social (COSTA, 2002, p. 16).

Mas uma discussão que merece destaque é aquela em que a mulher medicalizada em nosso contexto contemporâneo: policiada em seus comportamentos sociais; no trabalho; no lar; os filhos; as opções e orientações sexuais; o aborto; ter ou ter filhos; a maternidade e a culpabilização moral pelos ‘desvios’ de seus filhos, que vêm sem muitas escolhas, frutos da violência, ou constituídos sobre as bênçãos o matrimônio; ou, ainda, filhos fruto do pecado, do prazer de um erotismo condenado, modelos estéticos que variam do ‘belo’, santificado, (corpo emblema da dor e arte igual à maternidade reduzida à sua função biológica de perpetuação da espécie) ao ‘monstruoso’ e transgressor - preconceito estético e ético igual “ a maternidade livre, o direito a dispor de seu corpo e de sua sexualidade” (NERI, 2005, p. 143), que desafia o modelo sagrado representacional da Mulher Santa Mãe.

O aborto considerado como mais uma das estratégias medicalizadas do discurso médico e higienista de Estado é uma prática repudiada pela ciência e pela moralidade, pois a gravidez indesejada remete a, pelo menos, uma consideração fundamental: a mulher encarna uma autoconsciência de sua sexualidade. “Essas mulheres estão empenhadas no sexo sem intenção de procriar, praticam o sexo para satisfazer quando não o masculino, o seu próprio desejo” (NERI, 2005, p. 144). Uma questão grave à saúde da mulher e aos interesses estéticos e éticos da moral de uma Nação.

O aborto é, no Brasil, uma questão interdita em sua discussão que remeta à liberdade de escolha da mulher, sendo permitido somente se a mulher for vítima de estupro, ou corra severo risco de morte. Nem um debate é pronunciável no Congresso Nacional, na Câmara Federal, no Ministério da Saúde e na Secretaria Nacional dos Direitos das Mulheres. Enfim, ninguém se pronuncia publicamente, mesmo que tenham suas convicções.

O SUS deve atender dignamente essa mulher, que chega geralmente à maternidade muito ruim, com severo quadro hemorrágico, e muitas delas entram em óbito, pois já visitaram as abortadeiras nos corredores sombrios das clínicas clandestinas. Pobres mulheres peregrinas, miseráveis mulheres, que às vezes não podem pagar ou não tiveram sorte. Quando não vão a óbito, mantiveram a gravidez extremamente complicada, seus filhos que resistiram ao aborto nascem com sequelas dolorosas, descerebrados, entre outras anomalias irreversíveis. Diferentemente, as mulheres com melhores condições econômicas ricas têm ao seu dispor outras modalidades de execução do aborto não clandestino de forma segura.

A Medicina policial de Estado no Brasil continua forte em seu combate ao aborto clandestino, pois desafiam a autoridade médica, as leis de proteção dos Direitos Humanos e, principalmente, deforma uma estética da maternidade sacralizada no seu papel de sacrifício e amor aos filhos. Essa história recria outras transgressões dos insucessos do aborto tão amiúde na mídia jornalística, que veicula os bebês abandonados ora numa caixinha de sapato aconchegado com uns cueirinhos, ora descoberto, corpos nus. Outras vezes, o transgressivo extrapola a racionalidade ética e os infanticídios das mães *desnaturadas*, *perversas*, *assassinas* resgatam o fortalecimento estético da sagrada mãezinha e sua reatualização moral a iluminar os escuros caminhos da maternidade santificada.

A arte reconfigura a estética no cenário contemporâneo, reatualizando metaforicamente a grandeza transgressora da maternidade sagrada, que atravessa a alcova e o espaço do lar, conduzindo à santificação e aos berros do seu sofrimento, aos olhos do espaço público. É essa arbitrariedade de que ‘ser mulher é ser mãe’, aquela encontrada nas esculturas de Nik de Saint-Phalle²⁴, uma coleção de esculturas extraordinárias – *Hon* – (Ela). A figura 1 é um dos monumentos que está na Estação Ferroviária de Zurique.

²⁴ Escultora francesa (1930-2002) que ao longo de sua produção artística elabora uma reflexão sobre questões do feminino através da sua arte. Suas *Nanas* ou germinadoras são grandes esculturas com formas femininas criações estéticas que estão espalhadas em vários espaços públicos, centros culturais e museus da Europa. A autora resgata a estética da alta antiguidade histórica e pré-histórica numa reatualização da linguagem contemporânea. “Suas obras eram feitas geralmente para os espaços públicos e são extremamente lúdicas, coloridas e muitas vezes cinéticas” (ALMEIDA, 2009, p. 76).

Figura - 1: Nanas (germinadora) Niki de Saint Phalle. Estação de Zurique –Suíça.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura - 2: A Virgem, o Menino, Santa Izabel e São João Batista Menino. Pintura em óleo de autor desconhecido do século XV.



Fonte: Museu Nacional da Espanha. Arquivo Pessoal.

A maternidade, antes policiada para atender os interesses de produção de uma sociedade burguesa e capitalista em crescimento, reorganiza-se em outras matrizes morais, tendo como suporte a própria crise do capitalismo e sua reconfiguração hegemônica global. O papel da mulher, o espaço híbrido sobre o qual transita o mundo do trabalho, o lar, a amamentação, a educação dos filhos, somam-se aos novos contornos higiênicos insistindo na constituição da verdadeira mãe, ou a conversão incondicional à função de mãe.

Da mesma forma que o corpo é considerado como um conjunto de peças, a maior parte delas substituíveis, as diferentes sequências orgânicas que definem a maternidade estão, por sua vez, dissociadas, reconstituídas pela interação médica e às vezes prolongadas no seio de outro corpo, quando uma mulher aceita ser o meio pelo qual outra mulher pode ter um filho, isto é, faz-se a prótese viva durante meses de uma vontade de ter filho que não é sua, e admite-se paralelamente fazer da criança por nascer uma coisa como outraqualquer, objeto de uma transação (LE BRETON, 2011, p.370-371).

Se “ser mãe passou a ser a finalidade última da mulher” (COSTA, 2004, p. 238), pela Medicina higienista nacionalista e na Medicina neoliberal continua a se ajustar às novas configurações simbólicas das relações familiares, atendendo às diversas orientações sexuais, de gênero, com a presença ou não do elemento paterno, como ou sem os domínios das hegemonias heterossexuais, com ou sem útero, ou condições reprodutivas.

“A mãe higiênica nasceu, portanto, de um duplo movimento histórico: por um lado, emancipação feminina do poder patriarcal; por outro, ‘colonização’ da mulher pelo poder médico” (COSTA, 1983 *apud* ANTUNES, 1999, p.163). O lema dominante persiste em garantir que o feminino nasceu para ser mãe, prescrição lexicalizadora moral ainda profundamente encarnada nas representações sociais do feminino, entendendo o feminino como uma orientação performativa de gênero (BUTLLER, 2010), possuindo ou não um útero e até a procriação sem a sexualidade.

3 A ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA (ADC) E DIÁLOGOS EPISTEMOLÓGICOS CRÍTICOS

Apresento a seguir o marco teórico com o qual esta tese se sustenta. A ADC proposta Epistemológica de uma ciência da linguística pós-positivista, na interface das Ciências Sociais Críticas.

3.1 Paradigmas linguísticos e mudanças na pós-modernidade

O percurso científico da linguística moderna tem em Saussure [1926] (1995) a contribuição decisiva para o desenvolvimento da ciência, que se institucionaliza no campo epistemológico no paradigma formalista sobre as discussões entre *langue* e *parole* situadas nas fronteiras do sistema sintagmático.

O estudo da língua assim compreendida como um ente autônomo e toda a riqueza epistemológica nos limites gramaticais, “a função das formas linguísticas parece desempenhar um papel predominante” (NEVES, 2004, p. 39) e institui o paradigma funcionalista a partir da Escola de Genebra com Saussure.

A linguística estrutural de Saussure (1995) torna-se marco conceitual das racionalidades e epistemologias na análise das sistematicidades interconectadas das distinções binárias para compreender, descrever e interpretar a linguagem e suas estruturas de forma e função num mundo onde a realidade é descrita sob um rigoroso processo de relações causais e estruturais.

O contexto de cultura e ciência, na virada do século XX, foi determinante na concepção científica do positivismo sobre concepção de estrutura e função, que estabelece paradigmas, amplamente disseminada entre as disciplinas intelectuais que se estabelecem como científicas:

geologia, biologia, linguística, psicanálise, sociologia durkheimiana e antropologia social, a uma procura por relações entre as partes e de uma concepção de que os fenômenos dispõem de estruturas e funções integrais para a sua existência, adaptabilidade, crescimento e ruína (FISCHER, 2009, p. 34).

Linguistas da tradição tais como da Escola de Genebra, “Bally e Tesnière, este influenciando Helbig e Martinet), a Escola de Praga (com Mathesius e, a seguir, Trubetsky, Jakobson, Danes, Firbas, Vachek, Sgaal, etc) a Escola de Londres (com Firth e, a seguir,

Halliday), e o Grupo da Holanda (com Reichling e, a seguir, Dijk)” (NEVES, 2004, p. 40), direcionam-se ao modelo classicamente formulado por Saussure: o significado estabelece-se por um sistema de diferenças. “Assim, cada língua seleciona apenas alguns fonemas do conjunto possível dos sons fonéticos, assim também as línguas e as culturas distribuem diferencialmente os espaços gramaticais e semânticos” (FISCHER, 2009, p. 35).

De Saussure (1995) à chamada ‘virada linguística’(GHIRALDELLI, 2007), os nossos sistemas apreensores classificatórios prescindirão de ampliar o foco analítico, quer na gramática, na semântica, na etnosemântica, na análise de discurso francesa com o estruturalismo e o pós-estruturalismo, dos anos 1970.

O cenário e os novos processos de esclarecimentos fazem com que a Linguística vislumbre pontos até então obscurecidos pelo binarismo clássico (*langue e parole*), de significado e função, e ampliam-se numa gramática funcional a realização de correlações ricas entre forma e significado dentro do contexto global do discurso (BEAUGRANDE, 1993).

Dos primórdios da tradição recente na história da Linguística, suas abordagens teóricas compartilham uma percepção ontológica: que o mundo é uma estrutura estratificada, repartida num modelo mecânico coeso de acordo com os pressupostos positivistas, iluministas da maturidade racionalista, que marca a modernidade esclarecida.

Os estudos da Linguística incorporam novas discussões para além do paradigma *formalista e funcional*. Novos olhares de várias escolas tornam rica a discussão desse processo complexo epistemológico, que é a disciplinarização da Linguística.

A Linguística Crítica rompe com o paradigma formalista da linguagem de tradição saussureana. Porém, a mais expoente vocação crítica para os estudos de Bakhtin é magistralmente analisada no *Marxismo e filosofia da linguagem* [1929] (1981).

Paradigmas respondem às especificidades de pesquisadores e seus contextos de interesse científico – e não avalio a supremacia de um sobre o outro. É a opção investigativa com base em interesses teóricos e metodológicos que orienta as escolhas. Minha escolha, que responde às inquietações desta tese, está na opção pela Análise de Discurso Crítica (ADC) e sua similitude com as proposições do paradigma hallidayano sobre linguagem, codificadas no paradigma funcional recontextualizado por Fairclough, (2003).

A ADC ao optar pela Linguística Sistêmica Funcional – LSF caracteriza a pesquisa sobre linguagem na sua articulação intrínseca ar com a sociedade, responsiva a aspectos importantes para análise das micro e macrorrelações textuais.

3.2 Crítica na Linguística e o surgimento da Análise de Discurso Crítica

A Análise de Discurso Crítica (ADC) instituiu-se nas últimas três décadas, incorporando demandas sociais à análise linguística. De acordo com Magalhães (2005, p. 2) “a expressão *análise de discurso crítica* foi utilizada pela primeira vez por Norman Fairclough em artigo seminal no *Journal of Pragmatics*” (WODAK, 2001 *apud* MAGALHÃES, 2005, p. 3), em que afirma ser esta a nova expressão teórica e que pode ser considerada uma continuação da Linguística Crítica.

A ruptura com o paradigma formalista da Linguística impulsionada por Bakhtin encontra coautorias, nesse movimento sociopolítico e intelectual, apto a fazer da Linguística uma aliada na constituição de uma epistemologia interlocutora com a sociedade, pois o paradigma formalista ao situar a linguagem como um ente autônomo, torna-se pouco responsivo à dimensão social.

Bakhtin, ao discorrer sobre o objeto da Linguística de acordo com as novas teorizações por ele demarcadas, situa a linguagem como campo aberto a uma postura relacional dialética.

A língua, a palavra é quase tudo na vida humana. Contudo, não se deve pensar que essa realidade sumamente multifacetada que tudo abrange possa ser objeto apenas de uma ciência – a linguística – e ser interpretado apenas pelos métodos linguísticos. O objeto da linguística é apenas o material, apenas o meio de comunicação discursiva, mas não a própria comunicação discursiva, não o enunciado de verdade, nem as relações dialógicas, nem as formas de comunicação, nem os gêneros do discurso (BAKHTIN, 2003, [1979], p.324).

A crítica bakhtiniana desvela “para além do enunciado (produção do discurso) como um todo individual singular e historicamente único” (BAKHTIN, 2003, p. 334). Para Bakhtin, a linguagem é conectada sob relações dialógicas de outras instanciações discursivas. “Tal concepção contribui para uma visão social do discurso, pela dialética do social como individual” (SILVEIRA, 2009, p. 8).

Bakhtin (1981) identifica-se ideologicamente com a filosofia marxista ao buscar, na literatura, todas as vozes possíveis que textualizam e intertextualizam as representações humanas, a sociedade, ética, estética, liberdade, entre todas as dimensões da finitude humana.

Seu esforço epistemológico, fenomenológico denuncia as estruturas sobre as quais opressão, poder, linguagem e discursos revelam a acessibilidade à utopia posta na discussão marxista. Seu empreendimento no campo da Linguística é crítico “e o mais importante do

crítico e do pesquisador em Ciências Humanas: é a interpretação como diálogo, a única que pode recobrar a liberdade humana” (TZVETAN, 2003, p. XXXII).

Simultaneamente à descoberta de Bakhtin, a Linguística Crítica (L.C.) desenvolveu um método para o estudo da linguagem. Entretanto, a ADC alcança uma dimensão política e social complexa ao trazer ao cerne do texto linguístico as estruturas sociais. Suas diferenças metodológicas e teóricas são assim comentadas na citação a seguir:

A ADC estuda textos e eventos em diversas práticas sociais, propondo uma teoria e um método para descrever, interpretar e explicar a linguagem no contexto sociohistórico. Enquanto a L. C. desenvolveu um método para analisar uma pequena amostra de textos, a ADC desenvolveu o estudo da linguagem como prática social, com vistas à investigação de transformações na vida contemporânea (MAGALHÃES, 2005, p. 3).

A Linguística Crítica é o solo do qual a ADC emerge como uma proposta de análise de discurso, que difere das concepções teóricas e metodológicas, que investe em ser intérprete de questões sociais no âmbito da linguagem na qual as variáveis contexto não são estudadas como um sistema autônomo de linguagem (WODAK; MEYER, 2003). A ADC, ao analisar textos, correlaciona ao processo dialético responsáveis pela produção dos textos, “como uma descrição das estruturas sociais e os processos nos quais os grupos ou indivíduos, como sujeitos históricos, criam sentidos em sua interação com textos (WODAK, 2003, p. 19).

Nas últimas décadas do século XX, as questões sociais, tais como causas problemáticas de injustiça, são objetos de discussão em amplo escopo de epistemologias das Ciências Sociais e, nesse cenário, a Ciência, de um modo geral, se realinha em autocrítica. Discute-se ‘rupturas de paradigmas,’ (KHUN, 1978), ensaia-se um novo modelo que dê conta de novas questões, tentando superar o modelo hegemônico fundador de uma ordem disciplinar para o pensamento humano e suas proposições não responsivas com seus modelos constituintes, centrados nas racionalidades positivistas e iluministas, que serão relidas, criticadas ou recontextualizada em novos debates epistemológicos.

Ao se discutir essas questões e teorizações epistemológicas, dá-se conta de um novo pesadelo: o banco de dados que o Iluminismo e a ciência positivista estabeleceram já não é responsivo ao mundo *desordenado*, cada mais fragmentado, sem perspectivas de grandes mudanças e mais: a exaustão do modelo da ciência e seus limites incongruentes de validade de verdades (POPPER, 1980).

Nesse cenário, as Ciências Humanas, de um modo geral, e a Linguística ensaiam seus passos teóricos e metodológicos para discutir a crítica como categoria que legitima os

diversos campos disciplinares em sua interlocução com a sociedade. Sob nova terminologia, abrigam-se vários pesquisadores que objetivam discutir os conflitos sociais, mediados pela linguagem, em processos ideológicos e políticos e humanos.

Com a modernidade, instituiu-se o humano pelo lema positivista de *ordem e progresso*. O sonho de uma racionalidade legislativa purificadora organiza uma ciência para afastar os ‘impuros’, os ‘estranhos’ que ferem aos padrões morais, étnicos, raciais (ARENDRT, 2007), filosóficos e ideológicos daquilo que é o mapa cognitivo estético e político, civilizatório que os europeus estabeleceram na normatividade da ciência.

A matriz exploratória eurocêntrica sustentara teorias e práticas metodológicas em nome de um entendimento do mundo sob uma ordem *caótica*. Sobre o outro, o bárbaro, o inferior, o primitivo, o estranho, o impuro, empreenderam um padrão de etnografia imperialista, colonizadora, gerando em todos os campos disciplinares a sustentação política de regimes eugênicos (BAUMAN, 1998).

A opção inovadora na Linguística não é circunscrita a um evento único, específico do século XX. É preciso contextualizar, mesmo minimamente, como o conhecimento do mundo e a sociedade estabelecem práticas sociais que mobilizam a criação das suas narrativas históricas, suas estabilidades teóricas e marcos contingenciais que operacionalizam os conflitos, lutas e transformação social. Nessa zona complexa, a ciência institucionaliza-se e institui seus modelos utópicos de racionalidades, ética e esclarecimentos iluminados.

O cenário do mundo convive com questões não resolvidas pelas promessas iluministas; hecatombes nucleares, instituições falidas da razão instrumental. Fragilidades da liberdade e justiça sociais realimentam injustiças e sistemas totalitários, alavancam conflitos étnicos, raciais, de classe social, estabelecidos nas estruturas sociais. Consequentemente, textos dão significados aos discursos como expressões de intenso sofrimento e perplexidades humanas.

A Escola de Frankfurt, nos anos 1930, elabora a teoria crítica, resistente à ordem vigente da eugenia nazista, aos reclamos tardios do esclarecimento, propondo crítica aos mapas e modelos estabelecidos de ciência e ao contexto das lutas e interpelações de um mundo com suas *luzes apagadas*. Os protagonistas dessa proposta - tais como Jürgen Habermas, Adorno, Horkheimer, entre outros cientistas sociais, filósofos e demais intelectuais - expõem as fragilidades das promessas científicas como garantidoras da emancipação humana, protótipo idealizado sob as bases críticas do iluminismo (ROUANET, 1987), relidos no marxismo no século XX e destacando uma crítica radical sobre a emancipação social, de forma a transformar a sociedades dominadas pela barbárie dos sistemas totalitários. Os

pesquisadores do Instituto de Pesquisas Sociais em Frankfurt identificam o seu comprometimento ideológico de resistência contra as forças hegemônicas, que fortalecem uma racionalidade instrumental em práticas sociais opressoras, no âmbito da racionalidade científica, cultural, estética, artística ética e geopolítica.

A influência desse movimento social, na Europa, fortalece-se, gerando uma profunda reviravolta intelectual, diante dos eventos após a Segunda Grande Guerra, a Guerra Fria e, em seguida, as dilacerações opositivas entre as demarcações ideológicas do capitalismo e o totalitarismo, que envolvem o mundo num ciclo de opressão e sofrimento, com cada polo garantindo suas promessas de libertação.

A Escola de Frankfurt influenciou fortemente a ADC, em seus marcos conceituais teóricos, ao trazer ao debate da Linguística os conceitos de poder, ideologia e transformação social no contexto da sociedade contemporânea. Repercutem tais discussões na Linguística devido à crescente importância atribuída à linguagem na vida social e ponto de partida que, geralmente, os indivíduos não têm consciência de como o discurso intervém para controlar e moldar as cognições sociais (HODGE; KRESS, 1993). Assim, “analisar o discurso de forma crítica é revelar o que não é consciente para as pessoas em suas práticas sociais e denunciar quais estratégias são utilizadas para o controle de suas mentes” (SILVEIRA, 2009, p. 7).

A ADC e as proposições de Fairclough, (1989; 2001; 2003), recebem grande influência de Foucault (1996) e o percurso metodológico, denominado de *Arqueologia das Ciências Humanas*, investimento analítico do discurso das formas constituintes de saberes e suas positivities para os sistemas de pensamento do mundo ocidental.

A Teoria Crítica só se realiza no contexto social da práxis, que é o contexto de aplicação prática da teoria, e faz parte de um dos pressupostos do materialismo histórico.

Como a mudança só se realiza no contexto social da práxis, que é o contexto de aplicação prática da teoria, o debate faz parte de dos pressupostos do materialismo histórico. Ciência é engajamento político e social, e tudo dela visaria a ser um instrumento de interlocução com as demandas da sociedade atravessada por inúmeros mecanismos de opressão e barbárie.

Nesse embate sociopolítico epistemológico, surgem discussões no campo da linguística saussureana, operacionalizando a crítica sobre de seus métodos e práticas aprisionada ao positivismo clássico sem a pretensão de fazer ciência da linguagem e produzir conhecimento para transformar o mundo, portanto, dissociadas da vida política e social. O texto sob a perspectiva crítica será um ponto importante para a constituição da ADC. Ele passa a ser discutido como um ente dinâmico fruto das práticas sociais objeto discursivo a

realimentar ou não, as forças que emanam das instituições políticas e econômicas com toda a força ideológica que as sustentam.

A Análise do Discurso Crítica (ADC), ao incorporar a concepção crítica, estabelece as possibilidades epistemológicas de discutir e esclarecer como as práticas sociais estabilizam-se na vida política, sob facetas discursivas opressoras. Nesse aspecto,

a ciência crítica toma como ponto de partida problemas social vigentes, e assim adota o ponto de vista dos que sofrem mais, e analisa de forma crítica os que estão no poder, os que são responsáveis, e os que dispõem de meios e oportunidades para resolver tais problemas (VAN DIJK, 2008, p. 115).

A ADC justifica-se: é um escopo disciplinar responsivo, dialógico, dialético, aberto ao diálogo transdisciplinar de epistemologias convergentes no âmbito das Ciências Sociais Críticas. “A análise de discurso examina questões contemporâneas, como o racismo, a discriminação de gênero, a violência, as identidades, a exclusão social, apolítica, a degradação da natureza (MAGALHÃES, 2005; MAGALHÃES, 2011, p. 219-220).

A ADC apresenta assim um engajamento teórico e científico comprometido com as formas de ‘opressão’, ‘violências’ (SAFFIOTI, 2004) silenciadas, naturalizadas ou nas saliências em práticas sociais que devem ser discutidas no âmbito da linguística não formalista e, sim, crítica. Magalhães afirma:

A ADC oferece uma valiosa contribuição de linguistas para o debate de questões ligadas ao racismo, à discriminação baseada no sexo, ao controle e à manipulação institucional, à violência, à identidade nacional, à autoidentidade e à identidade de gênero, à exclusão social (MAGALHÃES, 2005, p.3).

Em outras palavras, “a Análise de Discurso Crítica almeja investigar criticamente como a desigualdade social é expressa, sinalizada, constituída, legitimada, e assim por diante, através do uso da linguagem (ou no discurso)” (WODAK, 2004, p. 225).

A configuração teórico-metodológica da ADC confere o caráter dialógico aberto às outras disciplinas e suas teorizações, garantindo a possibilidade de convergências de vários campos de saber a objetos comuns, o que enriquece o debate e a reflexão epistemológica de questões sociais relacionadas entre si, ou seja, a convergência de outras teorias e a mediação entre o social e o linguístico.

Vemos a ADC trazendo uma variedade de teorias ao diálogo, especialmente teorias sociais, por um lado, e teorias linguísticas, por outro, de forma que a teoria da ADC é uma síntese mutante de outras teorias; não obstante, o que ela própria teoriza em particular é a mediação entre o social e o linguístico – a 'ordem do discurso', a

estruturação social do hibridismo semiótico (interdiscursividade) (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, *apud* MAGALHÃES, 2005, p. 4).

A ADC, ao interpelar fenômenos sociais, prescinde de uma perspectiva teórica que atravesse as fronteiras da língua. Vejamos a citação a seguir:

O enunciado (enquanto plenitude do discurso) não pode ser reconhecido como unidade do nível último e superior ou andar da estrutura da língua (sobre a sintaxe), uma vez que ele faz parte de um mundo de relações inteiramente diversas (dialógicas) não confrontáveis com relações linguísticas de outros níveis, e a compreensão responsiva do conjunto discursivo são sempre de índole dialógica (BAKHTIN, 2003, p. 332).

Chamo a essa índole dialógica de perspectiva transdisciplinar, que vem refletir as novas discussões da ciência crítica contemporânea com as quais a ADC é interlocutora dialógico / dialética. A ADC é a convergência de vários campos teóricos de pesquisa, com muitas contribuições da análise de discurso, que têm em comum a base crítica como definidora de seu empreendimento epistemológico, engajado politicamente na vida social espaço de conflitos históricos, ideológicos, políticos, raciais, étnicos, questões de gênero, sexismo e demais angústias em curso no mundo globalizado.

Fairclough (2003)²⁵ discute os efeitos sociais dos textos como capazes de alterar situações estabelecidas, criar outras situações, provocar mudanças em nossos conhecimentos, nossas crenças, nossas atitudes, valores, etc. “Os textos também têm efeitos em longo prazo e também podem iniciar guerras, contribuir com mudanças na educação, mudar relações industriais e muito mais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 8). Em síntese, textos podem ter efeitos causais e mudar pessoas (crenças, atitudes e etc.), ações sociais e o mundo material. No entanto, esses efeitos são mediados por produção de sentido.

O diálogo da ADC com outras ciências humanas e sociais fortalece o debate no campo da Linguística como ciência que enfrenta, no cenário contemporâneo, um compromisso ontológico, ético político a serviço de uma nova racionalidade, que deve debater no interior da Linguística sua capacidade de colocar-se num diálogo crítico com novas realidades e com sujeitos emergentes da crise do novo capitalismo.

Discute-se se a Linguística em seu diálogo com a sociedade (RAJAGOLAPAN, 2006) para que possa debater problemas no âmbito do texto e do discurso, que não desperdice a experiência notável que, ao longo de sua história, tem trazido ao debate intelectual as contribuições acadêmicas e de pesquisas para a sociedade. Analisar discursos no cenário

²⁵ Todas as citações de Fairclough (2003) são traduzidas por mim.

linguístico sob o viés ‘transgressor’, ‘indisciplinado’ (MOITA LOPES, 2006) é colocar a ciência da linguagem nas questões práticas; é acreditar numa linguística crítica, que “pode fazer a diferença e ser posto a serviço do bem estar geral, da melhoria das nossas condições do dia a dia” (RAJAGOPALAN, 2003, p. 12).

3.2.1 A ADC e a Teoria Social Crítica

A realidade é apreendida por vários sistemas epistemológicos disciplinares, que teorizam as possibilidades de reconhecimento e análise de seus processos constitutivos. Sistemas disciplinares teorizam sobre fenômenos e o encontro e as discussões dessas diversas teorias são confluentes para uma perspectiva dialógica entre essas várias abordagens do conhecimento. E, tratando-se das especificidades das ciências humanas, o aporte da teoria social é um campo densamente favorável às diversas perspectivas de fundamentações e esforços interpretativos desses sistemas epistemológicos.

“A teoria social não é propriedade de nenhuma disciplina, pois as questões referentes à vida social e aos produtos culturais da atividade humana permeiam as ciências sociais e as humanidades” (GIDDENS; TURNER, 1999, p.7). Apesar de a teoria social estar submetida ao positivismo clássico, o método e todas as abordagens alinhadas a uma hegemonia positivista do século XIX deve situar que o escopo teórico não é linear e sim heterogêneo e pluridisciplinar²⁶. E sob os novos paradigmas autocríticos da ciência, “o mais importante ainda é considerar-se a ciência como um esforço interpretativo” (GIDDENS; TURNER, 1999, p. 9).

Magalhães (2005, p.3), ao apresentar o solo epistemológico da ADC, cita Chouliaraki e Fairclough (1999). Estes conceituam a ADC como uma proposta de ciência da linguagem “situada na ciência social crítica e na pesquisa crítica sobre a mudança social, na sociedade moderna posterior”. O investimento crítico tem como ponto de inflexão a Teoria Social Crítica²⁷ com sua origem na Escola de Frankfurt²⁸, determinante no investimento de

²⁶ Evidencia a crise interna do Positivismo que, apesar de ser nascido e constituído no paradigma da racionalidade moderna, é solo epistemológico de sistemas teóricos no âmbito das Ciências Humanas e Sociais, essencialmente atrelado às formas sociológicas incapazes de atender e dialogar com demandas contemporâneas. O discurso teórico naturalista, causal, determinístico de uma ordem do mundo, sua evolução idealística a atingir o fim da história revela-se na sua incompletude. A teoria, independentemente de ser ela mesma uma elaboração dessa racionalidade científica e filosófica agora é lida com problematizações sem verdades absolutas da realidade do mundo, de uma forma contextual e histórica passível de ser discutida por vários contextos epistemológicos interpretativos.

²⁷ “O termo Teoria Crítica indica a corrente de pensamento produzida pelo grupo de intelectuais, pesquisadores, atuantes no Instituto para a Pesquisa Social de Frankfurt, na Alemanha, no final do primeiro quartel do século XX. A Teoria Crítica é referida, também, como Escola de Frankfurt. Portanto, a Teoria Crítica almeja o

uma leitura crítica marxista do mundo. “E entre as numerosas tentativas empreendidas no período entre as duas guerras mundiais para desenvolver o marxismo de um modo produtivo, a teoria crítica assume uma posição de realce” (HONNETH, 1999, p. 505), com figuras expoentes tais como Walter Benjamin, Adorno, Horkheimer, Habermas, entre outros notáveis pesquisadores marxistas. Habermas (1998) no âmbito da linguística contemporânea, desenvolveu uma teoria da razão comunicativa e intersubjetividade.

A pesquisa crítica contemporânea, com a qual a ADC se vincula, recupera do marxismo a análise crítica das formas de opressão estabelecidas nas relações de poder e postula o escopo da reflexão teórica por mudança social, encontradas numa matriz convergente denominada Teoria Social Crítica, com base epistemológica em uma teoria materialista da sociedade como principal objetivo da reflexão crítica.

A utilização sistemática de todas as disciplinas de pesquisa da ciência social no desenvolvimento de uma teoria materialista da sociedade como o principal objetivo da teoria crítica; com isso ela esperava superar o velho purismo do materialismo histórico e reservar um lugar para a possibilidade de uma proveitosa fusão fecunda entre a ciência social acadêmica e a teoria marxista (HONNETH, 1999, p. 505).

Dessa forma,

A ADC busca analisar o discurso com um interesse crítico pela linguagem na sociedade contemporânea. Para tanto, busca uma consciência crítica para tratar das práticas linguísticas cotidianas que são responsáveis pelas mudanças fundamentais nas funções que a linguagem cumpre na vida social (SILVEIRA, 2009, p. 8).

Observemos que as citações convergem com a base filosófica da ADC que é o marxismo e sua importância sempre revigorada no contexto da crise do capitalismo na modernidade tardia.

3.2.2 Linguagem e prática social

As estruturas sociais moldam textos e práticas sociais. As práticas sociais articulam discursos enquanto linguagem e são articuladas com ação, interação, relações

esclarecimento do Homem sobre a sua condição de agente histórico de produção de suas condições de vida e das relações sociais às quais está submetido, a fim de criar as condições capazes de mobilizá-lo para uma ação transformadora. Para Adorno e Horkheimer, esse empreendimento não é um mero projeto da razão, mas, sim, uma tarefa com a finalidade de diagnosticar a realidade social, negar o estabelecido pela sua iniquidade, e criar uma conseqüente práxis social capaz de intervir na sua mudança” (HORKHEIMER; ADORNO, 2003 *apud* VILELA, p. 14, [2006], 2013).

sociais, pessoas (com crenças, atitudes, histórias, etc.), o mundo material e o Discurso (FAIRCLOUGH, 2003). Os textos são vistos como partes de eventos sociais, portanto, relacionados com práticas e estruturas sociais e estas moldam a linguagem, incluindo os seus elementos (discursos, gêneros e estilos) que não são categorias puramente linguísticas, mas que fazem o corte através da divisão entre linguagem e não linguagem, entre o discursivo e o não discursivo” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

Falabella comenta alguns aspectos fundamentais para focalizar a linguagem como prática social:

- 1) de que, se a linguagem é uma prática social, ao estudarmos a linguagem estamos estudando a sociedade e a cultura das quais é parte integrante e constitutiva;
- 2) de que nossas práticas discursivas não são neutras, e envolvem escolhas (intencionais ou não) ideológicas e políticas, atravessadas por relações de poder, que provocam diferentes efeitos no mundo social;
- 3) de que há na contemporaneidade uma multiplicidade de sistemas semióticos em jogo no processo de construção de sentidos. (FALABELLA, 2006, p. 48-49).

Moita Lopes (2006, p. 25) contextualiza o papel da Linguística no cenário contemporâneo “e questiona as formas tradicionais de conhecimento da linguística tradicional advindas de posicionamentos oriundos das formas epistemológicas positivistas dos quais a linguística tradicional é constituída em suas bases teóricas”.

A problematização é uma questão fundamental à análise crítica, que deve ser clara nas questões reflexivas, e a ADC não trata a opressão na sociedade como um fenômeno abstrato, um conceito óbvio à sociedade capitalista, que não seja discutido no interior dos contextos e textos em que são estudados, sem a importância das observações históricas, portanto, dialógicas e dialéticas.

Fairclough, na construção de seu marco teórico, explicita a problematização de acordo com sua filiação ao pensamento marxista, conduzindo o debate epistemológico ao cerne de sua teoria linguística ao identificar como os discursos e práticas sociais são produtores e reprodutores das assimetrias sociais. Nesse aspecto, defende a ADC como uma *teoria de pesquisa social crítica*.

A ADC é uma forma de pesquisa social crítica. A pesquisa social crítica inicia com questões como estas: como as sociedades existentes abastecem as pessoas com possibilidades para enriquecer e satisfazer vidas, como, por outro lado, eles denegam a pessoas essas possibilidades e recursos? O que é isso sobre as sociedades que produzem pobreza, privação, miséria e insegurança nas vidas das pessoas? Que possibilidades existem para mudanças sociais que reduzam esses problemas e acentuem a qualidade de viver dos seres humanos? A contribuição da pesquisa social crítica é para a melhor compreensão de como as sociedades trabalham e

produzem tantos efeitos benéficos, e como podem ser mitigados, se não eliminados (FAIRCLOUGH, 2003, p. 202).

Nessas abordagens, situar a linguística no seu caráter transgressivo rompe com os modelos epistemológicos disciplinares modernos, sob o qual o conceito de linguagem é estudado como um ente autônomo e distanciado da História. “A saída é romper – na medida do possível – com a tradição, a fim de repensar o futuro do campo de forma livre e desimpedida” (RAJAGOPALAN, 2006, p. 149).

O panorama atual da ADC a coloca como um evento disciplinar forte com pesquisadores de inúmeras áreas das Ciências Sociais e da Linguística, mantendo um diálogo permanente, procurando identificar seus próprios limites de abordagem, de suas questões teóricas e metodológicas (WODAK, 2004). A transdisciplinaridade e a dialética do discurso em relação com elementos não discursivos, que circulam na vida social são centrais à abordagem de Fairclough. O ponto importante acerca das práticas sociais de acordo com a perspectiva da ADC:

É que elas articulam o discurso (enquanto linguagem) juntamente com outros elementos sociais não discursivos, dessa forma podemos ver qual-quer prática social como uma articulação dos seguintes elementos: ação e interação, relações sociais, pessoas (com crenças, atitudes, histórias, etc.) o mundo material e Discurso (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

Os desafios da Linguística, nos quais somos protagonistas, ensejam à ADC multiplicidades de abordagens epistemológicas, que suscitam esclarecimentos não só no âmbito da Linguística Sistêmico-Funcional (LSF) - da qual se utiliza em sua interlocução microlinguística textual -, como noutras áreas que se configuram como perspectivas de pesquisa, tais como a abordagem de Fairclough (2003) de *transdisciplinaridade e dialética do discurso* em relação a outros elementos não discursivos da vida social.

Izabel Magalhães desenvolve inúmeras pesquisas relacionadas ao discurso, à sociedade, às práticas sociais, às identidades, aos gêneros, à educação, ao discurso médico-paciente, entre outras pesquisas em andamento acerca dos letramentos em populações com necessidades especiais, sempre focando a vinculação postular da ADC que é o de dar voz às causas problemáticas da vida social e que precisam ser discutidas no interior da Linguística.

Em defesa das mudanças de problemas sociais, o marxismo é a proposta filosófica que aponta, de forma radical, uma crítica sobre as configurações do capitalismo como constituintes dos fenômenos sociais complexos, que permeiam as relações históricas e sociais

do mundo, ontem e hoje, em sua feição global e sua interpelação ideológica (ALTHUSSER, 1985).

Em nosso contexto sócio histórico pós-moderno, são muitas as demandas de reflexões críticas e tomadas de posição em face de problemas relacionados à nova crise do capitalismo global (ZIZEK, 2011). Se no final do século XIX, e por todo o século XX, a racionalidade marxista debruça-se pela crise do capitalismo industrial, o século XXI vivencia outra grande crise muito mais forte diante da “condição crucial para a existência e o funcionamento do capital, afetando todos os níveis da vida social” (MÉSZAROS, 2011, p. 710) e sua relação com o trabalho, pobreza, exclusão e miséria. E, com isso, interfere em todas as condições da existência social, ideológicas, emancipatórias do homem, estabelecidas nas práticas sociais e mediadas pela linguagem.

A crise do capital do século XXI rearranja questões complexas, nesses novos contornos, nas quais o conhecimento, a tecnologia, os fracassos do modelo de progresso, continuam a obstaculizar processos de emancipação e mudanças, que são encurraladas por contingências ideológicas complexas, favorecendo a naturalização de questões sociais, muitas delas silenciadas e exigindo o comprometimento ético da ciência por uma nova cultura emancipatória (SANTOS, 2007).

Com a pós-modernidade, os discursos instituídos pelo modelo global de desenvolvimento, de governança, de política e de práticas sociais continuam a projetar utopias muito caras ao homem e sua socialização fraterna e libertária. Então, a ADC deve ser considerada uma importante contribuição às discussões e reflexões de como a linguagem pode rearticular e garantir a superação de questões sociais excludentes e até mesmo desumanas (MAGALHÃES, 2005, p. 3). O papel da ADC na pós-modernidade lexicaliza-se com o ‘novo capitalismo’ e seu enquadre no campo da Ciência Social Crítica e da pesquisa crítica.

Segundo Chouliaraki e Fairclough, a ADC está situada na ciência social crítica e na pesquisa crítica sobre a mudança social na sociedade moderna posterior (1999) e argumentam que a ADC deveria ser considerada como uma contribuição ao campo da pesquisa crítica sobre a modernidade posterior (MAGALHÃES, 1999, p.3; MAGALHÃES, 2005, p. 3).

A Ciência Social Crítica hoje é um campo heterogêneo que, sem se dissociar de sua filiação primordial marxista, recontextualiza a angústia e utopia como fontes discursivas no embate teórico com outras contribuições epistemológicas, sobretudo, quando um processo de confronto é ensejado no seio da Linguística, ao colocar-se no processo de reflexão de seus percursos teóricos. Nesse sentido, busca a sustentabilidade de novos paradigmas que

realize análise de discurso crítica baseada na suposição de que a língua é uma parte irredutível da vida social dialeticamente conectada a outros elementos da vida social, de forma que não se pode considerar a língua sem levar em consideração a vida social” (FAIRCLOUGH, 2003, p.2).

A partir de Kant [1785] (1974), a base epistemológica crítica filosófica da ciência está na racionalidade esclarecida, quer dos costumes, da razão, dos juízos, enfim, do conhecimento. Marx, no século XIX, retoma a crítica dessa própria fundamentação ‘como analista do discurso’ (FAIRCLOUGH, 2006) e problematiza para o campo histórico discutir as bases materiais da existência social, política e produtiva da humanidade.

A linguagem no novo capitalismo gera impactos na vida contemporânea “e mantém sua continuidade fundamental repercutindo na política, na educação, na produção artística e em muitas áreas da vida social” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 4). As questões naturalizam-se, obnubilam, pois o discurso da globalização (a reorganização da crise global do capitalismo) é imbuído de uma generosidade mítica e refunde o paraíso na terra.

Os esforços humanos diante do fenômeno da globalização põem-nos em contato, através dos medias, com um mundo plural, complexo, de especificidades singulares, em cuja diversidade fragmentada a referência ao todo, a este traço comum que nos atravessa como seres humanos, se obnubila nas diferenças possíveis da idiosincrasia (PORATH, 2007, p. 58).

O papel das Ciências Sociais é desvelar a dimensão ideológica (aparente) de um mundo plural fragmentado, para reconhecer estruturas contingenciais complexas que permitem “a reprodução da sociedade em seu permanente movimento contraditório” (PORATH, 2007, p. 61).

As vozes que se manifestam no interior da linguística convergem e se prontificam, ali e acolá a reconhecer alguns pontos de seu domínio e recria a genialidade de novos posicionamentos em defesa das causas dos vulneráveis, dos fortes, dos oprimidos da natureza, da terra, de homens, mulheres, Estados, políticas, ‘governança’, ‘espaço tempo’, ‘globalização’, ‘hegemonia’ ‘ideologias’ ‘legitimação’, ‘papeis’ (FAIRCLOUGH, 2003).

A proposta de Análise de Discurso Crítica, defendida por (FAIRCLOUGH, 2003; MAGALHÃES, 2004), incide ao objeto discursivo a dialética de acordo com a perspectiva marxista, alcançando uma perspectiva dialógica das ciências sociais e a Linguística Sistemico Funcional-LSF (HALIDAY, 1985, 1994). Uma premissa fundamental da LSF é a interligação completa da linguística com o social. O foco é sobre como as pessoas representam, relacionam-se e agem utilizando-se da linguagem para a realização de atividades. A LSF é

epistemologia linguística desenvolvida para pesquisa da linguagem socialmente responsável. Adotada na *Teoria Social Crítica do Discurso e Texto* (FAIRCLOUGH, 2001), defende proposições analíticas para além da língua como um ente autônomo. Desse diálogo é possível prosseguir o debate para o esclarecimento de fenômenos sociais, que extrapolam os limites de uma análise puramente microlinguística.

A Teoria Crítica do Discurso é uma contribuição epistemológica da ADC para o debate e a pesquisa, relacionando-a, por um lado, à Teoria Social Crítica e, por outro, à Linguística Sistêmico-Funcional. Conceitos como teoria crítica do discurso, prática social, evento social, gênero discursivo e texto são centrais para uma abordagem crítica das análises de discursos (MAGALHÃES, 2004).

A Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO) é uma proposta de compreensão das práticas sociais, envolvendo gêneros discursivos e a construção de sentidos nos textos: ações (gêneros), representações (discursos), identificações (estilos), relacionados dialeticamente às estruturas sociais (MAGALHÃES, 2004).

As bases linguísticas da Teoria Crítica do discurso é um campo epistemológico abrigado nos estudos críticos do discurso, que respondem metodologicamente, esclarecendo discursos e ideologias, que incidem em práticas sociais abusivas, opressoras.

Sob o fluxo do criticismo em todas as áreas de abrangências da ciência tudo é passível de exames históricos, como as relações de saber e suas configurações ideológicas que se sustentam. Dissemina-se, em todos os centros universitários do ocidente, o embate à hegemonia de ciência (BACHELARD, 1996) e a necessidade de rupturas de paradigmas, (KUHM, 1978) com um novo modelo de saber e de prática política. Estamos a contextualizar o solo epistêmico que a L.C, LSF e a ADC convergem em sinergias teóricas para se colocarem no cenário acadêmico, como protagonistas de um modelo vivo de ciência, incorporando o ativismo intelectual para a discussão e geração de debates de questões problemáticas da vida social pronunciadas, difundidas e reificadas na linguagem.

Como discursos são reconfigurados nos textos? Se o pano de fundo é o capital e suas crises de autossustentabilidade, como a esfera discursiva atende a interesses hegemônicos persistentes? Como as guerras podem ser empreendidas? Revitalizadas? Como os sistemas totalitários, o nazismo, o racismo, a opressão podem metamorfosear-se na esperança?

Atualmente a ADC como um campo disciplinar forte com pesquisadores de inúmeras áreas das Ciências Sociais e da Linguística, mantendo um diálogo permanente,

procurando identificar seus próprios ‘limites’²⁹ de abordagem, de suas questões ‘teóricas’ e ‘metodológicas’ (WODAK, 2004).

Central à abordagem de Fairclough é a transdisciplinaridade e a dialética do discurso em relação com elementos não discursivos que circulam na vida social. Importa à ADC relacionar as questões discursivas com teorizações de outras disciplinas afins aos estudos e reflexões críticas, que incidem debater temas problemáticos da relação linguagem e sociedade. A transdisciplinaridade é um diálogo interepistemológicos em diversos setores de produção de saberes e de práticas de pesquisa, como a etnografia.

Quanto à dialética do discurso é importante considerar como a linguagem está sendo veiculada em textos e práticas sociais nesse processo complexo da vida cultural e social mediada por contextos econômicos, ideológicos e científicos em redes de poderes (ordem do discurso) (FOUCAULT, 1995; FAIRCLOUGH, 2001).

O ponto importante acerca das práticas sociais de acordo com a perspectiva da ADC é como estas articulam o discurso (enquanto linguagem) juntamente com outros elementos sociais não discursivos. Dessa forma, podemos ver qualquer prática social como uma “articulação de diferentes tipos de elementos sociais associados com áreas particulares da vida social” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

O Discurso, por sua vez, elemento de práticas sociais, figura de três principais maneiras na prática social: como gêneros (modos de agir), discursos (modos de representar), estilos (modos de ser) (FAIRCLOUGH, 2003).

Segundo Magalhães (2010, p. 12), o conceito de discurso tem uma história ligada a relação entre linguagem e sociedade. Embora o termo seja usado indevidamente, como se fosse sinônimo de ‘texto’ e de ‘fala,’ não cabe falar de discurso sem considerar a transdisciplinaridade entre o estudo da linguagem e da prática social” e a “ dimensão discursiva das práticas de gênero relaciona-se dialeticamente com dimensões não discursivas, como o poder (MAGALHÃES, 2009, p. 721).

²⁹ “ No que tange aos métodos de análise discursivas no âmbito da ADC, tem havido tensões e críticas, por parte de linguistas aplicados e cientistas sociais renomados (...) alegando resumidamente, que a referida disciplina não leva em conta os receptores dos textos e que tendenciosamente adota uma postura inicial preconceituosa sobre os textos em geral, levando a interpretações confusas acerca do de seu caráter teórico e metodológico” (RODRIGUESS-JR, 2009, p. 101). Considero que falar de limites teóricos é um aspecto positivo e não negativo para a ADC, pois a ciência que representa o contexto de adequação ao “novo espírito científico” (BACHELARD, [1934] 1996), no início do século XX possui uma perspectiva revolucionária na medida em que transforma o modo como se analisava a ciência até então e sua dogmática positivista incorporada ainda hoje por pesquisadores que negam qualquer possibilidade de limites das verdades absolutas e universais que a ciência é capaz de garantir. Limites, fragmentações, impossibilidades podem ser incorporadas ao novo modo de fazer ciência (BARBOSA, 2011).

A ADC é, pois, a convergência de campos teóricos críticos de pesquisa nas Ciências Sociais Críticas contemporâneas e epistemologias críticas, com muitas contribuições da análise de discurso, que têm em comum a *base crítica* como definidora de seu empreendimento epistemológico engajado politicamente na vida social, espaço de conflitos históricos, ideológicos, políticos raciais, étnicos, de gênero e demais angústias pós-colonialistas em curso no mundo globalizado.

A globalização, e a crise atual do capital internacional, é um campo sociopolítico de tensões graves em diversas materialidades discursivas. As vozes do mundo choram, apelam, estabelecem as violências simbólicas³⁰ (BOURDIEU, 1998) e físicas demarcam ordenamentos de guerras, invasões, ressurgimento de ideologias nazifascistas, e a própria crise do capitalismo - ao fortalecer as desesperanças - fragiliza nações, pauperiza, amedronta, e ameaça à humanidade (ZIZEK, 2011). Toda essa trama é veiculada nos discursos, sob forças hegemônicas e epistemológicas disciplinares escritas em imagens, textos, textos falados, escritos, verbalizados, mono ou multimodais, numa dinâmica que se enraíza em cada canto do planeta dominado pela hegemonia capitalista, requerendo dos pesquisadores da Linguística contemporânea uma postura epistemológica ‘transgressora’ na medida que a coloca como interlocutora das diversas demandas sociais da humanidade num mundo em agonia planetária. Nesse aspecto transgredir é assumir o comprometimento intelectual engajado num ativismo solidário com a humanidade (SANTOS, 2007).

Analisar discursos no cenário linguístico sob o viés transgressor, “indisciplinado” (MOITA LOPES, 2006) “é colocar a ciência da linguagem nas questões práticas, é acreditar numa linguística crítica que pode fazer a diferença e ser posto a serviço do bem estar geral, da melhoria das nossas condições do dia a dia” (RAJAGOPALAN, 2003, p. 12).

Na próxima seção, apresento um breve discussão da Linguística Sistêmico - Funcional (LSF) com a qual a ADC faz interlocução.

Comentando sobre a pertinência dos estudos funcionalistas ao uso da linguagem e a orientação pela da LSF assim se pronuncia Fairclough:

Meu ponto de referência principal sobre a análise de texto é a Linguística Sistêmico Funcional (LSF), uma teoria linguística e um conjunto de métodos analíticos particularmente associados a Michael Halliday (1978, 1994), Em contraste com a tradição de Chomsky, a LSF está profundamente preocupada com a relação entre a línguas e outros elementos e aspectos da vida social, e seu ponto de vista a respeito

³⁰O termo violência simbólica “explica as produções simbólicas como instrumentos de dominação, relacionando-as com os interesses da classe dominante, como ideologias, que criam uma (falsa consciência) das classe dominadas para a legitimação da ordem estabelecida por meio das distinções (hierarquias) e para a legitimação dessas distinções. Este efeito ideológico, produ-lo” (BOURDIEU, 1998, p. 10).

da análise linguística de textos sempre é orientada ao caráter social dos textos. (FAIRCLOUGH, 2003, p. 5).

3.3 A Linguística Sistêmico-Funcional

A Linguística é funcional em dois sentidos:

É baseada na premissa de que a forma da linguagem responde às funções do uso da linguagem; e presume que a linguística, tanto quanto a linguagem, tem funções diferentes e tarefas diferentes a realizar; deste modo a forma da linguística responde às funções da linguística (FOWLER, 2004, p. 207).

O papel da Linguística como ciência não deve ser desvinculada do mundo social (MOITA LOPES, 2006) e, dessa forma, enriquecer pesquisas no âmbito da linguagem e sociedade, contribuindo para torná-la interlocutora crítica das instâncias problemáticas do discurso médico-paciente em sua práxis social.

O funcionalismo da LSF opta por uma abordagem integrativa “na qual todas as unidades e os padrões da língua são compreendidos em termos de funções” (NEVES, 2004, p. 42), o discurso é a rede total de eventos comunicativos e a gramática é tratada no seu potencial semiótico e discursivo. As diferenças entre as gramáticas formalistas e funcionais são resumidas por Halliday (1995) e adaptadas por Neves (1994, p. 115) no quadro a seguir:

Quadro - 1: Diferenças entre gramática formal e funcional.

GRAMÁTICA FORMAL	GRAMÁTICA FUNCIONAL
Orientação primariamente sintagmática	Orientação primariamente paradigmática.
Interpretação da língua como um conjunto de estruturas entre as quais podem ser estabelecidas relações regulares. Ênfase nos traços universais da língua (sintaxe como base: organização em torno da frase).	Interpretação da língua como uma rede de relações: as estruturas como interpretação das relações.
Ênfase nos traços universais da língua (sintaxe como base: organização em torno da frase).	Ênfase nos traços universais da língua (sintaxe como base: organização em torno do texto ou do discurso).

Fonte: M.A.K.Halliday (1985): *Introduction*. Adaptação de M.H. M. Neves (1994, p. 115).

Para Neves (2004, p. 13) “por gramática funcional entende-se, em geral, uma teoria da organização gramatical das línguas naturais que procura integrar-se em uma teoria global da interação social”. Na LSF, Halliday constrói uma teoria linguística de base semântica, que permite a investigação dos papéis que exercem os termos selecionados pelo

emissor ou emissora no processo de construção da realidade, seja em situações de representação do mundo ou de troca com o interlocutor.

Fowler (2004, p. 210) afirma “que a linguística funcional não só fornece a sustentação teórica para a linguística crítica como também oferece um clima de suporte intelectual e político para este trabalho.” Daí se percebe não só o caráter semiótico da linguagem, mas também o social, uma vez que, pertencendo à cultura humana e constituindo um sistema de sentidos, diz respeito às relações entre língua e estrutura social, considerando aquela como forma de interação com o outro e com o mundo.

Portanto, essa teoria vê a linguagem como um sistema sociosemiótico e baseia-se nas relações entre a língua e a estrutura social para descrever usos e variedades.

A linguística crítica insiste que todas as representações são mediadas, moldadas por sistemas de valores que estão impregnados no meio (neste caso, a linguagem) usado para a representação; a linguística crítica desafia o senso comum mostrando que algo poderia ter sido representado de outra forma, com um significado muito diferente. Não se trata, na verdade, de uma simples questão de ‘distorção’ ou ‘tendência’: não existe necessariamente nenhuma realidade verdadeira que pode ser revelada pela prática crítica, existem apenas representações relativamente variadas (FOWLER, 2004, p. 207).

3.3.1 As macrofunções da linguagem na LSF

Para Halliday (1985), três são as funções (macrofunções) que acontecem concomitantemente, para as quais a linguagem é utilizada: representar o mundo, ser um instrumento de interação e organizar a informação. Nessa perspectiva (sistêmico-funcional), as funções denominam-se respectivamente ideacional, interpessoal e textual.

A Gramática Funcional tem por objetivo fornecer ao estudioso ou estudiosa da linguagem ferramentas efetivas para a análise de textos produzidos em vários âmbitos sociais e com propósitos diversos. As três funções, ou metafunções, originam os três modos de analisar um texto: ideacional, que envolve os processos, os participantes e as circunstâncias; interpessoal, que trata o texto como se fosse um diálogo e envolve os modos de interação entre os participantes; textual, que analisa a organização da informação (HALLIDAY, 1985).

A função ideacional caracteriza a linguagem como um meio de representação do mundo. Ela encapsula a experiência humana e exerce um papel importante nas relações das pessoas com os outros seres humanos. É elemento simbólico nas relações pessoais, pois permite “construir uma imagem mental da realidade” (HALLIDAY, 1994, p. 106), a fim de

dar sentido ao que acontece externa e internamente ao sujeito. A função ideacional ou experiencial da linguagem é responsável pela representação do mundo através da linguagem.

A função ideacional da linguagem no evento comunicativo organiza a maneira que melhor expressa os sentidos que se pretende dar ao que se está falando/escrevendo. Para tal, faz uso de categorias como transitividade e relações lógicas.

A função interpessoal demonstra a interação entre os participantes no ato comunicativo, mantendo os papéis sociais. Essa função, trata dos usos da língua como *ação*, para expressar relações sociais e pessoais: está presente em todos os usos da linguagem, assim como *a função ideacional*.

A função *textual* é identificada através do canal de comunicação, da coesão e da coerência textuais e dos aspectos semânticos, gramaticais, estruturais, que devem ser analisados no texto com vistas ao fator funcional.

Atribuir função interpessoal é dar-se conta do ‘fazer com a linguagem’, ou seja, do papel que as palavras exercem em um evento comunicativo. A linguagem, nesta perspectiva, é vista como ação, em que os sentidos promovem a interação social e os papéis dos falantes são determinados por condições particulares, sejam elas sociais, econômicas, profissionais ou outras (HALLIDAY, 1985).

3.3.2 Recontextualização das macrofunções da LSF pela ADC

Fairclough (2003) propõe uma articulação entre as macrofunções de Halliday e os conceitos de gênero, discurso e estilo, e sugere no lugar das funções da linguagem, três principais tipos de significado: o significado acional, o significado representacional e o significado identificacional. Fairclough operacionaliza a cisão da função interpessoal de Halliday em duas funções separadas: a função identitária e a função relacional.

Segundo Resende e Ramalho (2006, p. 58), a justificativa apresentada para essa modificação na teoria de Halliday está relacionada à importância do discurso no que concerne às relações de poder, à reprodução e à mudança social não captadas pelas funções apresentadas por Halliday, pois a função de identidade é marginalizada como aspecto menor da função interpessoal.

“A função identitária relaciona-se aos modos pelos quais as identidades sociais são estabelecidas no discurso; a função relacional, por sua vez, refere-se a como as relações sociais entre os participantes do discurso são representadas e negociadas” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 92). Fairclough operou essa articulação tendo como ponto de partida não as

macrofunções tal como postuladas por Halliday (as funções ideacional, interpessoal e textual), mas a sua própria modificação anterior da teoria, ou seja, as funções relacional, ideacional e identitária.

“Quanto à função textual, incorpora-a ao significado acional, pois não distingue uma função textual separada, e sim incorporada à ação” (RESENDE e RAMALHO, 2006, p. 60). Portanto, os principais tipos de significação textual são: ação, representação e identificação, “e focalizar a análise de textos na interação de ação, representação e identificação traz uma perspectiva social para o âmago do texto, para o seu mais afinado detalhe” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27).

O significado acional (ação) focaliza o texto como modo de interação em eventos sociais e se aproxima da função interpessoal, pois a ação legitima/questiona relações sociais.

O significado representacional enfatiza a representação de aspectos do mundo em suas estruturas complexas, física, mental e social. Em textos, corresponde à função ideacional de Halliday.

O significado identificacional refere-se à construção e à negociação de identidades no discurso e se relaciona à função identitária.

O desenvolvimento multifuncional da linguagem é ilustrado de acordo com Resende e Ramalho (2006) da seguinte forma:

Quadro - 2: Desenvolvimento multifuncional da linguagem.

LSF (Halliday, 1985)	ADC (Fairclough, 2001)	ADC (Fairclough, 2003)
F. Ideacional	F. Ideacional	S. Representacional
F. interpessoal	F. Identitária	S. Identificacional
	F. Relacional	
F. Textual	F. Textual	S. Acional

Fonte: Resende e Ramalho (2006, p.60-61).

A função identitária da linguagem relaciona-se aos modos pelos quais as identidades sociais são estabelecidas no discurso; já a função relacional, por sua vez, refere-se a como as relações sociais entre os participantes do discurso são representadas e negociadas (FAIRCLOUGH, 2003).

Há uma correspondência entre ação e gêneros, representação e discursos, identificação e estilos. Gêneros, discursos e estilos são, na ordem discursiva, meios

relativamente estáveis e duráveis de agir, representar e identificar. São tidos como elementos de ordens do discurso no nível da prática social.

A função textual não é separada separadamente da função interpessoal de Halliday, e esta é incorporada como Ação. Os três significados são diferentes, mas não são distintos: todos os três podem ser vistos em termos de relação envolvendo as pessoas, relações com o conhecimento, com os outros (FAIRCLOUGH, 2003).

Fairclough - ao recontextualizar as macrofunções da linguagem de Halliday - incorpora os conceitos de gênero (modos de agir: por meio da fala ou da escrita), discursos (modos de representar: que sempre são práticas das práticas sociais - representações do mundo material, de outras práticas sociais, representações próprias reflexivas da prática) e estilos (modo de ser, identidades sociais ou pessoais particulares) (FAIRCLOUGH, 2003).

Textos são multifuncionais e conectados ao mundo físico, social e mental. Por isso Fairclough afirma que têm significações, e não funções: os principais tipos de significação textual são: Ação, (aproxima-se da função interpessoal - relações sociais) Representação (corresponde a função ideacional de Halliday) e Identificação (FAIRCLOUGH, 2003).

3.3.3 Ação, representação e identificação

O estudo das identidades é de importância fundamental para a compreensão das relações de poder, reprodução e mudança social. Essa é uma reflexão que vem trazer ao campo epistemológico da ADC o seu caráter reflexivo, gerativo das possibilidades de questionamentos e transformações de práticas sociais mais integradas à dinâmica social, longe de um abstracionismo apenas filosófico.

Quanto à análise discursiva, importa considerar como agir, representar e identificar são estabilizados na vida social, ou seja, na ordem do discurso. Por isso a análise textual deve realizar duas tarefas interconectadas:

- (a) olhando-as em termos dos três aspectos do significado: Ação, Representação e Identificação e como são realizados nos diferentes traços de textos (vocabulário, gramática etc.); (b) estabelecendo a ligação entre o evento social concreto e a prática social mais abstrata ao perguntar que gêneros, discursos e estilos estão ali delineados, e como os diferentes gêneros, discursos e estilos se articulam no texto) (FAIRCLOUGH, 2003, p.29).

A análise textual relaciona-se às estruturas sociais, políticas (macroanálise) integradas à análise interna do texto (microanálise linguística), que compreende relações semânticas, gramaticais, de vocabulário, fonológicas. O nível do discurso, é que as relações entre gêneros, discursos, e estilos são analisadas (FAIRCLOUGH, 2003).

A compreensão do sujeito em interação à rede complexa de estratos semióticos é parte integrante e irredutível do social. A Figura descreve os níveis da linguagem como sistema semiótico permeado pelas estruturas sociais, práticas sociais e eventos sociais:

Figura - 3: Níveis da linguagem

Nível do social	Níveis da linguagem
Estrutura social>>>>	Sistema semiótico
Práticas sociais>>>>	Ordens do discurso
Eventos sociais>>>>	Textos

Fonte: Fairclough (2003, p.24).

No gradiente decrescente, a linguagem como sistema semiótico – com sua rede de opções lexicogramaticais. No nível intermediário das práticas sociais, a linguagem como ordens do discurso, que são combinações particulares de gêneros, discursos e estilos, que constituem o aspecto discursivo de redes de práticas sociais. No nível mais concreto dos eventos, o texto (FAIRCLOUGH, 2003).

O conceito de discurso adotado por Fairclough considera:

O uso da linguagem como forma de prática social e não uma atividade puramente individual ou reflexo de variáveis situacionais o que implica ser o discurso um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação (FAIRCLOUGH, 2001, p. 90-91).

Para compreender a complexidade da constituição do discurso e sua conexão inerente com as estruturas sociais, Fairclough distingue três aspectos construtivos do discurso:

1. O discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também relações, identidades, instituições que lhe são subjacentes;
2. O discurso contribui para construir as relações sociais entre as pessoas;
3. O discurso contribui para a construção de sistemas de conhecimentos e crença (FAIRCLOUGH, 2001, p. 91).

Esses aspectos correspondem respectivamente a três funções da linguagem que interagem e coexistem em todo discurso: identitária, relacional e ideacional (FAIRCLOUGH, 2001, p. 92).

O discurso médico na interação entre médicos e pacientes no evento parto identifica, através da análise discursiva, a operacionalização das três funções da linguagem representadas no texto entre eventos sociais e práticas sociais: agir, (função relacional); representar (função ideacional) e estudar as identidades (função identitária) desse evento discursivo é coerente com o objeto de estudo da ADC.

Para a análise dos textos dessa tese é preciso enfatizar o multifuncionalidade dos textos, relacionando-os com o que há de mais amplo no mundo material e sua rede interdinâmica de eventos sobre os quais as três funções da linguagem: ação, representação e identificação estão conectadas (FAIRCLOUGH, 2003).

Para a análise dos textos desta tese é preciso enfatizar a multifuncionalidade dos textos e a relação do texto com o evento, “com o que há de mais amplo no mundo físico e social, e com as pessoas envolvidas no evento”. Como vimos anteriormente, a ADC recontextualiza as três funções da linguagem de Halliday: transformou as funções ideacional, interpessoal e textual em significados “Os principais tipos de significação textual são: ação, representação e identificação” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27).

3.3.4 Significado acional (maneiras de ação) e gêneros

Gêneros constituem “o aspecto especificamente discursivo de maneiras de ação e interação no decorrer dos eventos sociais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 65). Quando se analisa um texto sob a perspectiva de gênero “o objetivo é examinar como o texto figura na (inter)ação social e como ela contribui para a interação em eventos sociais concretos” (RESENDE; RAMALHO, 2006, p. 62).

A ADC concebe gêneros tanto do ponto de vista linguístico como do ponto de vista não linguístico, como elementos importantes para a sustentação de estrutura institucional da sociedade dentro da complexa rede de práticas sociais. Os gêneros modelam o mundo, ativam e criam cognições sociais, elaboram e “inculcam” valores, crenças, sentimentos, e determinam práticas institucionais políticas e científicas (FAIRCLOUGH, 2003). Contudo, a perspectiva da tradição dentro da linguística é identificar os processos de constituição e estabilidades de gêneros com uma estrutura rígida e estática que modela textos e suas retóricas estabilizadas.

Gêneros situados “é um tipo de linguagem usado na performance de uma prática social particular”, como a entrevista, os relatos, o fazer partejar (os rituais ou as tecnologias médicas no parto).

Gêneros para a ADC são ‘a faceta regulatória do discurso’ e interpretar o evento parto como um gênero discursivo situado no contexto de uma maternidade pública nos compele a entender a dialética entre estrutura e ação. Essa “regulação pode ser questionada e, então, a mudança discursiva aparece como uma faceta especificamente discursiva de lutas hegemônicas” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 56), considerando principalmente, o contexto sobre o qual mulheres em situação de vulnerabilidade social estão situadas. Chegam ao hospital em intenso sofrimento, sem escolhas³¹, ‘de não sofrer’; entregam-se aos domínios tecnológicos ‘obscuros’, desconhecidos; padecem e contam com ‘a graça de Deus’, a ‘boa sorte’ ou são tragadas pela fatalidade, as complicações obstétricas, e às vezes tragadas pela morte, ‘apenas uma fatalidade’.

3.3.5 *Significado representacional*

O significado representacional de textos é relacionado ao conceito de discurso como modo de representação de aspectos do mundo: os processos; relações e estruturas do mundo material; o mundo mental dos pensamentos; sentimentos; crenças ; o mundo social e a representação é a “substância discursiva” usada em diferentes perspectivas - com o significado de linguagem ou outros tipos de semioses como elemento da vida social - e figura com expressões corporais ao constituir modos particulares de ser, identidades sociais ou pessoais particulares (estilo) (FAIRCLOUGH, 2003).

Discursos não apenas representam o mundo como ele é percebido, produzido pelos atores sociais. Os discursos recriam utopias, desnaturalizam conceitos estabelecidos e modulam as relações sociais, muitas destas em zona de conflito e tensões psicológicas, políticas, econômicas. Enfim, a dimensão humana na historicidade, fluxos, refluxos, mudanças, transformações é veiculada pelos discursos.

Para estudar as representações dos discursos a ADC conta com abordagem discursivo dialético-explanatória *transdisciplinar* no nível do debate teórico e epistemológico crítico (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999) e no nível linguístico, a interdiscursividade

³¹ Escolher entre ter um parto normal e um cesariano é um divisor de águas no entendimento de muitas mulheres sobre sofrer ou não sofrer. Concebe-se dessa forma nesse senso comum e legitimado pela prática obstétrica muito forte no Brasil, que o parto cesariano por ser mais ‘rápido’, ‘agendado’, ‘seguro’ é a ‘melhor opção’ para evitar que mulheres padeçam longas horas do período fisiológico da parturição.

(análise interdiscursiva de um texto relacionado à identificação dos discursos articulados e da maneira como são articulados).

As representações também podem ser analisadas pela metáfora e a oração como representação de acordo com Halliday (1985). Elementos do período simples: processos, participantes e circunstâncias. Exclusão ou inclusão dos elementos nos eventos sociais de acordo com a Teoria dos Atores Sociais (VAN LEEUWEEN, 1997). A análise linguística não é apenas a análise da linguagem como estrutura (sistema semiótico), tampouco apenas como evento (o texto), mas também como prática social (ordens do discurso). Uma ordem do discurso “é a organização social e variação linguística” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 24).

Uma ordem de discurso é uma rede de práticas sociais no aspecto linguístico (da língua). Os elementos de ordens de discurso não são coisas com nomes, sentenças (elementos de estruturas linguísticas), mas discursos, gêneros e estilos. Esses elementos selecionam certas possibilidades definidas pelas línguas e excluem outros, pois eles controlam a variabilidade linguística para certas áreas da vida social (FAIRCLOUGH, 2003).

O espaço da ordem do discurso é o espaço da verdade, do saber e do poder que apoia-se numa base institucional legitimada por um rede complexa de práticas sociais e disciplinares dispostas na sociedade. Em todas as sociedades a produção de discursos é regulada, selecionada, organizada e redistribuída, conjugando poderes e perigos condicionados a sua valoração. “E creio, que esta vontade de verdade, por fim, apoiando-se numa base e numa distribuição institucionais, tende a exercer sobre os outros discursos – uma espécie de pressão e certo poder de constrangimento” (FOUCAULT, 1996, p. 6).

Outra abordagem teórica dentro da Teoria Social do Discurso de Fairclough (2001) é sobre os significados das palavras, um tema relevante na teoria envolvendo questões relacionadas às ideologias que carregam. A seguir, resenho alguns aspectos do debate que merecerá desta tese uma importante reflexão sobre o significado da palavra.

3.3.6 Significado identificacional e estilo

O significado identificacional diz respeito à constituição de identidades e está relacionada ao conceito de estilo. A identificação é compreendida como um processo dialético em que discursos são “inculcados” em identidades, uma vez que a identificação pressupõe a representação, em termos de presunções, acerca do que se é (FAIRCLOUGH, 2003).

A construção da identidade é um tema complexo sobre a qual convergem várias teorias no campo das Ciências Sociais, Antropologia e Psicologia. Entendê-la como um

fenômeno constitutivo é relacionar as influências do macro contexto global histórico sob os quais estamos envolvidos. Como um processo constitutivo reflete as nuances e contínuas modalidades e plasticidades de um mundo em fluxo, susceptível de conformações semióticas, ideológicas, que ativam o campo discursivo e dialeticamente organizam a interface cognitiva com a carga simbólica (sistemas de conhecimentos que representam múltiplas fontes de autoridade) - os contextos institucionais em meio a uma enigmática diversidade de opções e possibilidades (GIDDENS, 2002, p. 11).

Para Castells (1999, p. 17), “nosso mundo, e nossa vida, vêm sendo moldadas pelas tendências conflitantes da globalização e da identidade”. O autor argumenta que a construção da identidade sempre ocorre em um contexto de poder e, dessa forma, propõe uma distinção entre três formas e origens de construção de identidades:

Identidade legitimadora: introduzida pelas instituições dominantes da sociedade no intuito de expandir e racionalizar sua dominação em relação aos atores sociais.

Identidade de resistência: criada por atores que se encontram em posições/condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas pela lógica da dominação, construindo, assim, trincheiras de resistência e sobrevivência.

Identidade de projeto: quando os atores sociais, utilizando-se de qualquer tipo de material cultural ao seu alcance, constroem uma nova identidade capaz de redefinir sua posição na sociedade. (CASTELLS, 1990, p. 24).

O modo como Castells apresenta as identidades serve como forma de categorização didático-pedagógica. Penso que as marcas identitárias são complexas e situam-se para além do enquadro proposto. Os discursos são os modos particulares de representar e, por fim, identificam a si mesmos, aos outros e a aspectos do mundo por meio de estilos - tipos de linguagem usados por uma categoria particular de pessoas e relacionados a sua identidade -, e essa maneira acionam a linguagem na vida social, ligam-se, por sua vez, a três principais significados do discurso: acional, representacional e identificacional (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 63).

Os processos identitários são constituídos no interior de práticas de linguagem. No evento parto, as práticas de linguagem têm poderes gerativos na apresentação de identidades que chamo de identidades e denomino de identidade transitórias de mulheres, em oposição às identidades de médicos e médicos em práticas recorrentes do ritual do parto, que se apresentam com marcas de estabilidade do agir profissional médico obstétrico.

Nesse sentido, o estrato semiótico é parte integrante e irreduzível do mundo e da vida social, uma vez que mantém relações simultâneas de articulação e internalização com os demais estratos, incorporando-os e, também, modificando-os. Podemos dizer que a linguagem

como sistema semiótico, com seus mecanismos e poderes gerativos, têm efeitos nas práticas e eventos sociais. Isso significa, conforme Fairclough (2003), que a linguagem se faz presente em todos os níveis do social.

Quando chegamos aos textos como elementos de eventos sociais, a ‘superdeterminação’ da linguagem por outros elementos sociais torna-se massiva: textos não são apenas efeitos de estruturas linguísticas e de ordens de discurso, são também efeitos de outras estruturas sociais, e de práticas sociais em todos os seus aspectos, de maneira que se torna difícil separar os fatores que modelam textos (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

3.3.7 Teoria Crítica do Discurso e Texto

Magalhães considera que são conceitos centrais na teoria crítica do discurso os conceitos de prática social, evento social, gênero discursivo e texto.

É no nível do discurso que “as relações entre gênero, discursos, e estilos são analisadas” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27).

Quando chegamos aos textos como elementos dos eventos sociais, a superdeterminação da linguagem por outros elementos sociais torna-se massiva: os textos não são apenas efeitos de estruturas linguísticas e de ordens do discurso, são também efeitos de outras estruturas sociais, e de práticas sociais em todos os seus aspectos, de maneira que se torna difícil separar os fatores que modelam textos (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

Fairclough (2003) utiliza-se de uma categoria foucaultiana ordem do discurso (uma categoria não puramente linguística) e incorpora-a à ADC sob nova contextualização dentro da sua teoria linguística, como um processo que organiza e controla a variação linguística e os seus elementos (discursos, gêneros e estilos). São correspondentemente categorias não puramente linguísticas, mas que fazem o corte através da divisão entre linguagem e “não linguagem”, entre o discursivo e o não discursivo.

3.3.8 Análise de Discurso Textualmente Orientada – (ADTO)

A análise de discurso textualmente orientada (ADTO) é uma proposta de compreensão das práticas sociais na concepção dialética do discurso, envolvendo gêneros discursivos e a construção de sentidos nos textos: ações (gêneros), representações (discursos), identificações (estilos) (MAGALHÃES, 2004)

No âmbito da ADC Fairclough desenvolve uma metodologia de análise textual denominada Análise de Discurso Textualmente Orientada – ADTO. como uma abordagem adequada à análise desses processos sociais, significa uma importante contribuição da linguística para o estudo das práticas sociais tais como proposta analítica da Teoria Crítica do Discurso e o estabelecimento com dois fortes campos de estudos: de um lado, a Teoria Social Crítica e a Linguística Sistêmico Funcional (MAGALHÃES, 2004, p.113).

Textos exercem poder, forças sobre as pessoas, ativam cognições, estabilizam campos discursivos ideológicos, desencadeiam comportamentos sociopolíticos e podem também transformar. As mudanças sociais são possíveis no campo social pelos discursos, pelas representações, o problema é que tipo de mudança ocorre (FAIRCLOUGH, 1989 *apud* MAGALHÃES, 2004).

Portanto, o investimento analítico não é uma questão exclusivamente gramatical, e alcança questões epistemológicas da Linguística, como campo disciplinar em transição diante dos novos debates contemporâneos, que requerem novas teorizações a aberturas como afirma Moita Lopes:

Para ir além da tradição, e para tal, são necessárias teorizações que dialoguem com o mundo contemporâneo, com as práticas sociais que as pessoas vivem como também desenhos de pesquisa que considerem os interesses das pessoas pelas quais o cientista da linguagem fala porque fala e para quem fala, e que retorno a pesquisa poderá trazer para suas vidas e apontar caminhos. (MOITA LOPES, 2006, p. 23).

O discurso médico-paciente é parte de eventos sociais moldados por poderes causais das estruturas sociais e práticas sociais (incluindo ordens do discurso) de um lado, e agentes sociais de outro, bem como de ação e relação social, representação e identificação, que correspondem às categorias de especificidades no nível das práticas sociais. O discurso médico-paciente congrega agentes sociais socialmente restritos e os agentes têm poderes causais, que não são reduzíveis aos poderes das estruturas e práticas sociais. Agentes sociais tecem textos, configuram relações entre elementos de texto. Daí o caráter da relação dialética (ADORNO; HORKHEIMER, 2006) buscar reatualizar a ordem discursiva que se desfaz, ou se dilui, ou refaz-se diante dos poderes e práticas consensuadas pelos agentes do poder – saber (FAIRCLOUGH, 2003).

Para Brandão (2004), o discurso é um dos lugares em que a ideologia se manifesta, isto é, toma forma material, torna-se concreta por meio da língua. Daí a importância de outro elemento fundamental com que a ADC trabalha: o de formação

ideológica. O discurso é o espaço em que saber e poder se articulam, pois quem fala, fala de algum lugar, a partir de um direito que lhe é reconhecido socialmente.

Nos discursos produzidos pelo sujeito, naquilo que foi dito ou foi silenciado, está toda a sua história social, cultural, seu sistema de valores, as relações de interação, intercâmbio e também as relações de oposição, as polêmicas e os antagonismos estabelecidos (BAKHTIN, 2008), enfim, as relações de poder, de dominação, de alianças, de apagamentos.

A Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO) é um campo epistemológico abrigado nos estudos críticos do discurso, que respondem metodologicamente para desnaturalizar discursos disfarçados em ideologias, as mais diversas, que incidem em práticas sociais abusivas.

A proposta de Análise Crítica defendida por Fairclough (2003) e Magalhães (2004) incide ao objeto discursivo a perspectiva dialética, “considera a prática e o evento contraditórios e em luta, com uma relação complexa e variável com as estruturas, as quais manifestam apenas uma fixidez temporária, parcial, e contraditória” de acordo com Fairclough (2001, p. 94), alcançando uma ‘perspectiva dialógica’ (BAKHTIN, 2003) com o campo disciplinar das Ciências Sociais, e as teorias críticas do discurso, por serem fecundos escopos de proposições que são discutidas para além da Linguística. E, desse diálogo, é possível prosseguir o debate para o esclarecimento de fenômenos sociais que extrapolam os limites de uma análise puramente linguística.

A prática discursiva manifesta-se em forma linguística, na forma do que refiro como textos, usando “texto” no sentido amplo de (HALLIDAY, 1978) linguagem falada e escrita. A prática social (política e ideológica, etc.) é uma dimensão do evento discursivo, da mesma forma que o texto (FAIRCLOUGH, 2001, p. 99).

Rajagolapn (1998) avança muito mais ao desconstruir os modos cientificistas exclusivos de identificar a validade de dados subjetivos predominantes no ocidente. Sua análise crítica sobre os fundamentos positivistas hegemônicos estão muito bem situados nas leituras de Thomas Kuhn, (*Rupturas de paradigmas e A crise da ciência*, 1978); Nietzsche, (*O desmonte epistemológico e filosófico do ocidente*, 1978); Derrida, (para além e a partir do signo e sua vasta produção ‘desconstrucionista em “*Ética da desconstrução*”, 2000) e Deleuze (*Construir o mundo a partir das possibilidades*, 1998). Nossa velha ciência, ao olhar desses nomes, caduca diante da complexidade do humano.

Para Rajagolapan é preciso “trabalhar as instabilidades”, reconceitualizando no devir heraclítico essa categoria fugida, surpreendente, às vezes imprevisível, que se

reelaboram nas contingências históricas da vida social. A ciência aqui é vista se reorganizando a cada circunstância, reconfigurando-se aberta ao diálogo, aos contatos e suas produções de verdades, verdades nascidas no devir e não produzidas apenas nas relações causais não identificadas nas concepções mecanicistas de ver e criar as verdades, suas racionalidades e suas taxonomias descritivas através “de uma monocultura do saber e do rigor” (SANTOS, 2011, p. 29).

O discurso médico-paciente é parte de eventos sociais moldados por poderes contingenciais das estruturas sociais e práticas sociais (incluindo ordens do discurso) de um lado, e agentes sociais de outro. Ação e relação social, representação e identificação, que correspondem às categorias de especificidades no nível das práticas sociais. O discurso médico-paciente congrega agentes sociais restritos e os agentes têm poderes causais, que não são reduzíveis aos poderes das estruturas e práticas sociais. Agentes sociais tecem textos, configuram relações entre elementos de texto. Daí o caráter da relação dialética, que busca reatualizar a ordem discursiva que se desfaz, ou se dilui, ou refaz-se diante dos poderes e práticas consensuadas pelos agentes do poder – saber (FAIRCLOUGH, 2003). O discurso é o espaço em que saber e poder se articulam, pois quem fala, fala de algum lugar, a partir de um direito que lhe é reconhecido socialmente. Nos discursos produzidos, naquilo que foi dito ou foi silenciado, está toda a história social, cultural, o sistema de valores, as relações de interação, intercâmbio e também as relações de oposição, as polêmicas e os antagonismos estabelecidos (BAKHTIN, 2008), enfim, as relações de poder, de dominação, de alianças, de apagamentos (MAGALHÃES, 2009).

3.4 Realismo Crítico e um conhecimento ontológico do mundo

O estabelecimento de um domínio seguro sobre o conhecimento da realidade tem motivado os homens desde os primeiros *physicos*, os pré-socráticos³² - que tentam explicar o conhecimento do mundo – e, mais recentemente, a grande revolução do Realismo Clássico Racionalista por Descartes³³ no *Discurso do método 1637* [1985] até Wittgenstein, no

³² Um dos aspectos mais fundamentais do saber que se constitui nessas primeiras escolas dos pré-socráticos “é seu caráter crítico. Isto é, as teorias a formuladas não o eram de forma dogmática, não eram apresentadas como verdades absolutas e definitivas, mas como passíveis de serem discutidas, de suscitarem divergências e discordâncias, de permitirem formulações e propostas alternativas. Como se trata de construções do pensamento humano, de ideias de um filósofo – e não de verdades reveladas, de caráter divino ou sobrenatural -, estão sempre abertas à discussão, à reformulação, a correções.” (MARCONDES, 2008, p. 27).

³³“Descartes juntamente com os empiristas ingleses inaugura o pensamento moderno ocidental relacionada à ruptura com a tradição. O sujeito pensante “penso, logo, existo”, “entra em cena”, a autoridade da obra impondo-

Tractatus Logico-Philosophicus, (1922) e depois nas *Investigações filosóficas* (1984), a filosofia do conhecimento e a crítica do conhecimento tem procurado estabelecer, a salvo da negação céptica (HUME, 2001) os dados do mundo real, uma teoria do conhecimento ontológico do mundo (CHAUÍ, 2002).

O Realismo Crítico e ontológico de Kant (1974), Hume (2001), Lucáks (1991; 2010) e Bhaskar (1978; 1986; 1989 e 1998) é a convergência epistemológica de uma ontologia crítica do ser social, uma compreensão do humano para analisar fenômenos da vida social, que prescindem de uma abordagem crítica dos eventos sociais que definem as formas e institucionalizações de discursos e práticas sociais.

Kant (1974) inicia sua construção epistemológica crítica a partir das leituras de Hume (2001)³⁴, o filósofo que irá discutir as bases cépticas do pensamento crítico sobre os fenômenos e a realidade do mundo. A partir de Kant as ambições humanas - tais como as possibilidades de conhecer, transformação e mudanças da realidade social - serão marcadas em suas famosas ‘*críticas*’: moral, ética, política e conhecimento do mundo.

Com Marx, o criticismo recontextualiza-se no *materialismo histórico* ou o conhecimento do mundo (sociedade) e na esfera do empírico (relações de produção do capital). As coisas, os fenômenos sociais, políticos, instituições e práticas sociais são produzidas sob concepções ontológicas do capital, afetando a condição humana pela exploração. O mundo ocidental a partir das discussões marxistas recria inúmeras epistemologias críticas quer nas Artes, Literatura, Política, Ciência, Filosofia, Psicanálise, etc. O criticismo marxista destaca-se como o mais comentado processo filosófico, que gera no mundo novas posições de enfrentamento para lidar com o conhecimento da justiça social. Nesse sentido, ‘Marx é o grande analista do discurso crítico da modernidade’ (FAIRCLOUGH, 2006).

Lucáks e Bhaskar irão fazer leituras com muitas convergências filosóficas sobre as questões magnas da humanidade. Fairclough escolheu dialogar com o patricio britânico Roy Bhaskar e estabeleceu um diálogo consistente para ancorar as discussões da linguagem e sociedade sob uma perspectiva filosófica, científica e metodológica do realismo crítico para os estudos críticos do discurso. Bhaskar - tal como Kant - é céptico em considerar o conhecimento científico como certeza definitiva, introduzindo à sua filosofia “a concepção

se não mais ela escola que pertence ou pela tradição que se filia, mas pelo testemunho de seu autor” (MARCONDES, 2008, p. 165).

³⁴ Hume (1711-76) foi o mais polêmico filósofo empirista fiel ao posicionamento céptico. É o autor que segundo Kant o despertara do sono dogmático.

moderna dos limites do conhecimento, e da razão humana” (MARCONDES, 2008, p. 177), desenvolvida em toda a obra kantiana.

O pensamento de Roy Bhaskar é centrado num engajamento intelectual e político para a mudança de estruturas sociais, que são responsáveis pelas práticas das injustiças sociais. E o debate não fica apenas em questionamentos filosóficos estéreis. O interessante é ter tornado sua filosofia um instrumento metodológico, uma filosofia crítica da ciência e nos moldes kantianos, dialogando juízos éticos, morais e científicos, defendendo a ontologia da dignidade humana que em nenhuma circunstância deverá ser apagada ou negada por ontologias que essencializam e universalizam práticas abusivas de opressão e poder. Uma ontologia que dá conta do saber, naquilo que a sociedade legitima, valoriza, motiva e infunde o agir humano, ativa as representações objetivas - cognição, discutida no âmbito do realismo crítico (FAIRCLOUGH; JESSOP; SAYER, 2004).

O conhecimento ontológico do mundo é mais uma proposta, que se junta à ambição humana de identificar as estruturas *causais*, que geram as interações e práticas da vida social. O conhecimento ontológico procura superar as distorções e assimetrias de interpretações e explicações das estruturas sociais, sob as diversas concepções teóricas geradoras das verdades que se materializam nas concepções científicas biológicas, antropológicas, linguísticas, filosóficas etc.

O esforço do Realismo Crítico questiona as crenças científicas que estabelecem determinismos unívocos que absolutizam os poderes causais, por exemplo, das leis biológicas ou sociológicas, tirando a eficácia dos outros complexos da vida social, permeando as contingências históricas.

Ontologias sociais é um labirinto de diversidades, heterogeneidades das categorias de possibilidades, de *causalidades*, e não há como conceber uma visão monolítica que justifique práticas sociais designadoras que não prescindam de uma avaliação crítica (LUKÁCS, 1981, 2010).

O Realismo Crítico não reduz a realidade à sua compreensão cognitiva, àquilo que é nela mensurável e redutível a termos lógicos (HUME, 2001). Para além do estabelecido como verdade há um mundo acobertado de outras esferas de produção, que nem sempre são acessíveis ao conhecimento.

Wittgenstein afirma fundamentalmente a impossibilidade de considerar o sujeito humano isolado, pois sempre o encontramos num interior de um contexto linguístico – o que pressupõe, ou a comunidade de falantes wittgensteiniana, ou então uma situação dialógica onde a compreensão mútua implica a verdade da maior parte das asserções proferidas (MONTEIRO, 2006, p. 13).

O acesso às estruturas causais e complexas da vida social não deve ser sustentado no nível superficial das evidências da verdade experienciada pelos sentidos cognitivos do ser humano e suas constatações teóricas.

O realismo ingênuo declara ao longo da história humana justificativa convincente e proposições que não podem e nem devem ser contestadas, que determinam mecanismos destrutivos e que encontram no solo científico razões lógicas em nome de ideologias e marcas políticas, já que a história de ontem e de hoje nos faz protagonistas. Uma ontologia do Realismo Crítico dá conta de uma reflexão de conjunto em contraposição aos principais componentes da vida da sociedade, como Economia, Arte, Estética, Literatura, Direito, Religião, Filosofia, Ciência, que são as instituições humanas catalisadoras e *determinantes* de práticas sociais.

A Ontologia Crítica (KANT, 1974; MARX, 1988), desdobrada com as leituras críticas da Escola de Frankfurt e mais recentemente o pensamento de Roy Bhaskar, tem como fundamento uma teoria dialética da gênese *causal* dos valores que podem estar ocultos por estruturas outras, que correm o risco de naturalizarem-se e permanecerem opacas, dissociando-se das efetivas necessidades de afirmações e potencializações de seus valores, sobrepostos e rejeitados por outras instituições.

Na filosofia de Bhaskar, o mundo é um sistema aberto, em constante mudança e constituído por diferentes domínios (potencial realizado e empírico), assim como por diferentes estratos. Os estratos – físico, biológico, social, semiótico etc. – possuem estruturas distintas e mecanismos gerativos que se situam no domínio do potencial, ou seja, do que pode ou não ser ativado (RESENDE, 2011, p. 32).

A ontologia estratificada do Realismo Crítico sustenta a existência de três domínios da realidade: *potencial*, *realizado* e *empírico* (BASKAR, 1998, p. 41).

O domínio *potencial* está relacionado aos fenômenos, quaisquer que sejam, social, biológico, político, etc., e que podem ser modificados (SAYER, 2000, p. 9). Por exemplo, o sofrimento das mulheres no parto é um fenômeno do domínio *potencial*, que pode desencadear outra forma de atendimento (fenômeno *ativado*) (SAYER, 2000, p. 9), debatidos com algumas questões protocolares problemáticas desenvolvidas no atendimento médico-obstetra, sem os martírios comuns nas esferas de opressão, pobreza, desigualdades sociais.

O domínio *realizado* (significados) é o domínio dos eventos “que passam ou não pela nossa experiência, textos orais, escritos, visuais, multimodais” (RESENDE, 2011, p. 34). No contexto hipersemiotizado das mídias globais na comunicação contemporânea (KRESS;

VAN LEEUWEN, 2001) muitas das práticas sociais são ativadas, ou reificadas, nas relações de poder que tão bem caracteriza as práticas discursivas do mundo capitalista.

O cerne crítico está em superar as formas reificadas do sujeito e a rigidez e a impenetrabilidade – do mesmo modo reificadas – de seus objetos, práticas sociais incontestes. É evidente que significados, valores e crenças de uma ontologia, subjacente a um domínio cognitivo (VAN DIJK, 2010), podem ser apreendidos em nuances complexas dessas relações *causais* (MONTEIRO, 2006). As questões de gênero, os sofrimentos de mulheres, as diversas mulheres e seus estereótipos ativados cognitivamente por mulheres e homens, ciência e sociedade em práticas de linguagem³⁵, naturalizam muitas das injustiças e assimetrias como lógicas irrefutáveis, justificadas pela ciência (obstetrícia, por exemplo, e o parto vaginal com dor), pela religião, (Gênesis, o Livro da Criação determina a dor das mulheres), entre tantas outras instituições, modelos civilizatórios e suas razões e verdades.

O Realismo Crítico na filosofia de Bhaskar (1978; 1986; 1989; 1998) foi adotado pela ADC como uma epistemologia responsiva ao diálogo linguagem e sociedade. Dessa forma sua interlocução com a ADC contempla reflexões no contexto das práticas sociais nas fronteiras abertas da Linguística e sua relação com a Teoria Social Crítica, fundamental para a compreensão da ADC e sua configuração como prática teórica crítica (RESENDE, 2009). Constitui-se, ainda, de caráter responsivo às demandas científicas e metodológicas tanto na abordagem crítica dos problemas sociais, como propostas de contribuição para sujeitos envolvidos³⁶.

Esta é uma questão fundamental de interlocução da ADC com o Realismo Crítico, considerando que o embasamento desse aporte teórico torna explícito que os conhecimentos e conceitos dados (visíveis ou invisíveis), que existem e operam linguisticamente no mundo, podem ser instrumentos de estabelecimento de inúmeras situações conflitantes, adversas, opressoras, que devem ser questionadas ou transformadas no mundo.

Nesse sentido, esta tese trará contribuições teóricas que confirmam a importância da ADC à conexão com o Realismo Crítico, pois o papel da pesquisa relaciona compreensão

³⁵ “Os contextos são construtos subjetivos dos participantes e também da conta da unicidade de cada texto ou conversa (ou de seus fragmentos), bem como da base comum e das representações sociais compartilhadas pelos falantes, na medida em que são aplicadas em sua definição da situação que chamamos contexto” (VAN DIJK, 2012, p. 11).

³⁶ Resende (2008) em sua Tese de doutoramento desenvolveu junto ao movimento nacional de meninos e meninas de rua discussões em oficinas, grupos de trabalho, reuniões, debates sobre os dados gerados na pesquisa etnográfica com os protagonistas do movimento, oferecendo uma grande contribuição junto aos participantes para que pudessem resgatar o protagonismo de seus interesses sociais e coletivos. Uma pesquisa etnográfica-ação, notável pelo caráter de transformar as cognições e ideais do grupo que estavam ‘silenciadas’, opacificadas’ pelas contingências políticas, que contribuíram para silenciar o caráter de luta e engajamento político dos jovens.

ontológica da sociedade, (práticas sociais) e do discurso para que as propostas de reflexão epistemológicas favoreçam o debate de aspectos problemáticos constitutivos do discurso médico-paciente, procurando discernir as conexões entre linguagem e outros elementos da vida social opacificadas, ‘invisíveis’, ‘reificadas’, ‘apassivadas’ (THOMPSON, 1995), tais como o papel da linguagem nas relações de poder e dominação do discurso médico-paciente, ideologia, identidades sociais em seus aspectos semióticos e linguísticos (MAGALHÃES, 2004).

Do Realismo Crítico, perspectiva social que dialoga a ADC: uma compreensão da estratificação ontológica da realidade social, de que nem tudo o que poderia acontecer em função das estruturas internas (HARVEY, 1992; 2013) dos objetos sociais acontece de fato. Tanto numa, quanto noutra, o propósito é estudar nos eventos empíricos, o que pode estar contido nos textos, prescindindo de um conhecimento tanto epistemológicos dessas ontologias, como dos significados da linguagem (FAIRCLOUGH, 2003).

3.5 A etnografia

A pesquisa etnográfico-discursiva crítica é uma abordagem muito complexa e está para além das estruturas disciplinares da tradição colonialista, que marca o início de sua disciplinarização científica no ocidente. A etnografia pós-colonial assume a o caráter político e ético comprometido e engajado com um ativismo intelectual,

um processo de envolvimento ativo com o mundo através da construção de conhecimentos e de experiência resultante das atividades coletivas, ou maneiras de investigar que dão forma ao conjunto de estratégias para resolver problemas (DEWEY *apud* NUNES, 2008, p. 53).

Essa etnografia rompe com as segregações das monoculturas do saber, as distinções entre o falso e o verdadeiro, tanto através de uma perspectiva ontológica como epistemológica. A ‘realidade’ no campo é apreendida no contexto de um hospital público por práticas multimetodológicas, entrevistas, notas de campo, observação participante e coleta de artefatos.

O discurso da ciência de base positivista organizou práticas sociais de pesquisa, visando a construção de um modelo civilizatório imperialista, eugênico, fascista, etnocêntrico e eurocêntrico. Com a Teoria Crítica e o questionamento do modelo legitimador das opressões em nome de uma razão instrumental, reelabora-se uma nova concepção de pesquisa social,

dialogando-se com uma variedade de novas perspectivas qualitativas e interpretativas e etnográficas.

A ADC nesse contexto, sob essa sustentação ontológica e epistemológica, concebe o diálogo transdisciplinar fundamental na reelaboração de discussões epistemológicas. Nesse sentido, a ADC converge com a pesquisa qualitativa contemporânea, tal como Denzin e Lincoln (2006) conceituam:

Um campo disciplinar, transdisciplinar, contradisciplinar, que atravessa as ciências sociais e as ciências físicas. Tem um foco multiparadidático, adota duas tensões ao mesmo tempo; por um lado, é atraída a uma sensibilidade geral, interpretativa, pós-experimental, pós-moderna e crítica. Por outro lado, é atraída a concepções da experiência humana, pós-positivista, humanista e naturalista. Além disso, essas tensões podem ser combinadas no mesmo projeto, com a aplicação tanto das perspectivas pós-moderna e naturalista quanto das perspectivas crítica e humanista (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 21).

Compreender a pesquisa qualitativa como um terreno de múltiplas práticas interpretativas é importante, pois não se privilegia uma única prática metodológica em relação à outra. Não há paradigmas singulares e sim múltiplos paradigmas teóricos, que podem ser articulados em campos transdisciplinares, em suas abordagens, métodos e técnicas.

A diversidade de práticas metodológicas da pesquisa qualitativa pode ser vista como um esforço interpretativo, pois a realidade estará sempre na dependência da existência da instância do sujeito, o que implica que essa realidade objetiva dependerá de como a instância do sujeito vai se relacionar com a instância do mundo ou do objeto.

Dessa forma o sujeito pesquisador deve ter “a compreensão crítica de si mesmo” “através de uma luta de hegemonias” e no conflito moral, político e intelectual, buscar “unidade entre teoria e prática” para que, ao se relacionar com a pesquisa, possa entender que sua ação teórico-metodológica deve enfrentar “a luta hegemônica Estado, ideologia, poder, senso comum” (GRAMSCI, 1999, p.103-04) e sistemas de conhecimentos que impedem a compreensão real do mundo ou do objeto. Sem essa autocrítica e a percepção da luta hegemônica há uma impossibilidade de captação da *realidade objetiva*, considerando que o objeto é a continuação do sujeito por outros meios. A realidade nunca pode ser captada na totalidade: o real é parte de nosso modo de ler o mundo, impregnado por nossos valores.

Por isso a pesquisa qualitativa não deve dispensar a combinação de uma multiplicidade de práticas metodológicas, ou seja, a triangulação, pois esta não é uma ferramenta ou uma estratégia de validação, mas uma alternativa para a validação (FLICK, 2009, p. 231).

O desenho da pesquisa qualitativa, apresentado é integrado ao desenho da pesquisa etnográfico-discursiva, que privilegia a ADC, a Teoria Crítica³⁷ e o Realismo Crítico como campos epistemológicos dialéticos/dialógicos capaz de alcançar uma concepção de estratificação da realidade social, que não comporta uma perspectiva científica de base hegemônica positivista que dê conta de uma abordagem epistemológica empírica da realidade.

Na perspectiva do Realismo Crítico e da ontologia crítica da ADC, *o local* e a realidade faz parte de um sistema complexo aberto, estratificado, contingencial e dinâmico.

Essa complexidade filosófica é que constitui os pilares do Realismo Crítico. O domínio da realidade social é concebido como campo teórico, que identifica fenômenos ontológicos (estruturas e *poderes causais*) e epistemológicos (o empírico, observável). Defendo que os *poderes causais* sejam estruturas transitórias momentaneamente estabelecidas na vida social, instituídas pelas relações de poder, hegemonias, ideologias. A relação social é dinâmica, histórica, e a força e perenização dessas ontologias irá depender das lutas e dos processos políticos.

Na pesquisa etnográfica não caberia um conjunto organizado de hipóteses a serem testadas, nem instrumentos de coleta de dados preparados propositadamente para garantir informações relevantes a essas hipóteses e nem um conjunto de procedimentos analíticos especificados de antemão. Podemos mostrá-lo descrevendo nossa visão original do problema, nossos compromissos teóricos e metodológicos e a forma como eles afetaram nossa pesquisa e foram afetados por ela à medida que avançaram (FLICK, 2009).

A pesquisa etnográfica é um padrão de referência por considerar a descrição mais abrangente possível de tudo que poderá ser relevante para o que quer queiramos apreender por meio do evento discursivo parto. Destaco Magalhães (2000³⁸) como uma *epistemologia do Sul do sofrimento marcante no contexto de minha pesquisa*. No que tange a validação dessa reflexão os procedimentos metodológicos na etnografia requer uma descrição, que “demonstre a riqueza do que está acontecendo e enfatize a forma como isso envolve as intenções e estratégias das pessoas” (GIBBS, 2009, p.19), instituições, sistemas de conhecimentos e ordem do discurso.

³⁷ A Teoria Crítica é o conjunto de debates epistemológicos das Ciências Sociais herdeiras das tradições da Escola de Frankfurt no alvorecer do século XX. Dezenas são as discussões teóricas, estéticas, artísticas, filosóficas, científicas, literárias, estruturalistas, pós-estruturalistas, existencialistas, etc., que têm como fonte comum, as leituras do marxismo, do freudismo e da filosofia insurgente de Nietzsche. A Linguística Crítica e a ADC são igualmente campos importantes dessa filiação epistemológica.

³⁸ Eu e Tu: a construção do sujeito no discurso médico-paciente (MAGALHÃES, 2000) é a primeira etnografia no Brasil na área de ADC que leva ao centro do debate as questões entre linguagem, sofrimento e sociedade.

Kuhn (1978) afirma que nossas observações não são ‘puras’, mas moldadas por nossos conceitos: vemos aquilo sobre o que temos ideias, e não veremos aquilo para o que não temos palavras e ideias, tal como asseverara Kant (1974). Assim, num sentido forte, não existem quaisquer fatos independentes das ideias que usamos para descrevê-los (BECKER, 2008). Putnam (1990 *apud* MONTEIRO, 2006, p. 134), discutindo sobre nosso acesso ao mundo, assim descreve o ato misterioso de conhecer as coisas: “Nosso acesso ao mundo só se dá através de nosso discurso – é a melhor conjectura do que dispomos – e comparar esse discurso com as coisas como são em si mesmas veio adquirir o estatuto de um ato misterioso”.

A realidade que percebemos, afirma Angrosino (2009, p. 54), “é, pois sempre condicional; não podemos presumir que outro etnógrafo, olhando em outro momento para o mesmo conjunto de “fatos” chegará às mesmas conclusões”.

No campo, impregnamos os dados com a teoria que carregamos, pois com ela somos capazes de identificar aspectos da realidade que se tornam visíveis, apreensíveis, o real é sem dúvida “relativo” aos apreensores possíveis, mas é “absoluto” diante destes limitados apreensores que somos nós, os sujeitos humanos reais e não há lugar para qualquer autêntica controvérsia entre “relativismo” e “absolutismo”. Os objetos de conhecimento são relativos aos apreensores reais e a seus esquemas conceptuais historicamente dados, e as entidades ou coisas reais são relativas aos apreensores possíveis e a seus também possíveis esquemas conceptuais. Tudo o que é real, para além de simplesmente existente, é para um apreensor de sua realidade, de seus predicados, de sua identidade, de suas relações (MONTEIRO, 2006, p. 139).

As considerações epistemológicas e teóricas da observação participante demandam posturas éticas importantes na relação que se estabelece no campo de pesquisa, entre pesquisador e sujeitos, como também a questão da validade dos dados. O cuidado com a apreensão e depois com a análise dos dados exige uma vigilância científica, amparada na teoria que levamos ao campo, mas que também pode ser necessária à ampliação de novas questões que deem conta de explicar, interpretar dados e que requerem novas teorizações. Os metodologistas pós-modernos valorizam a reciprocidade e consideram que “os resultados das observações devem provir de uma monografia polifônica, em que o relato do pesquisador se mistura aos dos autores” (JACCOUD; MAYER, 2008, p. 287).

Torna-se necessário conceber a etnografia não como a experiência e a interpretação de uma “outra” realidade circunscrita, mas sim como uma negociação construtiva envolvendo pelo menos dois – e muitas vezes mais sujeitos – conscientes e politicamente significativos (CLIFFORD, 2008, p. 41).

Com nossa posição ontológica pós-moderna, filiada à ADC e às Ciências Sociais Críticas, as ‘descobertas’ de dados são mediadas por valores subjetivos, intersubjetivos, dialógicos/dialéticos, que alcançam uma reflexividade crítica, dependente da autoconsciência *impregnada pelo campo teórico* que sustenta as possibilidades de leitura e justificação.

Uma etnografia dialógica é aquela que não é baseada nas relações de poder tradicionais de entrevistador e “informante”. Em vez disso, o pesquisador estabelece conversações recíprocas com as pessoas da comunidade. O sentido de uma perspectiva “dialética” é que a verdade emerge da confluência de opiniões, valores, crenças e comportamentos divergentes e não de alguma falsa homogeneização imposta de fora. Além disso, as pessoas da comunidade absolutamente não “são objetos de conhecimento” são colaboradoras ativas no esforço de pesquisa (ANGROSINO, 2009, p. 28).

Alguns critérios gerais são aplicados aos dados de observação e podem servir para garantia da maior validade possível na etapa de análises dos dados são “os critérios de saturação dos dados (quando todos os novos dados são redundantes) e os de exaustividade da teoria elaborada (ela pode explicar a totalidade dos fatos observados) e de sua consistência interna constituem as tantas garantias de uma validade considerável” (JACCOUD; MAYER, 2008, p. 277).

Quanto à escrita etnográfica,

esta é menos um registro científico objetivo e mais um tipo de texto literário; ela é um produto do uso imaginativo de recursos literários, como metáforas, símbolos, na mesma escala em que é objetiva. Ademais, o texto etnográfico não precisa ficar restrito às formas tradicionais de monografia escolar, artigo de revista, ou conferência expositiva; ele pode ser incorporado em filme, teatro, poesia, romance, mostras pictóricas, música, e assim por diante (ANGROSINO, 2009, p. 29-30).

A escrita nesse sentido “é alegórica tanto no nível de seu conteúdo (o que ela diz sobre as culturas e suas histórias) quanto no de sua forma (as implicações de seu modo de textualização)” (CLIFFORD, 2008, p. 59). Uma alegoria, da escrita etnográfica, recria textos possíveis, sonhos, utopias, tanto para quem narra, relata, como para o etnógrafo em sua textualização com seus leitores questões que se relacionam política e epistemologicamente.

Um reconhecimento da alegoria enfatiza o fato de que retratos realistas, na medida em que são convincentes e ricos, são metáforas extensas, padrões de associações que apontam para significados adicionais coerentes (em termos teóricos, estéticos e morais) (CLIFFORD, 2008, p. 61).

O que é fundamental na pesquisa etnográfica discursivo é a perspectiva dos participantes e suas apreensões sobre o contexto cultural ou a *realidade social* na qual

estamos situados, bem como histórias, relatos, dados gerados impregnados pelas condições de construção histórica, condensando crenças, valores e ideologias. Falar dos outros e pelos outros requer um posicionamento ético, no modo como nos relacionamos com a pesquisa:

no atual contexto de transformações sociais e culturais, em que há uma grande heterogeneidade de discursos e de identidades, a ética não só deve fazer parte da agenda da pesquisa, como principalmente precisa ser lembrada na prática da pesquisa” (MAGALHÃES, 2006, p. 71).

Apresento, a seguir, os aspectos da proposta de estrutura metodológica sobre os quais o processo etnográfico assegura um padrão coerente de exploração do campo:

Ele é baseado na pesquisa de campo (conduzida no local onde as pessoas vivem e não em laboratórios onde o pesquisador controla os elementos do comportamento a ser medido ou observado).

É personalizado (conduzido por pesquisadores que, no dia, a dia, estão face a face com as pessoas que estão estudando e que, assim, são tanto participantes quanto observadores em estudo).

É multifatorial (conduzido pelo uso de duas ou mais técnicas de coleta de dados - os quais podem ser de natureza qualitativa e quantitativa – para triangular uma conclusão, que pode ser fortalecida pelas múltiplas vias com que foi alcançada).

Ele requer um compromisso de longo prazo, ou seja, é conduzido por pesquisadores que pretendem interagir com as pessoas que eles estão estudando durante um longo período de tempo (embora o tempo exato possa variar, digamos, de algumas semanas a um ano ou mais).

É indutivo (conduzido de modo a usar um acúmulo descritivo de detalhes para construir modelos ou teorias explicativas, e não para testar hipóteses derivadas de teorias ou modelos existentes).

É dialógico (conduzido por pesquisadores cujas conclusões e interpretações podem ser discutidas pelos informantes na medida em que elas vão se formando).

É holístico (conduzido para revelar o retrato mais completo possível do grupo em estudo. (ANGROSINO, 2009, p. 31).

A perspectiva epistemológica da observação participante como estilo e contexto adotada por mim apresenta o ‘*modelo de impregnação*’ (JACCOUD; MAYER, 2008, p. 266). A observação se caracteriza pela inserção do observador no grupo estudado, segundo um procedimento de compreensão do real, e é a participação ou o envolvimento do pesquisador que permite chegar à compreensão da realidade pesquisada, pois não existe realidade independente de qualquer apreensor possível (MONTEIRO, 2006, p.78). Para Angrosino

a objetividade de nossos cinco sentidos não é absoluta. Todos nós tendemos a perceber as coisas através de filtros; algumas vezes esses filtros fazem parte intrínseca de nossos quadros analíticos ou teorias, mas algumas vezes são simplesmente projeções de quem nós somos: os preconceitos que vêm com nossos antecedentes socioculturais, gênero, idade, etc., Bons etnógrafos se esforçam para estar conscientes desses fatores – e então coloca-los à parte – pois eles constituem

uma perspectiva que chamamos etnocentrismo (...), mas não conseguimos nunca bani-los completamente (ANGROSINO, 2009, p, 56).

As concepções renegadas pelo cânone teórico-epistemológico do colonizador³⁹ - tais como paixão, intuição, criatividade e relação pesquisador-objeto, entre outras questões -, são posições importantes percursos à pesquisa etnográfica com interlocução satisfatória nesse espaço acadêmico canônico⁴⁰ naquilo que de mais importante é discutido na concepção científica: o método ou o caminho da segurança epistemológica.

O problema, a precisão, a ordem, a objetividade, a verdade – se debruça em outra questão, bem menos acessível às habilidades do método. Em parte, ele repousa naquilo que se crê que esses grandes ideais devam significar (o que a objetividade julga ter que evitar: a paixão, a relatividade, o intuitivismo, as ideias preconcebidas? O lugar que a exatidão recomenda: a precisão, a fidelidade, a persuasão, a autenticidade?) Porém, de uma forma mais crítica, ela reside nas manobras do discurso que esses elementos estão destinados a aperfeiçoar (GEERTZ, 2012, p. 22).

Na condição pós-moderna a etnografia “abraça a pluralidade da experiência, crítica as certezas a respeito das ‘leis’ gerais do comportamento humano e situa todo conhecimento social, cultural e histórico em contextos moldados por gênero, raça e classe” (ANGROSINO, 2009, p. 29). As manobras do discurso estão nas redes flexíveis, de jogos de linguagem em novas redes de combinações (WITTENGENSTEIN, 1984). A linguística da tradição moderna

pressupunha uma relação rígida e identificável entre o que era dito (o significado ou mensagem) e o modo como estava sendo dito (o significante, ou meio). Assim, e o pensamento pós-estruturalista os vê separando-se e reunindo-se continuamente em novas combinações (...) num entrelaçamento intertextual que tem vida própria; o que quer que escrevamos transmitimos (HARVEY, 1992, p. 53-55).

Acrescento a reflexão de Harvey, que esse entrelaçamento pode ser estabelecido com a sensibilidade de uma leitura do presente, a ser compreendido e enfrentado como a tragédia na arte barroca (BENJAMIN, 2013):

No drama barroco, a tristeza conjura a si própria, mas também se resolve por si mesma. Essa tensão e resolução do sentimento em seu próprio âmbito. O mundo do drama barroco é um mundo especial que sustenta sua validade grandiosa e equivalente também à frente da tragédia. Ele é o lugar da recepção propriamente dita da palavra e do discurso na arte; a capacidade de falar e a capacidade de ouvir ainda são pesadas nos mesmos pratos da balança (BENJAMIN, 2013, p.67).

³⁹ Arsenal filosófico, científico, ético, político hegemônico das epistemologias do Norte.

⁴⁰ O Espaço acadêmico canônico é o percurso sobre o qual colonizado e colonizador reencontram-se e podem traduzir e dialogar novas esperanças.

O presente⁴¹ deve ser traduzido para o colonizador como a condição de solução imediata. Nesse constructo, o que temos de possibilidades não podem ser adiadas sob forma das impotências estabelecidas sob o jugo dos sistemas produtores das injustiças sociais, tendo como fulcro o sistema civilizatório capitalista. O amanhã *possível* apresenta-se *impossível* aos injustiçados, que devem atravessar as fronteiras hierárquicas das divisões sociais a custos impensáveis sob os determinantes estruturais das desigualdades sociais.

É preciso “contrair o presente” - como afirma Santos (2006) - explorando, resistindo, insurgindo-se, lutando para afirmar a ‘opulência’ da resistência, que têm das forças adversárias, as soluções sempre adiadas num encantamento ilusionista, numa mística da esperança. “Para um etnógrafo, tudo é uma questão de uma coisa levar a outra, essa a uma terceira, e essa última a uma outra que mal se sabe o que é” (GEERTZ, 2012, p. 24), mas que a despontar aos olhos do pesquisador, devam ser tratadas na contingência histórica com toda a opulência que a tragédia barroca inspira.

Segundo Prigogine [1987] (2003), a pesquisa científica exige ‘paixão’ como um combustível da alma iluminar e revelar as complexidades inerentes ao contexto de estudo etnográfico, o que implica em tradução de intelegibilidades ‘racionais’, ciências, cosmologias e espiritualidades, ou seja a “diversidade epistemológica do mundo” (SANTOS, 2005, p.97) que perpassa o sofrimentos das mulheres no parto.

A riqueza da etnografia é o mergulho autorreferente de pressupostos e conceitos⁴². Nesse sentido, Santos (1987, p. 52) sugere que “a ciência do paradigma emergente é mais contemplativa do que ativa. A qualidade do conhecimento afere-se menos pelo que ele controla ou faz funcionar no mundo exterior do que pela satisfação pessoal que dá a quem a ele acede e o partilha”.

Todo conhecimento científico é autoconhecimento. A ciência não descobre, cria e o ato criativo protagonizado por cada cientista e pela comunidade científica no seu conjunto tem de ser conhecer intimamente antes que conheça o que com ele se conhece do real. Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão antes e nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A ciência moderna não é a única explicação possível da realidade e não há sequer qualquer razão científica para considerar melhor que as explicações alternativas da metafísica, da astrologia, da religião, da arte ou da poesia. A razão que privilegiamos hoje uma forma de

⁴¹“O tempo passa, mas não é passado. Ele vem, mas não é por vir. Nada passa, nada vem. E esse presente só vem, como presente, no mesmo instante em que se abole - acontece, a não ser o presente. O presente não cessa nunca, nem começa. Não só ele não vem do porvir como não se abole no passado: ele permanece e muda, ele dura e permanece” (COMTE-SPONVILLE, 2002, p. 115-116).

⁴² Sem perder a vigilância da sustentabilidade teórica que ancora esta tese a ADC e o meu posicionamento ético e político comprometido em defesa da dignidade de todas as pessoas envolvidas neste estudo, de acordo com o cumprimento da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil patrocinado pelo Ministério da Saúde.

conhecimento assente na previsão e no controlo dos fenômenos, nada tem de científico. É um juízo de valor. A explicação científica dos fenômenos é a autojustificação da ciência enquanto fenômeno central da nossa contemporaneidade. A ciência é, assim, autobiográfica (SANTOS, 1987, p. 52).

A etnografia é uma conversão-partilha. No campo, não colhemos os dados numa relação neutra entre pesquisador ou pesquisadora e pesquisados. Não há rupturas e sim coextensão. Santos (1987, p. 2) diz: “parafrazeando Clausewitz, podemos afirmar hoje que objeto é a continuação do sujeito por outros meios”. Do que trazemos é importante, tal como os valores que sustentam nossas crenças, compreender o mundo.

No paradigma emergente o caráter autobiográfico e autorreferencial da ciência são plenamente assumidos. A ciência moderna legou-nos um conhecimento funcional do mundo que alargou extraordinariamente as nossas perspectivas de sobrevivência. Hoje não se trata tanto de sobreviver, como saber viver. Para isso é necessária outra forma de conhecimento, um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos una pessoalmente ao que estudamos. A incerteza do conhecimento, que a ciência moderna sempre viu como limitação técnica destinada a sucessivas superações, transforma-se na chave do entendimento de um mundo que mais do que controlado tem de ser contemplado (SANTOS, 1987, p. 53).

No campo, há plenitude de nossa autorreferência, que inunda nossa consciência dos matizes e de outras questões, que estabelecem conexões nesse cenário de acordo com o paradigma de “um conhecimento prudente para uma vida desceite” e nosso diálogo no caminho do *meio*⁴³ (SANTOS, 1987), ou o *Dharma*⁴⁴, considerando que “a vida humana é fundamentalmente dialógica e polivocal. Isto é: nenhuma comunidade pode ser descrita como uma entidade homogênea em equilíbrio” (ANGROSINO, 2009, p. 29) e a prudência epistemológica pós-colonial é uma etnografia, que enfrenta os princípios clássicos da tradição e desafia “os centros tradicionais de autoridade hegemônicas e aos pilares do *establishment* científico. Os pós-modernistas repelem a presunção de cientistas de “falar por” que eles estudam” (ANGROSINO, 2009, p. 29).

⁴³“O caminho do meio ou *Dharma* é uma metáfora utilizada na filosofia budista como possibilidade de um diálogo para-canônico que escolhe uma abordagem apofática para tratar o tema da ‘verdade última’ (FERRARO, 2011, p.7). Uma tentativa de unir objetos aparentemente irreconciliáveis e que Santos (2006) denomina de ‘conhecimento prudente.’

⁴⁴A escola do Madhyamaka (‘Caminho do Meio’) – uma das tradições do buddhismo do Mahāyāna (‘Grande Veículo’) – foi fundada por (ou, mais corretamente, se desenvolve a partir da obra de) Nāgārjuna, provavelmente durante o século II d.C. (FERRARO, 2011, p. 8).

3.6 Algumas considerações

Apresentei brevemente os principais conceitos teóricos e epistemológicos que sustentam a base teórica dessa tese. O desafio posto na pesquisa etnográfica-discursiva é o comprometimento com as ontologias sociais trazidas à reflexão crítica, com as proposições de mudanças e transformações sociais, ressaltando as questões de equidade e da justiça social, e o quanto pode ajudar a discussão de problemas da sociedade em contextos sócio históricos em aspectos positivos. A pesquisa etnográfica-discursiva e a interpretação de significados é fundamental para a análise integrada explanatória crítica.

No próximo capítulo apresentarei nosso percurso teórico-metodológico e a etnografia como método dialógico, dialético.

4 METODOLOGIA

A prudência é a insegurança assumida e controlada. Tal como Descartes, no limiar da ciência moderna, exerceu a dúvida em vez de a sofrer, nós no limiar da ciência pós-moderna, devemos exercer a insegurança em vez de a sofrer.
(Boaventura de Sousa Santos)

Apresento a seguir a abordagem teórico-metodológica desta tese, construída numa relação entre epistemologia, ontologia e ética. A perspectiva epistemológica adotada utiliza uma convergência comum: incidir reflexões e debates sobre questões e práticas sociais, problemáticas no evento discursivo parto. Este será estudado pela ADC (teoria e método) e seu diálogo transdisciplinar com campos epistemológicos dos Estudos Críticos do Discurso, Ciência Social Crítica e Realismo Crítico.

Na primeira parte deste capítulo trato das categorias teórico-metodológicas que são o suporte para as análises contempladas no Capítulo 5. Na segunda parte deste capítulo apresento o desenho da pesquisa etnográfica-discursivo e a seguir, no quadro 4, descrevo o processo de análise e seus pressupostos teóricos, epistemológicos e metodológicos. A ADC, teoria e método, articulada numa relação transdisciplinar com as epistemologias sociais críticas, o realismo crítico e as categorias de análise integradas à reflexão explanatória.

4.1 O método de análise de discurso no enquadre da ADC de Chouliaraki e Fairclough (1999)

No enquadre de ADC de Chouliaraki e Fairclough (1999, p. 60), a discussão teórico-metodológica se dá no campo da pesquisa social crítica na modernidade tardia (RESENDE; RAMALHO, 2006).

O ponto de partida para o enquadre teórico-metodológico (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999) é a concepção da vida social constituída de práticas e da prática social (discurso ou semiose) como ação habitual da sociedade institucionalizada, traduzida em ações materiais, em modos habituais de ação historicamente situados (REZENDE; RAMALHO, 2006).

A seguir, apresento os passos metodológicos que escolhi do modelo para a Análise de Discurso Crítica, de acordo com Chouliaraki e Fairclough (1999), que serve de roteiro ao processo analítico desta tese: identificação da prática obstétrica como relevante para institucionalizar sofrimentos evitáveis no parto; relação do discurso médico-paciente como

parte da atividade; “análise de discurso; análise interacional-análise interdiscursiva; análise linguística; possibilidades de ultrapassar os obstáculos; reflexão sobre a análise” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH 1999, p. 60).

Práticas são “maneiras habituais, em tempos locais particulares, em que as pessoas aplicam recursos (materiais ou simbólicos) para agirem juntas no mundo” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 21). Nessa perspectiva, o discurso é visto como um momento da prática social, a saber: ação e interação, relações sociais, pessoas (com crenças, valores, atitudes, histórias), mundo material, discurso (FAIRCLOUGH, 2003).

Segundo Chouliaraki e Fairclough (1999), pode-se identificar quatro momentos principais em uma prática social: atividade material; relações e processos sociais, onde figuram as identidades sociais, as questões de poder e as instituições; fenômenos mentais, como valores e crenças e discurso. Na análise de uma prática, os quatro momentos devem ser considerados.

A terceira instância na identificação dos obstáculos que se colocam para a resolução do problema é a análise do próprio discurso, pois o discurso em si é parte desses obstáculos (FAIRCLOUGH, 2003). Duas perspectivas de análise caracterizam esse estágio (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999): uma análise estrutural das ordens do discurso presentes na configuração do discurso, e uma análise interacional que entenda as relações estabelecidas entre texto e leitor no discurso. A análise interacional engloba dois momentos: a análise interdiscursiva e a análise linguística (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

O paradigma de uma racionalidade de risco nas práticas sociais da Medicina - legitimando a autoridade e poder sobre a vida e a morte - constitui o significado simbólico desse *saber-poder*, que legitima intervenções clínicas e prescrições discursivas às parturientes sob protocolos clínicos científicos questionáveis na especialidade obstetrícia, considerados práticas de violências contra as mulheres no evento discursivo parto. A esse respeito discutimos no Capítulo 2 como os protocolos obstétricos são debatidos na ordem discursiva da Medicina em oposição ao discurso da humanização no parto, sugerido para as práticas obstétricas, segundo o Ministério de Saúde no Brasil.

4.1.1 Perspectiva crítica relacional e transdisciplinar da ADC na metodologia investigativa

Os paradigmas investigativos alternativos (LINCOLN; GUBA, 2006) constituem os contextos ontológicos, epistemológicos e metodológicos, situados a partir da perspectiva fundacional do positivismo clássico (COMTE, 1976), que passa por mudanças conceituais

determinantes sob o influxo das teorias críticas contemporâneas, chegando ao contexto atual pós-positivistas. Tais mudanças incidem numa concepção de um modelo de ciência e de prática científicas, nas quais a relação do sujeito com o objeto de investigação não são pautadas na neutralidade. Exige-se um comprometimento político e ético com os dados investigados.

A investigação científica de acordo com a orientação epistemológica de orientação pós-positivista, pós-moderna e criticalista “apresenta as inteligibilidades ontológicas e metodológicas nessa fase de transição que a ciência se encontra” (LINCOLN; GUBA, 2006, p. 171). Dar conta dos dados investigativos necessitam interlocuções transdisciplinares que sustentem as reflexões críticas das categorias de análise a seguir discutidas, como ideologia e hegemonia. Nesse sentido opto em dialogar com as concepções críticas das Ciências Sociais, que inclui uma interlocução com crítica pós-colonial das *Epistemologias do Sul*, formulada por Boaventura de Sousa Santos.

4.1.2 Epistemologias do Sul

As Epistemologias do Sul é uma ampla crítica discursiva contra a hegemonia e falência sobre do conhecimento e suas instituições de verdade no Ocidente, constituído sobre concepções filosóficas que demarcaram objetivos assentados na crença do progresso e da finalização da história, e que tem acumulado fracassos éticos e políticos em todos os cenários sociológicos marcados pelas contradições e injustiças sociais.

O que estou resenhando das Epistemologias do Sul é apenas um breve e insatisfatório texto sem a profundidade devida diante da grandeza teórica e filosófica que constitui a densidade de sua tese na rica produção bibliográfica sobre o tema. Apenas trago uma breve articulação metodológica paradigmática que é congruente com a ADC e a linguística *transgressiva, indisciplinada* e rebelde que nos encanta com as proposições convergentes de Rajagolapan e Moita Lopes como abordamos nas resenhas descritas no Capítulo 3.

Tudo que o Norte capitalista imperialista produz, o faz para garantir os sonhos e as utopias dos marcos legislativos da *ordem e do progresso*, que estão conduzindo a humanidade a uma luta com estranhos cenários catastróficos, num momento de perigo, tensões recorrentes e desesperanças. Nesse cenário, a emancipação social apregoada pelas leituras marxistas precisa encontrar vitalidade para ressurgir reencantada com a mudança

desejada. Santos (2006) é uma das vozes que não crê nessa possibilidade dentro dos mapas cognitivos do conhecimento do Norte, por isso oferece sua contribuição reflexiva.

A *Epistemologia do Sul* opta em discutir conhecimentos associados à ciência moderna e “encontra a formulação mais radical e, ao mesmo tempo, mais consistente de um pensamento alternativo de alternativas neste domínio” (NUNES, 2008, p. 46). Considerando “que toda a produção científica produz efeitos ou consequências que tornam o/a cientista corresponsável pelas diferenças que essas práticas criam no mundo”(NUNES, 2008, p. 50), é imprescindível relacionar epistemologia, ontologia e a ética constituídos sob o “paradigma de um conhecimento prudente para uma vida decente” (SANTOS, 1987, p. 36), que inclui o comprometimento ético com as demandas sociais negligenciadas no contexto das desigualdades dos países e mundos periféricos, os mundos do Sul dos sofrimentos como afirma Santos (2006).

Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente) (SANTOS, 1987, p. 37).

A epistemologia do Sul está sob a perspectiva do *paradigma de um conhecimento prudente e o paradigma de uma vida decente* privilegia dados subjetivistas, mediados por valores do senso comum. Portanto, paradigma metodológico de uma *vida prudente* vem preencher o vazio da reflexão filosófica que é importante nesse momento contemporâneo de inúmeras tragédias que irrompem dilacerando vidas, projetos libertários, reacendendo mecanismos opressivos e injustiças sociais, reclamadas ou não, invisíveis ou não.

A interlocução e diálogo que faço entre o paradigma social *vida decente conhecimento prudente* e a ADC favorece a tradução entre o conhecimento e as formas de vida. Os dados gerados deste estudo são assim estabelecidos para garantir uma reflexão crítica e realçar a mudança que se faz necessária em práticas discursivas gerativas de sofrimentos evitáveis às mulheres em trabalho de parto⁴⁵.

⁴⁵Trabalho de parto é o termo genérico associado ao longo processo fisiológico do parto, em vários estágios incluindo uma diversidade de fenômenos biológicos de intensas modulações hormonais até o nascimento do feto. Geralmente o processo de parto dura de 14 a 20 horas.

4.1.3 Ideologia

A ADC discute e analisa a ideologia contextualizada numa ação discursiva e, ao dialogar com as ciências sociais críticas, acata a ideologia como uma categoria científica, epistemológica.

O método de análise da ideologia⁴⁶ referencia o aporte conceitual de Thompson (1995), que elaborou uma teorização sobre ideologia, reconsiderando a genealogia do conceito e sua discussão epistemológica no historicismo do ocidente moderno desde os primeiros ensaios das utopias libertárias no alvorecer da Revolução Francesa. Thompson examina algumas das formulações clássicas nas sociedades modernas e desenvolveu argumentos conceituais e teóricos os quais denomina de *Concepção Crítica da Ideologia* (THOMPSON, 1995, p. 15). Reformula o conceito de ideologia desenvolvido por Marx e Engels que categorizam a ideologia em sua negatividade, responsável pelo estado de alienação da consciência diante da exploração de um grupo por outro no capitalismo.

Na reformulação do conceito de ideologia procuro enfocar esse conceito numa série de problemas que se referem às inter-relações entre sentido (significado) e poder. Argumentarei que o conceito de ideologia pode ser usado para se referir às maneiras como o sentido (significado) serve, em circunstâncias particulares, para estabelecer e sustentar relações de poder que são sistematicamente assimétricas – que eu chamarei de relações de dominação (THOMPSON, 1995, p. 15-16).

É esse conjunto de problemas sobre os quais o analista do discurso deve pautar sua reflexão numa “concepção crítica da ideologia” formulada por Thompson (1995, p. 15): “Ela mantém a conotação negativa que foi trazida pelo conceito através da maior parte de sua história e liga a análise da ideologia à questão crítica”, especialmente, discutida pelo marxismo.

A análise da ideologia pode ser vista como uma parte integrante de um interesse mais geral ligado às características da ação e da interação, às formas de poder e de dominação, à natureza da estrutura social, à reprodução e à mudança social, às qualidades das formas simbólicas e a seus papéis na vida social (THOMPSON, 1995, p. 16).

Thompson (1995, p.16) distingue cinco modos gerais nos quais a ideologia pode operar: legitimação, dissimulação, unificação, fragmentação e reificação, que podem estar ligados com várias estratégias de construção simbólica, mas esclarece que esses cinco modos não são as únicas maneiras de operar a ideologia.

⁴⁶ Fairclough (2001; 2003); Clouliaraki e Fairclough (1999).

As contribuições de Thompson sobre o conceito de ideologia situado dentro da Teoria Social Crítica é uma questão importante e cara à ADC, por manter uma concepção negativa ou crítica da ideologia, pois é um instrumental crítico que “chama a atenção para as maneiras como o sentido é mobilizado a serviço dos indivíduos e grupos dominantes” (p.81), isto é, as maneiras como o sentido é construído e transmitido quer pela ciência, moral, ética, enfim, as verdades e suas epistemologias reificadoras.

Nesse sentido, pensar os discursos como materializações dessas relações implica compreender a vida social também como um fenômeno híbrido, “no qual novas formas de dominação emergem à medida que novas e variadas formas textuais surgem para representá-las materialmente” (RODRIGUES JÚNIOR, 2009, p. 110).

Portanto, o investimento analítico alcança questões na Teoria Social Crítica e nas abordagens epistemológicas da Linguística como campo disciplinar em transição diante dos novos debates contemporâneos, que requerem novas teorizações a aberturas.

Os novos debates devem deslocar as questões epistemológicas “para ir além da tradição e são necessárias teorizações que dialoguem com o mundo contemporâneo, com as práticas sociais que as pessoas vivem, como também desenhos de pesquisa” (MOITA LOPES, 2006, p. 23), bem como que considerem os interesses das pessoas pelas quais o cientista da linguagem fala, porque fala e para quem fala, e que retorno a pesquisa poderá trazer para suas vidas.

A hibridização do discurso médico-paciente é parte de eventos sociais moldados por poderes contingenciais das estruturas sociais e práticas sociais (incluindo ordens do discurso) de um lado, e agentes sociais de outro. Ação e relação social, representação e identificação, correspondem às categorias de especificidades no nível das práticas sociais.

4.1.4 Hegemonia

Para Gramsci (1975) O conceito de hegemonia é relacionado ao de ideologia em sua conotação positiva por considerar a ideologia uma concepção de mundo definidora e constituidora do real que confere ao discurso.

Fairclough defende um modo de teorização da mudança social e das lutas da hegemonia em “relação à evolução das relações de poder que permite um foco particular sobre a mudança discursiva” (FAIRCLOUGH, 2001, p.122). Hegemonia é sinônimo de poder em todas as esferas da vida societária, mesmo considerando o conceito em sua transitoriedade (GRAMSCI, 1999).

A luta hegemônica é uma questão importante, pois no “sentido comum as ideologias se tornam naturalizadas ou automatizadas” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 123). Considerando-se as estruturas discursivas concebidas como dialéticas é possível a articulação e rearticulação de ordens de discurso, que desmobilizem lideranças (ideologias) e ou estabeleçam novos nexos discursivos.

Toda hegemonia é passível de transformação: daí o caráter da luta hegemônica ser um fator importante nas rearticulações das mudanças e transformações sociais.

4.1.5 Intertextualidade e interdiscursividade

A intertextualidade é um tema proposto por Bakhtin e se reveste de um questionamento da linguagem, levando a Linguística para o campo filosófico. Ao trazer o debate da intertextualidade, ou as outras vozes no texto, o autor considera que:

A linguística opera com o texto, mas não com obra. O que ela diz sobre a obra é, trazido de fora por contrabando e não decorre de análise puramente linguista. É claro que essa própria linguística também costuma ter, desde o início, natureza conglomerada e ser saturada de elementos extralinguísticos (BAKHTIN, 2003, p. 330).

O pronunciamento da voz na criação textual tem uma estética sobre a qual transitam os campos políticos, sociais e sob esses condicionantes historicamente situados, toda a complexa trama ideológica garante ou não, as vozes e seus pronunciamentos. Estão na obra como forma direta ou indireta e garantem as validades de seus processos de poder.

Com uma proposta dialética de análise é possível mapear outras implicações discursivas.

Cada conjunto verbalizado grande e criativo é um sistema de relações muito complexo e multiplanar. Na relação criadora com a língua não existem palavras sem voz, palavras de ninguém. Em cada palavra há vozes às vezes infinitamente distantes, anônimas, quase impessoais (as vozes dos matizes lexicais, dos estilos, etc.). Quase imperceptíveis, e vozes próximas, que soam concomitantemente (BAKHTIN, 2003, p.330).

A intertextualidade entendida por Fairclough (2003) é explicitada entre as relações externas e internas do texto, pois textos também promovem relações dialógicas ou polêmicas entre seus próprios discursos e os discursos dos outros, ou seja, relações entre um texto com outros textos ‘externos’ a ele, fora dele, embora, de alguma forma, presentes neles.

Fairclough (2003) considera as relações intertextuais como sendo a presença material de outros textos dentro de um texto - citações. Discute também as formas mais obscuras, menos evidentes de incorporar elementos de outros textos, tais como: o discurso direto, o discurso indireto, o discurso relatado, escrito ou pensado, a pressuposição, o dito e o não o dito. Portanto, a intertextualidade refere-se a uma gama de possibilidades.

Discursos são caracterizados e diferenciados não apenas por traços de vocabulário e relações semânticas, e suposições, mas também por traços gramaticais. Discursos diferem em como elementos de eventos sociais (processos, pessoas, objetos, meios, ocorrências, lugares, são representados, e essas diferenças podem ser tanto gramaticais como lexicais-vocabulário) (FAIRCLOUGH, 2003, p. 133).

Fairclough faz uma distinção entre intertextualidade manifesta, em que, no texto, recorre-se explicitamente a outros textos específicos e interdiscursividade, ou intertextualidade constitutiva.

A interdiscursividade estende a intertextualidade em direção ao princípio da primazia da ordem do discurso (intertextualidade manifesta): a constituição heterogênea de textos por meio de elementos (tipos de convenção das ordens do discurso (interdiscursividade) (FAIRCLOUGH, 2003).

A análise interdiscursiva trabalha tanto paradigmaticamente, ao identificar os diferentes gêneros e discursos presentes em um texto, quanto linguisticamente. Segundo Bakhtin (2008), todo texto é híbrido (polifônico, dialógico), pois mescla diferentes textos. A forma como um texto articula diferentes gêneros e discursos pode contribuir para a perpetuação de ordens do discurso ou pode possibilitar transformações locais (FAIRCLOUGH, 2001).

A intertextualidade para a ADC é fundamental para esse entendimento assim como as dialogicidades manifestam-se no texto, como projetam as forças de suas vozes, pois diferentes representações podem legitimar maneiras particulares de ação e ser ativadas sociocognitivamente em identidades.

A intertextualidade é um processo que infere um comprometimento ético do texto, pois o pronunciamento da voz ou das vozes tem um objetivo, e nas condições discursivas dos significados acionais, representacionais e identitários, deixa as marcas e recria uma leitura dos sujeitos.

A interdiscursividade é uma questão de como um tipo de discurso é constituído por meio de uma combinação de elementos de ordens do discurso (FAIRCLOUGH, 2001,

2003). Finalmente, a última etapa da análise do discurso, que fecha a segunda etapa do modelo, é a análise linguística.

As relações externas de textos incluem suas relações com outros elementos de eventos sociais (mais abstratamente, práticas sociais e estruturas sociais). A análise desses outros elementos de eventos sociais inclui como eles figuram em Ações, Identificações, e Representações (FAIRCLOUGH, 2003, p. 36).

A análise interdiscursiva da articulação dos textos vai considerar a posição de Fairclough (2003, p. 124) que vê discursos como modos de representar aspectos do mundo – processos, as relações e estruturas do mundo material, o mundo mental dos pensamentos, as crenças e, assim por diante, e o mundo social.

Os aspectos particulares do mundo são representados pelos diferentes discursos, que são diferentes perspectivas do mundo, associadas às diferentes relações que as pessoas têm com o mundo, suas identidades sociais, pessoais e as relações com outras pessoas (FAIRCLOUGH, 2003, p. 124).

4.2 As representações dos eventos sociais: a oração em uma perspectiva representacional

Ação, relação e identidades são significados interconectados à uma multifuncionalidade das práticas sociais, impelidas a se manifestarem nos discursos que circulam e constroem o mundo.

De acordo com Fairclough (2003) todos os três tipos de significados (ação, representação e identificação) devem ser levados em consideração quando se trata de orações, sendo que cada um deles oferece uma perspectiva específica do mesmo e categorias analíticas específicas.

As análises quando feitas com base nos significados representacionais, nesta perspectiva, constitui três elementos principais nas orações: os processos, os participantes e as circunstâncias. Os processos geralmente se realizam sob a forma de verbos, os participantes sob a forma de sujeito, objetos diretos ou indiretos e as circunstâncias sob a forma dos diferentes tipos de elementos adverbiais, como adjuntos adverbiais.

4.2.1 Categorias de representação de atores sociais

A análise de textos sob uma perspectiva representacional é dialogada pela ADC com a Teoria dos Atores Sociais, de Van Leeuwen (1997), que propõe a análise de eventos

sociais e sua relação com práticas sociais, linguagem e cultura. Nesse processo dialético, o significado representacional emerge em cada produção de contextos situados historicamente. Van Leeuwen esboça “um inventário sociosemântico dos modos pelos quais os atores sociais podem ser representados, e dessa forma uma análise de discurso das representações sociais pode estabelecer a relevância sociológica e crítica” de eventos e práticas sociais (VAN LEEUWEN, 1997, p. 169).

Discursos não podem ser analisados apenas sob os limites formais da linguística sem uma relação com o contexto cultural e sociológico “em contextos institucionais específicos que têm relações específicas com as práticas sociais e das quais produzem representações” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 172). Em vez de analisar exclusivamente em termos linguísticos os atores sociais podem ser representados por um inventário sociosemântico e sobre os quais se estabelecem a relevância sociológica e crítica.

Van Leeuwen (1997) classifica a representação dos atores sociais constituída de elementos linguísticos que se articulam, podendo funcionar para incluir ou excluir indivíduos e grupos. As formas de representação podem estar relacionadas às escolhas linguísticas que os atores sociais fazem para representar suas experiências no mundo.

Dessa forma, dispõe de duas categorias essenciais para essa representação, as quais são chamadas de *Exclusão* e *Inclusão*, ou seja, as representações incluem ou excluem atores sociais. A *Inclusão* pode ocorrer, dentre outras formas, por *Ativação*, *Passivação*, *Impersonalização* ou *Generalização*. A *Ativação* “ocorre quando os atores sociais são representados como forças ativas e dinâmicas numa atividade” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 187).

As representações podem dotar os atores sociais, quer com papéis ativos, quer com papéis passivos. “A ativação ocorre quando os atores sociais são representados como forças ativas e dinâmicas numa atividade, e a passivação quando são representados como submetendo-se à atividade, ou como sendo receptores dela” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 187).

Pela *Passivação*, os envolvidos são representados recebendo ou submetendo-se a alguma atividade. Neste caso, a representação pode ser explicitada por meio de papéis gramaticais participantes, em que os atores sociais ativados desempenham função de *Ator* em processos materiais e *Experienciador* nos mentais.

Na categoria *Identificação*, os atores sociais são definidos não em termos do que fazem, mas em termos do que são. Na categoria *Indeterminação*, os participantes envolvidos na atividade são representados como não identificados, ou anônimos.

4.2.2 Exclusão, Inclusão e Proeminência

Segundo Fairclough (2003, p. 136), os eventos sociais em termos gerais incluem: formas de ação; pessoas (com crenças, desejos e valores); relações sociais, formas institucionais; objetos; meios (tecnologias); tempos e espaços; linguagem (e outros tipos de semioses).

4.2.3 Representação como Recontextualização

Ao representar um evento social, este é incorporado ao contexto de outro evento social. Isso é a recontextualização, um tipo de evento social específico que é representado em diferentes campos de conhecimentos, nas redes de práticas sociais e nos gêneros. A Presença, A Abstração, o Ordenamento e o Acréscimo explicitam, avaliam, legitimam como os eventos são representados (FAIRCLOUGH, 2003, p. 139).

4.3 Dialética dos significados representacionais e identificacionais

4.3.1 Identificação: os estilos

As relações externas de textos incluem suas relações com outros elementos de eventos sociais (mais abstratamente, práticas sociais e estruturas sociais). A análise desses outros elementos de eventos sociais inclui como eles figuram em Ações, Identificações, e Representações (FAIRCLOUGH, 2003, p. 36). A linguagem representa o mundo e constitui os modos de ser, (identidades) sociais ou pessoais e particulares.

O significado identificacional e o estilo constituem o aspecto discursivo de identidades, que se relacionam dialeticamente (FAIRCLOUGH, 2003). As identidades pressupõem a representação, em termos de presunção, acerca do que se é a partir das construções culturais determinantes de conteúdos simbólicos.

As identidades não são categorias fixas, essencialistas. São construídas na transitoriedade das relações sociais sobre as quais as pessoas investem-se de poder (atores sociais) ou constrangidas, subservientes, subalternas, assujeitadas.

A identificação não é uma questão relativa ao textual e nem se resume ou limita à dimensão discursiva (FAIRCLOUGH, 2003). Envolve aspectos não discursivos mediados pelas forças culturais, políticas e de poder, tais como as relações entre colonizador e

colonizado, escravo e senhor, pobre, rico, etc. Deste binarismo opositivo poderá haver o processo ou de reificação, assimilação, insurreição, luta e eventualmente transformação identitária, política etc.

4.3.2 Os significados da linguagem

Quanto à produção dos significados, e a ordem do discurso, trata-se de uma questão complexa, atrelada a vários campos discursivos, tais como ideologias, assimetrias e poder. Esses campos são, portanto, elementos causais dos efeitos textuais. Os principais tipos de significados são: ação, representação, e identificação (FAIRCLOUGH, 2003).

A análise da estrutura social investiga a ordem do discurso na totalidade⁴⁷ de práticas sociais ou em parte da ordem social, por exemplo, o evento discursivo parto no contexto obstétrico medicalizado e hospitalar da ordem discursiva médica hegemônica científica. Sob a hierarquia das instituições médicas, os discursos são elementos da ordem do discurso, e atua de duas maneiras: estrutural (ordem do discurso local ou societária), uma vez que o discurso está localizado na ordem do discurso; e interacional nas práticas sociais (discursos, gêneros discursivos e estilos) (FAIRCLOUGH, 2003).

Os elementos da ordem do discurso são inter-relacionados em Discurso (Representação), Gêneros discursivos (atividades, ações) e Estilos (identidades), que se inter-relacionam entre si. Os gêneros discursivos relacionam-se com os discursos, demandando determinados textos e os estilos (modo de ser) relacionam-se às identidades. A abordagem dialética, segundo Fairclough (2003), considera Ações e suas relações sociais, Identificação de pessoas, Representação do mundo, Discursos (gêneros, discursos, estilos).

Textos não são apenas efeitos de estruturas linguísticas e de ordens do discurso, são também efeitos de outras estruturas sociais, e de práticas sociais em todos os aspectos, de maneira que se torna difícil separar os fatores que modelam textos (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

O significado representacional de textos é relacionado ao conceito de discurso como modo de representação de aspectos do mundo. Diferentes discursos são diferentes perspectivas de mundo associadas a diferentes relações, que as pessoas estabelecem com o

⁴⁷ “No paradigma emergente (conhecimento prudente para uma vida decente) o conhecimento é total, tem como horizonte a totalidade universal. Mas sendo total, é também local” (SANTOS, 1987, p. 47). Essa localidade-fragmento faz parte dos momentos que estão internamente e dinamicamente relacionados à dialética nas estruturas sociais, nos discursos e nas práticas sociais (FAIRCLOUGH, 2003).

mundo e que dependem de suas posições no mundo e das relações que estabelecem com outras pessoas (FAIRCLOUGH, 2003), competindo, cooperando e dominando.

4.3.3 O significado de palavras

Fairclough (2001) sugere que o significado de uma palavra não é um fenômeno linguístico ‘solto’, e sim faz parte de uma trama complexa de relações de ‘poder’ e ‘verdade’ instituídas nas práticas sociais. Para a reflexão desta tese, uma palavra é importante para se discutir: humanização, como um qualificador de um discurso político que se apresenta como prescritivo no atendimento obstétrico no Brasil a partir dos meados dos anos 2000. Importa entender esta palavra, humanização, no sentido mais próximo de sua etimologia e a força de sua nomeação organizada em torno de sua diferença: a desumanização.

Fairclough (2001, p. 231) focaliza os significados das palavras onde palavras e significados estão envolvidos em processo de contestação e mudança social e cultural. Argumenta, de acordo com Pêcheux, (1997), que a variação semântica é uma faceta de um conflito ideológico⁴⁸. Fairclough, (2001) usa o termo “significado potencial” como um qualificador importante na análise do significado postos à disposição nos dicionários e seus verbetes, e argumenta como de fato o produto final de um significado é fruto de um processo complexo de institucionalizações e valores da ordem do discurso linguístico empreendido na sociedade.

Os dicionários estabelecem para as palavras de tal forma que implicam a seguinte concepção de significado:

- (i) O significado potencial é estável;
- (ii) O significado potencial é universal, no sentido de ser comum a todos os membros de uma comunidade de fala;
- (iii) Os significados no interior do significado potencial de uma palavra são descontínuos, isto é, claramente demarcados entre si;
- (iv) Os significados no interior do significado de uma palavra são descontínuos, isto é, claramente demarcados entre si.
- (v) Os significados no interior do significado potencial de uma palavra estão numa relação de complementariedade (ou, um com o outro) e são mutuamente exclusivos. (FAIRCLOUGH, 2001, p.230-31).

⁴⁸ “As palavras, expressões, proposições etc., mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às posições ideológicas” (PÉCHEUX, 1997, p. 160).

As mudanças e os significados de uma palavra são fenômenos sociocognitivos e, como tal, implicados com as hierarquias de valor constituídas tanto no seio da natureza cultural, como a partir dela, das forças de controle social, que estabilizam, hegemonomizam, tornam prescritivos e ordenam a constituição de seu significado atrelada a concepções marcadas pela ideologia.

4.3.4 Metáfora

A metáfora é uma categoria discutida na linguística cognitiva e que tem como marco teórico as contribuições de Lakoff e Johnson (2002), que emergem em um contexto de rupturas paradigmáticas, questionando as fundamentações objetivas da verdade na forma de concepção de leitura do mundo, tendo como sustentação a razão ocidental desde sua constituição fundadora no pensamento grego platônico-aristotélico (LAKOFF e JOHNSON, 2002).

Lakoff e Johnson, (2002), empreenderam ao tema da metáfora uma tese de base linguística cognitiva, considerando o fenômeno como uma categoria sistemática da linguagem. Lakoff e Johnson consideram a metáfora acesso à verdade pela cognição sob os critérios do positivismo lógico, que considera o uso metafórico como forma incompetente de atribuição da verdade. Os autores enfatizam que as metáforas são um rearranjo neurocognitivo inerente à natureza da linguagem humana permeada por extratos complexos de configurações simbólicas constitutivas do arsenal antropológico e cultural.

Tornar as metáforas conceituais um campo disciplinar no interior de um estatuto científico positivista foi romper radicalmente com os institutos hegemônicos do conhecimento linguístico do qual não daria conta, pois o conteúdo simbólico, mítico e subjetivo não deve ser alcançado fora das relações retóricas lógicas. É o momento das no interior da linguística que adentra para um campo de conhecimentos complexos prescindindo dialogar com outras matrizes teóricas da cognição e neurolinguística.

Lakoff e Johnson (2002) sistematizam o estudo das metáforas organizando o metaforizar (sistematicidades dos conceitos metafóricos) de acordo com as seguintes especificidades ancoradas no agir cotidiano: metáforas orientacionais, metáforas e coerência cultural, metáforas ontológicas, personificação e metonímia. As metáforas penetram em todos os tipos de linguagem e em todos os tipos de discurso, mesmo nos casos menos promissores, como o discurso científico e técnico. Além disso, as metáforas não são apenas adornos estilísticos superficiais.

Quando nós significamos coisas por meio de uma metáfora e não de outra estamos construindo nossa realidade de uma maneira e não de outra. As metáforas estruturam o modo como pensamos e o modo como agimos, e nossos sistemas de conhecimento e crença, de uma forma penetrante e fundamental (FAIRCLOUGH, 2001, p. 241).

4.3.5 A modalidade

A modalidade é uma categoria amplamente estudada na linguística funcional. “A modalização na linguagem é imprimir marcas no enunciado”(NEVES, 2007, p. 151). Enunciar implica modalizar. Em que grau e por que meios o falante ajusta a modalidade que marca o seu enunciado?

A conceituação de modalidade não é pacífica. Envolve delimitações das noções inscritas no domínio conceptual implicado. A opção pela categoria modalidade nos enunciados envolve concepções lógicas e linguísticas da modalidade, tipologias da modalidade, segundo a perspectiva linguística. É importante é entender o contexto na especificação do tipo de modalidade envolvida.

A interpretação semântica de um enunciado consiste em um conjunto de conclusões que dele decorrem (regras gramaticais, entradas lexicais e a atitude modal). Os linguistas da escola funcionalista consideram os modalizadores usados na interação verbal, em princípio, para exprimir o ponto de vista do enunciador ou enunciativa, indicando a posição do falante a respeito de sua mensagem e de sua relação com seu interlocutor ou interlocutora quanto às probabilidades ou obrigações concernentes ao que ele diz.

A modalidade é o julgamento do falante sobre as probabilidades ou obrigatoriedades envolvidas no que diz, e modalizar são as possibilidades intermediárias entre os polos afirmativo (sim) e negativo (não), os tipos de indeterminação situados entre os polos (HALLIDAY, 1985, p. 75).

Em relação ao discurso, Fairclough (2003) faz a distinção entre as quatro funções do discurso: duas associadas com as trocas de conhecimento (declarações, perguntas) e duas associadas com as trocas de atividade (procura oferta). Dessa forma, Fairclough (2003) situa a questão da modalidade como as pessoas se envolvem quando fazem declarações, perguntas, ofertas ou procura.

Fairclough (2001) estabelece uma relação entre modalidade, tipos de troca e funções do discurso. A troca de conhecimento (modalidade epistêmica) está relacionada com a necessidade e a possibilidade epistêmicas expressas por proposições contingentes. Troca de

atividade (modalidade deôntica) está relacionada com o envolvimento do autor obrigação/necessidade/permissões).

Fairclough (2003) acrescenta os conceitos de modalidade objetiva e modalidade subjetiva. Na modalidade objetiva, a base subjetiva do julgamento está implícita: não fica claro qual o ponto de vista privilegiado na representação. Na modalidade subjetiva, a base subjetiva para o grau de afinidade com a proposição é explicitada, deixando claro que a afinidade expressa é do próprio falante. O falante projeta seu ponto de vista como universal ou age como veículo para o ponto de vista de outro indivíduo ou grupo (FAIRCLOUGH, 2001).

O modo como as pessoas se expressam nos textos é uma parte importante da maneira como elas se identificam, ou seja, a estruturação de identidades (FAIRCLOUGH, 2003). Portanto, as identidades são relacionais em relação ao mundo (relações sociais da ação) e à representação.

4.3.6 Avaliação e valores

O fenômeno da avaliação abriga atitude, postura, ponto de vista e apreciação de valor do falante frente às entidades ou proposições sobre as quais esteja falando. Sob este prisma, a modalização é vista como uma subcategoria da avaliação.

Três são as funções para as quais se presta a avaliação a saber: expressar opinião do falante, construir e manter relação entre os interlocutores e organizar o discurso (HUNSTON; THOMPSON, 2000). Para Halliday (1994), os quatro tipos básicos de trocas interativas são: *declarar, questionar, oferecer e comandar*. Assim, o ponto inicial das interações se dá por meio da escolha de uma dessas funções.

As declarações como juízo de valor estão sobre a forma de processos relacionais nos casos mais óbvios. Nestes casos, o elemento de juízo de valor está no atributo, que pode ser um adjetivo ou um sintagma nominal. Entretanto, tais declarações podem se apresentar com o verbo e exclamações (FAIRCLOUGH, 2003, p. 143).

4.3.7 Dimensões transitiva e intransitiva do conhecimento

Segundo Realismo Crítico (BHASKAR, 1977), a realidade ⁴⁹ é construída das dimensões transitivas e intransitivas do conhecimento. A dimensão intransitiva é ontológica (os objetos da ciência, da filosofia, aquilo que estudamos no mundo desde os gregos, o ser das coisas), enquanto a dimensão transitiva é epistemológica (teorias científicas sobre os objetos do mundo). A ADC articulada com a Ciência Social Crítica numa perspectiva pós-colonialista é possível compreender a abordagem das *dimensões transitivas e intransitivas* nos estudos do discurso – sejam modos de representação de eventos, sejam construções discursivas de identidades – produzidos e constituídos na arena sociodiscursiva.

Uma ontologia do sofrimento no evento discursivo parto é cara à reflexão crítica dessa tese. A própria naturalização desse sofrimento no senso comum reflete a hegemonia do discurso médico-paciente sob a ordem discursiva da prática obstétrica. Para além dessa categoria ontológica, uma outra é importante: a dignidade das mulheres que no contexto de um atendimento do SUS, muitas vezes é *invisível*, dada como desconhecida, principalmente no processo de atendimento ao evento discursivo parto no qual obstetras utilizam-se de protocolos desnecessários.

4.4 A etnografia como método

4.4.1 Geração dos dados

O estabelecimento da geração dos dados seguiu a abordagem multidimensional, incluindo a o processo de triangulação, comparando as informações oriundas das entrevistas, observação participante, notas de campo e recolha artefatos. Essas diversas técnicas de pesquisa foram realizadas de forma individual, na vida real ”(MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 111) e sugerem a validade dos dados, ajudando na segurança das conclusões.

A observação participante “um modo de pesquisar que coloca o pesquisador no meio da comunidade que ele está estudando” (ANGROSINO, 2009, p. 17) foi realizada acompanhando o cotidiano das mulheres na maternidade em suas 24 horas de internação. Estabeleci um cronograma de atividade etnográfica a qual dediquei duas vezes na semana

⁴⁹Considero que a dimensão intransitiva da realidade é em muitas circunstâncias inalcançáveis diante desse relativismo de nossos conhecimentos por conta da luta hegemônica. O senso comum nesse sentido sob as armadilhas da luta hegemônica estão impeditivos de uma visão a mais real do domínio desses aspectos intransitivos e ontológicos.

vinte e quatro horas de plantão (finais de semana e um dia no meio da semana) durante dois anos. Este mesmo roteiro foi estabelecido no acompanhamento aos médicos e médicas obstetras. Esse era o acompanhamento no momento da consulta de admissão da gestante: o pré-parto, o parto e a alta hospitalar.

O modelo da entrevista etnográfica é de natureza aberta, feita em profundidade, “flui interativamente na conversa e acomoda digressões que podem abrir rotas de investigação novas, inicialmente não aventadas pelo pesquisador”(ANGROSINO, 2009, p. 62). Uma questão importante para a entrevista etnográfica é o conhecimento prévio de questões sobre o tópico abordado. Para isso estudei previamente a bibliografia referente aos critério de humanização do parto de baixo risco, mergulhei intensamente nos debates médicos relacionados aos paradigmas em conflito da ordem discursiva da Medicina. Para as mulheres a simplicidade das questões refletem o cuidado que tive em alcançar a profundidade da questão do sofrimento.

O modelo foi organizado em duas partes: a primeira parte reservada para o preenchimento dos dados (nome, idade, sexo, residência, e a segunda parte, com as questões norteadoras, visando compreender o significado da experiência vivida e responder aos objetivos do projeto de pesquisa. Essas questões não foram engessadas, pois serviram apenas de roteiros. A organização da entrevista aberta não significa que é desorganizada: ela prescinde fluir em “direções produtivas” (ANGROSINO, 2009, p. 62).

A entrevista etnográfica ultrapassa uma simples conversa de amigos e, por isso, requereu de mim muita habilidade para manter o diálogo com as pessoas nas entrevistas, sem demonstrar impaciência, interromper abruptamente, mas tendo muita calma para ouvir atentamente. Foram abordadas questões como: atenção, dedicação e ampliação posteriori das relações sociais; o cuidado com a personalização, chamando as pessoas pelo nome; compartilhar experiências comuns (fiz isso muito com as parturientes, falamos de nossas dores de parir, dos manejos iniciais com os bebês, as nossas escolhas em comum, nomes dos bebês); demais questões amiúdes partilhadas com uma isomorfia intensa no parto.

Também com os médicos e médicas, estabelecemos muitos encontros na cantina, no refeitório fazíamos as refeições em conjunto. Já na “banquinha” de comidas típicas ao lado da maternidade, discutimos o SUS, a Medicina, a saúde pública, salários, política quer partidária, quer filosófica. Os vínculos afetivos como profissionais de um mesmo patrão (o Estado) desembocaram para discussões muito acirradas junto às políticas públicas, às questões da equidade na saúde, etc.

As entrevistas foram gravadas em momento adequado conforme o aceite dos participantes do estudo.

As entrevistas com médicos, médicas foram realizadas no repouso médico, recinto privado e isolado. Com as pacientes, foram realizadas nos momentos que antecederam a alta hospitalar, numa pequena sala de reuniões a mim destinada pela direção, portanto, um local com privacidade.

A coleta de artefatos mais significantes nesse estudo são as imagens e cartazes na sala de pré-parto e parto registradas por fotografias.

As notas de campo relatam aspectos pertinentes para as análises e foram de grande relevância para a construção teórica dos dados que merecem, por sua importância, reflexão crítica substancialmente determinante. Foram escritas em sua ampla maioria ou em minha casa ou na biblioteca da Universidade. Na maternidade nas madrugadas no repouso destinado às profissionais, momento em que tinha condições de isolamento e privacidade redigi algumas notas.

Ressalto que durante dois anos minha presença sistemática obedeceu à risca horários e rotinas do hospital, inclusive com as vestimentas comuns, mantendo uma relação harmoniosa o mais possível com os colegas na maternidade. No momento dos partos minha presença se misturava ao grupo e eu me mantinha atenciosa e comportando-me de acordo com as exigências sérias. Acompanhando o cotidiano das mulheres na maternidade, em suas 24 horas de internação, estabeleci um cronograma de mergulho etnográfico ao qual dediquei duas vezes na semana vinte e quatro horas de plantão (finais de semana e um dia no meio da semana) durante dois anos.

4.4.2 Os participantes

A amostra dos participantes desse estudo está caracterizada como não aleatória, não probabilística, portanto, determinada e intencional, com uma “lógica flexível com foco nas necessidades que aparecem durante a realização da pesquisa” (FLICK, 2009, p. 44). “O tamanho de uma amostra depende das características do grupo que você está estudando, de seus próprios recursos (isto é, suas limitações legítimas de tempo, mobilidade, acesso a equipamento, etc.) e dos objetivos do seu estudo” (ANGROSINO, 2009, p. 68). Uma característica importante dessa ‘lógica flexível’ é a transitoriedade das parturientes, que passam apenas 24 horas na maternidade. Essa questão foi muito importante para o processo de nossa pesquisa etnográfica.

A maternidade conta apenas com cinco profissionais obstetras, portanto, em relação aos médicos e médicas, todos são participantes do estudo - três médicos e duas médicas. Quanto as parturientes, a situação de transitoriedade as caracteriza no intercurso do atendimento ao processo de parto. Todas as mulheres que buscam o atendimento na maternidade, em sua ampla maioria, caracteriza a clientela predominante do SUS com escassos recursos socioeconômicos.

Estabeleci um limite de 20 mulheres que considerei seguro o suficiente para atender aos propósitos de saturação dos dados. A amostra não probabilística determinante não se fundamenta no “critério, numérico e podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 1996, p.102). É, pois, em relação aos resultados que ela acarreta, bem como a sua pertinência, que a amostra não probabilística se justifica (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008, p. 138-139). A seleção da amostra é representativa teoricamente, “não no sentido estatístico ou por representar a realidade em uma população básica, mas por ser capaz de representar a relevância do fenômeno” (FLICK, 2009, p. 46).

Durante dois anos, incontáveis mulheres foram internas em trabalho de parto, aborto entre outras situações clínicas obstétricas decorrentes da gestação. Mas faço questão de manter as características de todas as Marias⁵⁰, Madalenas, Cristinas, Marias das Dores entre outras por mim ‘batizadas’ com nomes fictícios, que mantêm um elo coerente de identificação social importante: seus sofrimentos compartilhados remetem às esferas das opressões sociais que matizam perfis socioeconômicos, afetivos e existenciais num isomorfismo coerente e comum a todas elas.

Nessas 24 horas foram muitas conversas “ao pé do ouvido”, no leito, na recepção do hospital, no alojamento conjunto e no momento da alta hospitalar. Posteriormente, em suas humildes residências na visita domiciliar do Programa de Saúde da Família, no qual atuo como cirurgiã-dentista; no consultório odontológico, quando retornaram para continuar seus tratamentos dentários; e nos aniversários dos bebês. Afinal, já tenho dezenas de afilhados nesses últimos três anos de dedicação ao estudo etnográfico.

Essa forma de geração de dados foi uma surpresa para mim, pois não imaginei previamente transpor ‘mundos’. Na pesquisa etnográfica “parece não haver lugar para se

⁵⁰Todas as mulheres associo aos seus nomes fictícios as denominações das localidades das quais são nativas, por exemplo, Maria do Rato de Cima ou Maria do Rato de Baixo, Rosa do Cacimbão, Cristina da Cachoeira, Loura dos Tanques, Rosa da Preguiça, entre tantas localidades. Não se trata de remeter uma iconicidade pejorativa de gênero, e sim enfatizar a beleza das denominações que compõem o entorno da Serra do Maranguape e as dezenas de localidades e distritos.

posicionar, de modo a localizar o ‘mundo’ imediatamente à sua volta, e um ‘mundo’ mais amplo à volta de ambos” (GEERTZ, 2012, p. 9). No campo surgiu o inesperado, o contingencial, nossos encontros ulteriores ao hospital pelas mãos do destino que nos enlaçou. Em que serviu a extensão desse encontro? Para aprofundar meus conhecimentos de seus sonhos, alegrias, frustrações para além dos muros do hospital. Evidentemente, guardo desses momentos contingenciais a experiência etnográfica e fui extremamente zelosa para discutir a geração de dados, sob o contorno periférico do hospital conhecido como *Gonzaguinha*⁵¹. Mas, o exercício etnográfico parece não ter rupturas: é visceral, já não está lá. Ele atravessa e transcende a relação tempo-espço.

É necessário, então, contentar-se como redemoinhos, confluências e conexões inconstantes; nuvens que se ajuntam, nuvens que se dispersam. (...) O que podemos levantar, se tomarmos notas e sobrevivermos, são os relatos retrospectivos da conexidade das coisas que parecem ter acontecido: as amostras reunidas, após o fato. (GEERTZ, 2012, p. 10).

4.4.3 O perfil das mulheres

As mulheres são atendidas em um Centro Obstétrico, em Maranguape, cidade do Estado do Ceará. Todas são nativas da cidade de Maranguape, a minoria da zona urbana e a grande maioria procedente da zona rural.

A idade das mulheres oscila dos 15 aos 45 anos. Quanto aos estudos, poucas concluíram o Ensino Fundamental e a grande maioria não é escolarizada. Todas são assistidas pelos benefícios sociais do Governo Federal, tais como bolsa escola, bolsa família, não têm emprego com carteira assinada e apenas fazem serviços avulsos de lavagem de roupa, faxineiras, babás e empregadas domésticas.

Quanto ao estado civil, dizem ser casadas “*no padre e no papel*” ou em união com o companheiro como “*juntas*” ou “*namoradas*”. Estão no segundo, no terceiro “*casamento*,” ou sem companheiro, ou “*largada*,” viúva, “*por enquanto sem ninguém*”. Residem com suas mães, ou com o companheiro e as casas em que moram todas são construídas em “*terreno da Prefeitura*”.

Em média, moram de 8 a 10 pessoas por cada casa de 2 cômodos, todas com luz, mas sem saneamento básico. Muitas referem-se ao núcleo familiar como difícil, com pai, companheiros, ou irmãos envolvidos com dependência de drogas lícitas e ilícitas, ex-prisioneiros, “*devendo à justiça*”.

⁵¹ Hospital em que a pesquisa se realizou.

Os pais de seus filhos em geral são um por gravidez e desfazem muito amiúde as relações afetivas, “*infelizmente*”, pois os homens “*são uma sombra, um amparo*”, “*mas quando não prestam é melhor ficar só que mal acompanhada*”.

Relataram sofrer com frequência espancamentos e maus tratos de seus companheiros. Por isso, algumas “*se juntam*”, pois o casamento traria mais “*dificuldade de separação*”. As acompanhantes - as mães - são “participantes complementares” (BAKHTIN, 2008) e polifonizam o diálogo da realidade num nível de isomorfismo substancial.

A história se recria e reatualiza em novos contextos com novos atores e mesmos roteiros. A seguir, o quadro 3 apresenta as mulheres⁵².

Quadro – 3: As mulheres: uma breve apresentação

1 Antônia (parturiente)	6 filhos, 22 anos- “Tô solteira e num quero me casar não, ...(....) sou muito nova, os buchos que peguei foi só doideira, num tenho sorte cum home, cada um é pior do que os otros, só que a gente ...a gente assim... é sem juízo...e depois quando tamos grávida largam, é que eu num mim dou com comprimido”.
2 Neide do São Luís (parturiente)	5 filhos, 35 anos – “Junta tô no derradeiro casamento, derde que embuche e ele me largou que tô querendo agora é só cuidar dos meus filho, essa coisa de home aperreia muito o juízo da gente, eu conheci uma sapatão ela tá de olho em mim e diz que com mulher é melhor pois não tem bucho, mas num sei não , não sei nada dessas histórias, acho que é mermo o fim do mundo”
3 Madalena (parturiente)	“Eu ...eu tô já nos quatro.... desse agora é....o último se Deus quiser...tenho 35, tô nus 36... só junta,e esse parto foi o pior da minha vida, dos quatro que tive esse foi o pior.”
4 Bebel da Lagoa do Juvenal (gestante)	36 anos 3 filhos: “ é uma esperança que eu fique boa, né. Que eu boto o , o barco pá frente, né. Que eu fique boa, né, ...por que os médico qué que arrente fique boa, né. E quando Deus dá um bucho é sinal que tô, que posso ter saúde né, os outro fi num mim quer bem né e agora eu mais o meu véi nós se quer muito bem né...esse bucho vai ver, ser uma coisa de Deus nar nossa vida né.”
5 Maria do Lajedo (parturiente)	3 filhos, 15 anos – “ Junta falta butar os papel no cartório, mas num tô querendo muito não, sou muito nova, êle é mais velho que eu, viúvo, sei lá né, gente muito nova como home mais velho às vez dá e às vezes não dá certo.”
6 Rosa da Preguiça (parturiente)	3 filhos, 20 anos. “ Desse último companheiro que arrumei já tô arrumando os papel.Ele é bom só num presta quando bebe. Falta agora o do padre, mas o padre lá da Serra só casa nós quando ele parar de beber e butar buneco”
7 Fatinha da Jubáia (parturiente)	23 anos, 4 filhos: “Junta pela terceira vez mas dessa vez é a última que tenho minino, tenho fé em Deus e Nossa Senhora que vou arranjar uma ligação. É que dessa vez num deu tempo. Mas daqui a 40 dia eu vou, o dotor me prometeu se eu num tiver relação quando chegar em casa nesses 40 dias ele faz a minha ligação pelo imbigio.”
8 Helena do Cacimbão (parturiente)	30 anos, 4 filhos: “Largada do último companheiro, só por enquanto”.
9 Dona Francisca (Mãe)	43 anos, 9 filhos, “viúva, a espera de um novo namorado, “essa história da gente viver sem uma sombra é muito ruim, e depois é bom a gente ter um homem né”.
10 Irmã Cleide (Mãe)	45 anos ,10 filhos. “Junta com um crente, um vei muito bom que a mulher largou ele. E agora tá comigo. Meus filhos 6 morreram de morte e 3 foram assassinados nas festas da vaquejada do Itapebussú. Tem 5 vivo, tudo casado e pai de famia e essa única fême que restou agora mãe desse minino home”.
11 Dona Helena da Serra da Onça (acompanhante)	45 anos, 6 filhas: “Solteira mas ainda na fé de arrumar um véio bom que dê sustento e sombra. De todos os buchos todos os filhos foram fême, butei fême no mundo só pra sofrer, infelizmente”
12 Cristina(parturiente)	15 anos, 3 filhos: “ Vou parar de ter menino, tá bom, este agora eu vou criar, os outros e dei tudim, um prá vó dele , a mãe do pai dele, o outro pra minha mãe, agora este é pra mim né, na minha velhice, quem vai cuidar de mim ? E eu vou é estudar, fazer ENEM, me formar, ter uma vida independente, já ví que esse homens não prestam.”
13 Maria das Rosas	18 anos “meu primeiro filho, eu num queria não mas veio né... Vou criar ele, o pai não quer

⁵²Todos os nomes citados são fictícios de acordo com as resoluções da ética em pesquisa com seres humanos na defesa do anonimato dos sujeitos do estudo.

(parturiente)	nem saber, a vontade que da é botar lá na porta da casa da mãe dele. Ele tinha prometido pra mim deixar a mulher dele. Ela é bem mais véia que ele, ele só quer saber do dinheiro dela, ela é viúva de um sargento ganha bem, e ele tá se aproveitando... cabra sem vergonha”.
14 Joselane da Cachoeira(parturiente)	24 anos. 4 filhos. “Eu sempre quis uma menina fême. Graças a Deus veio. Esse pai dessa menina é bom pra mim. Tô no quarto filho dele. Ele travaia na roça mais eu, lá nos terrenos do Vieira. É um bom marido, só é mudo, mas eu entendo tudo dele. Também lá em casa eu tenho um menino mudo. Lindo ele é.”
15 Cícera das Lages (parturiente)	30 anos. “Eu tenho 3 filhos. Dois do meu primeiro marido.O meu mais velho de 16 anos também tá junto e a mulher dele mais velha que ele tá grávida, Deixei,... num prestava, o segundo, uma menina tem 15 anos e já sou vó. Tem uma nenêzinha linda. Agora eu abortei. Foi o jeito, peguei esse minino sem querer, e graças a Deus meu namorado me arrumou um citotec. No começo tive medo de usar, a gente fica assim né pensando, mas ele mim deu a maior força, Num dava não pra gente se juntar e antes de um filho agora. Foi o primeiro e último.Já sou vó né, e ter que ter menino novo a essa altura do campeonato não. Deus me alivre.Eu vou é pedir o vereador lá da Jubaia pra ver se arranja uma ligação pra mim. Tem é muita mulher que ele arranjou ligação nas inleições... política mermo né... a gente só consegue as coisas nas inleições.”
16 Raimunda da Papara (parturiente)	32 anos 4 filhos: “pelejei pra mim auperar, nas não não deu tempo. Vou levar os papél ⁵³ [...]e depois do resguardo o dotor disse que me aupera . Só tenho um menino comigo, o resto eu dei.”
17 Angélica do Rato de Baixo (parturiente)	4 1 anos . “Eu tô assim né um pouco arrependida, mas às vezes não. Eu sei que é pecado, mas só Deus sabe o que eu passo na minha vida. Vivo assim sem muito juízo, sei que estou em pecado. Já fui da Igreja, mas voltei a beber, e quem me botou na bebida foi ele. Já tive três filhos dele. O mais velho me botou pra fora de casa. Por isso é que eu abortei. E eu nem sabia que tava grávida. Foi só àquelas dores e o sanguaral escorrendo entre minhas pernas. Aí a Enfermeira de lá me botou na ambulância e o dotor... disse que era um aborto”.
18 Rita de Cássia do Rato de Cima (parturiente)	33 anos, 5 filhos. “Fiz ligação, graças a Deus. O meu último menino morreu. Só foi passar o resguardo que vim ligar. Mulher, tu nem sabe, é igual a gente se operar. Tô sentido muita dor. Mas tô satisfeita. O dotor... disse que esse último menino morreu é porque eu tenho pressão alta, e ele ainda nasceu de bunda mulher, afe maria, é horrível parto de menino de bunda, eu nunca tive não esse do menino que morreu é que foi a primeira vez.O bichim era tão gordo, mas o dotor Falou que faltou oxigênio pra ele. Nasceu roxo”.
19 Anjo do Céu. Maria Celeste. (Paciente faleceu no parto durante o período da pesquisa).	21 anos 2 filhos. “Meu parto foi normal, graças a Deus o nenê tá ali na incubadeira. Teve só um negocinho de oxigênio, mas o dotor. Disse que ele agora tá bem. Eu sofri muito nesse parto, cheguei nas últimas, nem sabia que ia ganhar agora. Passei a noite inteira com dor, cheguei aqui às 5 horas o menino já tava coroando. Mas agora estou tonta” ...
20 Dona Conceição do Trapiá (parturiente)	35 anos 7 filhos. “Muié, eu bem que disse pra tu que eu ia ter esse minino aqui. O dotor me mandou pra Fortaleza, pois ele disse que eu tava com negócio de complicação. Aí eu pensei: e se eu morrer? Lá em Fortaleza? Deus me alivre. E o trabaio que dá prá pegar difunto longe, a gente fica podre e num chega. Eu sempre quero me interrar limpinha e não podre...”

Na amostra, além da especificidade da parição, outras categorias assemelham-se e identificam certas regularidades: pobreza, pouca escolarização, nativas do mesmo município, mulheres quase crianças, adolescentes, jovens e maduras em condições reprodutivas.

⁵³ Os papéis que a parturiente se refere é a *Declaração de Autorização de Laqueadura* (ligação das trompas ou método de esterilização radical) que deve ser assinada pelo parceiro, marido, pois o SUS somente realiza o procedimento, com a autorização consentida. Neste caso o procedimento cirúrgico deve ser realizado após 40 dias do parto vaginal ou fisiológico.

4.4.4 Os médicos e médicas da maternidade

Como já disse, são cinco profissionais obstetras, duas médicas e três médicos, todos participantes do estudo: Dr. Asclépio (35 anos), Dr. Heródoto (50 anos), Dr. Apolo(38 anos), Dra. Vênus de Milos (35 anos) e Dra. Helena de Troia (28 anos).

Os participantes médicos e médicas⁵⁴ são especialistas em obstetrícia e dedicam vinte e quatro horas (correspondente a um plantão) por semana à maternidade e têm outros empregos, inclusive na atividade privada.

Todos e todas se formaram no Nordeste e fizeram pós-graduação na Universidade Federal do Ceará. A idade varia de 28 a 50 anos. “Consideram ter uma razoável renda mensal, mas têm que trabalhar muito para ter uma boa qualidade de vida.” Relataram-me que “amam a Medicina e a obstetrícia foi escolhida por ser considerada uma especialidade muito interessante, a mais bela da Medicina porque que traz ao mundo a vida, e porque a mulher esse ser tão belo é o objeto de seu controle e intervenção”.

4.4.5 A análise dos dados

“Não existe nenhuma fórmula aceita por todos os etnógrafos que possa servir de parâmetro para a análise de dados coletados em campo” (ANGROSINO, 2009, p. 92). Um esboço comum na maioria das descrições etnográficas seguem etapas de acordo com as sugestões de Angrosino (2009, p. 92-93), que por mim foram adaptadas organizadas da seguinte forma:

- Gerenciamento de dados. Meu diário de campo eram transcritos do papel para um arquivo no computador.
- Leitura de todos os dados anotados, tais como as observações e as notas de campo, transcrição das entrevistas e a visualização das fotografias de forma panorâmica para extrair e elaborar teorizações. As transcrições das entrevistas foram escutadas dezenas de vezes, pois o processo de digitação requer muitas repetições. Depois de todas as entrevistas transcritas, numerei cada uma de acordo com a cronologia de

⁵⁴Os médicos e médicas obstetras desse estudo são batizados por mim com os nomes de alguns dos mais importantes deuses do panteão olímpico da mitologia grega. Incluo também o nome do primeiro historiador que temos notícias que narram as mitologias. O objetivo dessa referência icônica vem validar as *identidades de legitimação* relacionadas ao poder-saber médicos como deuses que operam seus conhecimentos sobre uma racionalidade de risco entre a vida e a morte.

sua realização. Algumas entrevistas o áudio ficou muito ruim, e tive que excluir essas de meu repertório de dados. Procedi do mesmo modo com as notas de campo.

- Esclarecimento das categorias temáticas identificadas, tais como assimetrias relacionais, reificações ideológicas, posturas hegemônicas de práticas científicas médicas na ordem do discurso da Medicina positivista, e discursos da maternidade ideal santificada, levou-me a buscar as sustentações epistemológicas nas categorias escolhidas para as análises integradas em uma perspectiva linguística e explanatória. Nesse aspecto pude organizar a priori o esqueleto dos capítulos analíticos, de acordo com as categorias, hegemonia, ideologia, e a análise de discurso crítica no enquadre de Chouliaraki e Fairclough (1999). Imprescindível nas leituras das categorias temáticas, o recurso bibliográfico da dialética do discurso de Fairclough (2003) e suas abordagens críticas relacionais com as ciências sociais críticas, as ontologias sociais que articulam poder, capital, sistemas simbólicos, patriarcado, discursos, (interdiscursividade), representações e a construção das identidades.
- O suporte bibliográfico. Na organização dos meus dados escolhi categorias chaves previamente construídas com base na literatura: discurso médico-paciente, as questões de ideologia e gênero, linguagem e sociedade e humanização. As categorias produzidas pelos dados mais recorrentes são hegemonia, legitimação, poder médico, submissão, reificação e naturalização do sofrimento. A categoria humanização foi muito recorrente após as leituras panorâmicas e pude identificar o dialogismo nos textos produzidos pelos sujeitos e o da fonte bibliográfica (Ministério da Saúde e a assistência ao parto humanizado). Organizei o meu caderno de notas (diário de campo) usando esses temas como categorias principais. As epistemologias antropológica da Medicina foram importantes fontes de esclarecimento da constituição do discurso médico-paciente. No âmbito das interlocuções linguagem e sociedade, discurso médico-paciente e questões de gênero, construí um guia para garantir as reflexões que viriam ser consolidadas nos capítulos analíticos. As categorias prévias e as surgidas na triangulação dos dados, tais como humanização, a defesa pela obstetrícia hegemônica, o sofrimento naturalizado, favoreceram sustentar as seguintes categorizações teóricas: a primeira mais abstrata *representação e identificação de médicos e parturientes em situação*

de vulnerabilidade e sofrimento; agonias do parto, dialogicidades estranhas, o discurso médico-paciente e os sofrimentos. A partir dessas teorizações reelaborei os elementos temáticos em dezenas de subcategorias teóricas muitas delas reescritas numa textualização híbrida (conflituosa, agônica) no encontro do sagrado e do científico, dialogismos, ‘*epistemologias do sul*’ (uma nova forma de contribuição da humanização da prática médica) e a escrita etnográfica, que denomino de *uma etnográfica do encontro nos sofrimentos*.

4.4.6 A etnografia como produto

Os dados foram organizados em forma de texto intercalados com algumas figuras icônicas da arte, imagens e fotografias do campo de pesquisa e a combinação de quadros e gráfico. Quanto às transcrições dos dados das entrevistas para esta pesquisa não adotei convenções de transcrição mais detalhadas porque não analiso aspectos como troca de turnos, falas sobrepostas ou entonação. Utilizei “(…)” para indicar um corte na fala de entrevistados; as reticências simples, sem parênteses nem colchete, indicam frases inconclusas.

Não testei hipóteses e nem proposições, mas organizei os elementos temáticos (categorias) de modo a atender as minhas primeiras questões de pesquisa. Não examinei estatisticamente os participantes do estudo, apenas pude identificar as experiências de sofrimentos no evento discursivo parto sob o controle científico e protocolar da Obstetrícia.

4.4.7 O texto etnográfico como metáfora

“Embora a etnografia seja uma ciência, ela é muito diferente das ciências “duras” (que são baseadas em um modelo de pesquisa experimental e buscam uma objetividade rigorosa através da análise de dados quantitativos)” (ANGROSINO, 2009, p, 103). Por isso, na minha opção pela escrita etnográfica, faço o uso de metáforas ao longo da textualização e com mais força, nos dois últimos capítulos analíticos, por considerar que as categorias geradas na pesquisa etnográfica, ao ser textualizada numa linguagem poética e metafórica, constitui a contribuição da escrita etnográfica como arte e tragédia. O evento discursivo parto é um fenômeno que pela sua peculiaridade pedagógica e antropológica deve sim ser lido também nessa perspectiva trágica, como fruto da luta entre *hýbris* e *agón*, a luta sem tréguas, entre forças contrárias, conflituosas. A dor do parto é *desmedidura*, caótica, revolve ‘o mundo inteiro’ e traz lições para muitas questões dessa realidade brutal sobre a qual as mulheres mais

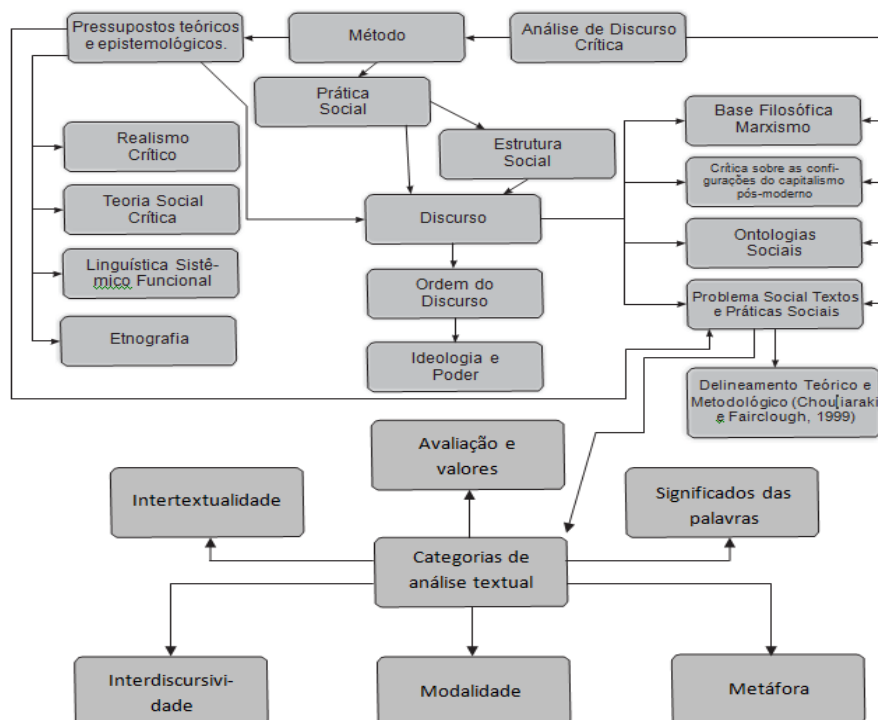
penalizadas pelas misérias sociais estão situadas. Importante frisar que o texto também é “representação ficcional⁵⁵”, pois omite as identidades dos participantes. “Trata-se apenas ao uso de técnicas de ficção literária” (ANGROSINO, 2009, p. 105).

Apresento a seguir o quadro 4, em que descrevo o processo de análise e seus pressupostos teóricos, epistemológicos e metodológicos a partir da organização das categorias temáticas previamente construídas com base na literatura.

Para resumir, o processo, segue, começando pela fase de leitura e análise das leituras panorâmicas (trianguladas) de acordo com as sugestões de Angrosino (2009, p. 99-97):

1. Organização das anotações, usando as categorias prévias com base na literatura.
2. Leitura de todas as notas de campo e a geração de novas teorizações (categorias).
3. Organização temática das categorias para fim de análise teórica à luz da ADC, teoria e método, articulada numa relação transdisciplinar com as epistemologias sociais críticas, o realismo crítico e as categorias de análise integradas à reflexão explanatória.

⁵⁵“Ficção é qualquer forma literária em que o contexto e as pessoas nele estudadas são representados ficcionalmente, (p. ex., o nome dado aos personagens)” (ANGROSINO, 2009, p. 105).

Quadro 4 - O processo de análise e seus pressupostos teóricos, epistemológicos e metodológicos

Importante frisar a sustentabilidade teórica dessa abordagem multidimensional, a ADC, sua constituição filosófica marxista que busca estudar evidências das estruturas sociais (ordem do discurso), permeadas pelas relações de conflitos, contradições, e desigualdades sociais. O diálogo da ADC com a Teoria Social Crítica institui o comprometimento ético e político da pesquisadora com o objeto de estudo, sem a pretensa neutralidade científica, que caracteriza um estilo de pesquisa etnográfica “dialógico, dialético e colaborativo” (ANGROSINO, 2009, p. 27).

4.5 O mergulho etnográfico

Figura – 4: Serra de Maranguape.

Fonte: Arquivo pessoal.

Este é o campo de pesquisa privilegiado pelo entorno da Serra de Maranguape, que está cercado por um santuário. Recebe muitos olhares, guarda segredos, preserva esperanças, acolhe de vez em quando os berros valentes dessas mulheres em suas partições dolorosas. O hospital recebeu muitos nomes e muitas placas inaugurais, que vão sendo fixadas a cada ampliação de seus equipamentos, mas a cidade o conhece da primeira placa, datada de 1988, que tem o nome do ex-governador Gonzaga Mota, mas é conhecido como Gonzaguinha. Em 2005, foi inaugurada uma ala, correspondendo à maternidade que tem também outra placa e outro nome, fotografia de morto ilustre, mas é conhecida pela comunidade como a “maternidade do Gonzaguinha”, caracterizada como de baixo risco para parto, sendo a única da cidade em funcionamento, pertencente ao Sistema Único de Saúde – SUS.

O atual nome é Argeu Braga Herbest, nome forte. Parece que não vai mudar. Trata-se de uma homenagem ao médico maranguapense, filho de imigrantes alemães, que vieram se instalar sob essa serra e profissional dedicado, que se tornou um mito para Maranguape porque os moradores acreditam que faz milagres, partos difíceis e cura todas as doenças. Nas décadas de 1950 a 1970, foi o maior nome da clínica médica no Ceará. Ele tudo sabia e quando em Fortaleza qualquer médico tinha uma dúvida diziam: “se eu não conseguir diagnosticar seu problema, a última palavra será dada pelo Dr. Argeu”. Mas a memória social da cidade concebe *Gonzaguinha* como o nome mais forte para o hospital e para a maternidade, apesar do atual nome merecer - segundo a população local - não uma placa, mas uma estátua, no altar da igreja, pois está mais para santo do que para uma placa simplesmente. Por enquanto é o Gonzaguinha, o campo de minha experiência etnográfica. Como todos os santos na cidade, o nome do Dr. Argeu circula nos santinhos, nos escapulários junto com Nossa Senhora da Penha, a padroeira da cidade.

O médico homenageado tem o túmulo mais visitado no belíssimo cemitério da cidade, protegido por muito verde, com belos mausoléus de estilo neoclássico e suas torres estilo gótico, tocando o céu. Se no passado havia caravanas de doentes em sua casa, vindos de todos os lugares, o seu túmulo ainda é o refúgio de muitos apelos testemunhados em candelabros toscos, com velas ardentes de fé.

A maternidade “do Gonzaguinha” foi projetada de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, respondendo às demandas do parto humanizado. Contém quatro salas de parto e uma ala para o alojamento conjunto da mãe e do recém-nascido. São, ao todo, duas enfermarias de seis leitos cada e uma de dois leitos, para atendimento de outras questões ginecológico-obstetras. É uma ala acoplada ao Hospital Geral, de baixo risco, para

atendimentos de nível secundário, clínico, urgência e emergências cirúrgicas e traumatológicas. O Centro Obstétrico atende clínica e obstetrícia de baixo risco, com centro cirúrgico para partos cesáreos.

Os casos de maior complexidade são encaminhados para Fortaleza, pois a maternidade não possui Unidade de Tratamento Intensivo - UTI para mãe e recém-nascido (UTI-NEONATAL), nem médio para alto risco. A equipe médica só realiza intervenções com anestesia se a opção for cirúrgica em partos cesariano. Partos fisiológicos ou vaginais não são cobertos por analgesia, tal como preconizam os protocolos de amparo e minimização da dor no parto vaginal, pois para isso a equipe teria que ter um anestesista, o que não ocorreu durante o desenvolvimento da pesquisa. Anestesista, quando tem, é para sala de cirurgia e não casos *dispensáveis* como o parto, por exemplo.

Figura – 5: Entrada principal do Hospital



Fonte: Arquivo pessoal.

A ala da maternidade é bem cuidada, protegida por um verde exuberante, no entorno da Serra do Maranguape. As mulheres usuárias geralmente são muito pobres. O centro obstétrico está organizado para atender a demanda de parto de baixo risco. É composta por três enfermarias de seis leitos cada. Tem um pequeno centro cirúrgico e uma ala específica para o preparo do recém-nascido. Para além dos médicos e médicas obstetras, trabalham os demais profissionais da saúde, enfermeiras, técnicos, auxiliares e o pessoal dos serviços de limpeza, maqueiros e apoio. Tem um consultório de consulta e dois postos de enfermagem, um para as duas enfermarias e o outro para a sala de parto. Também trabalham na maternidade as ex-parteiras que hoje assumem o papel de doulas ou amigas do parto. Essas têm uma significativa importância no contexto de atendimento ao parto no Gonzaguinha.

O ambiente é agradável, bem cuidado, como todo o ambiente da saúde pública deveria ser. Porém, como acontece nesse imenso País, a maternidade carece eventualmente de

uma ou outra coisa, acarretando mudanças na rotina, complicando as intervenções profissionais. De um modo geral, há dificuldades de infraestrutura, logística e recursos humanos. “É ruim, mas já foi muito pior”, como afirma um médico participante deste estudo, Dr. Heródoto.

Figura – 6: O convite ao silêncio.



Fonte: Arquivo pessoal.

No cenário surreal, as conversas; os olhares; nos horários possíveis, assistindo um pouco de TV; comentando sobre o noticiário, as artistas, celebridades de novelas, as fofocas do mundo, as *fofocas* da maternidade, o parto, a correria no parto; sobre as parturientes e suas coisas, sacolas, charme, preocupações com o corpo, a estética, “*os seios que poderão cair*” com a amamentação, “*buxos quebrados*”, mulheres “*saradas*”, “*pernas cheias de veias quebradas*”, as “*rabiçacas*”⁵⁶, e semioses não verbais articuladas corporalmente e identificados por mim nesse cotidiano. Tudo isso todo o esforço desse trabalho ainda não dar conta de uma mais abrangente textualização etnográfica. Espero posteriormente poder fazê-lo. Os limites impositivos da academia conduziram o processo de análise dos dados organizados⁵⁷ de forma a atender à multifuncionalidade da pesquisa.

As notas de campo, observações participantes, são também uma forma valiosa que elencam o diário de pesquisadora. Minha atuação inicialmente foi conhecer o cotidiano da

⁵⁶Rabiçacas é virar o rosto de uma vez como forma de desprezo. Muitas das mulheres chateadas com algumas imposições prescritivas do hospital assim o faziam.

⁵⁷Tanto as entrevistas, análise dos relatos colhidos e análise das notas de campo proporcionaram-me uma grande quantidade de dados que constrói o enredo da tese. Os dados avançam para além das demarcações de suas “caixinhas” organizacionais e vão se transformando continuamente em novos materiais e fontes de reflexão teóricas. “Os cientistas como Bruno Latour os descreve, transformam continuamente seus materiais. Começam com uma observação no laboratório ou no campo e transforma isso em matéria escrita num caderno, depois transformam essas anotações em tabelas, a tabela em diagrama, o diagrama em conclusão, a conclusão no título de um artigo. A cada passo, a observação se torna mais abstrata, mais divorciada da concretude do seu contexto original, e o destino de um argumento ou achado científico está sempre nas mãos de usuários posteriores: eles decidem se será rejeitado ou acatado e incorporado ao corpo de fatos aceitos por todos nessa ciência” (BECKHER, 2009, p. 30).

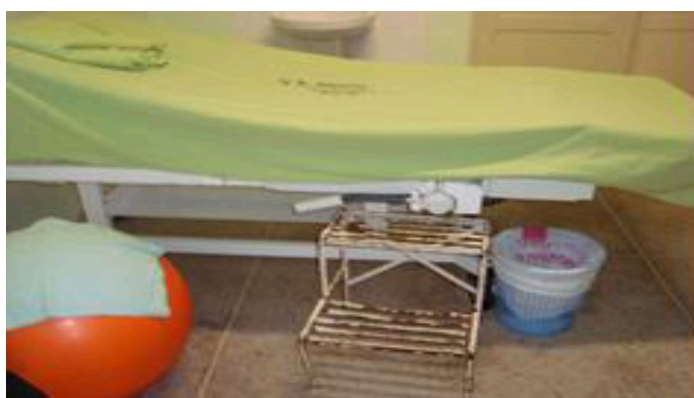
maternidade. Revi amigas, amigos, e me incorporei ao grupo de profissionais de uma forma muito bem aceita. No princípio, muitas emoções, curiosidades e uma sensação de impotência diante do desafio que se apresentava aos meus olhos. Um ambiente sensível, onde circulam muitas pessoas com demandas diversificadas.

Figura – 7: Porta principal de entrada da sala de pré-parto, conhecida pelas mulheres como “o *sofredor*”.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura – 8: A sala de parto.



Fonte: Arquivo pessoal.

4.6 Alguns comentários

Apresentei a opção etnográfica metodológica pós-positivista, pós-moderna e justifiquei s posicionamento epistemológicos e teóricos.

O mergulho etnográfico exigiu um longo processo de interlocução e de vivências para desvelar, e interpretar o campo de pesquisa, estudando o cotidiano do atendimento ao parto que se mostra central para o interesse específico de pesquisas etnográfico-discursivas: a interação, a representação e a identificação.

Entrei ao hospital no mês de maio de 2010, logo após a aprovação do projeto de tese pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Inicialmente organizei minhas atividades em 2 plantões (1 de 12 horas e outro de 24 horas por semana). Para dar conta das disciplinas que estava cursando, reduzi meus plantões para 1 de 24 horas por semana. Dessa forma, fiquei até setembro de 2012.

Nesses meses, assisti a dezenas e dezenas de partos vaginais e a algumas dezenas e dezenas de partos cesariano. Vivi momentos interessantes, felizes, tristes, acompanhei vidas em aflições e a consumação de óbitos. Na ambulância, acompanhando mulheres transferidas para hospitais de alta complexidade, em Fortaleza, participei de experiências muito difíceis para as mulheres em busca de vagas.

As expressões, aflições, os sinais de angústias e de alegrias de mulheres, profissionais, médicos, médicas, dos profissionais de serviços gerais, das arrumadeiras dos leitos, dos recolhedores dos lençóis e vestimentas, dos maqueiros, vigias, seguranças, porteiros, dos gerentes, dos chefes, das chefas, dos visitantes, familiares, das conversas de enfermarias, dos aconchegos mãe e filho, das saudades que elas relatam de seus amores e dos outros filhos, e de alguns médicos e médicas, o trejeito no olhar as pacientes, no cheiro do ambiente, na alegria, e nas angústias vividas em situações dramáticas que tive a oportunidade de acompanhar, tudo isso vivenciei ancorando reflexões sobre as trilhas do senso comum, das experiências pessoalíssimas de minha trajetória como mulher que, décadas atrás, foi como uma delas também. E faço questão de preservar as vivências de ontem com imagens fundamentais de meu crescimento como estudante, profissional e mãe.

5 REPRESENTAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MÉDICOS E PARTURIENTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E SOFRIMENTO

Este capítulo contempla as análises dos seguintes eixos conceituais dessa tese: 1) a relação médico-paciente no evento discursivo parto; 2) a questão da humanização do parto de mulheres em situação de vulnerabilidade e sofrimento; 3) como essa humanização é discursivamente construída pela instituição Medicina obstétrica e pelo discurso da humanização do Ministério da Saúde.

As categorias linguísticas, modalidade, metáfora, significado das palavras, as categorias de representação dos atores sociais de Van Leeuwen (1997) e a dialética dos significados representacionais de Fairclough (2003) são as categorias que dão suporte para as análises da identificação de representações e identidades de profissionais médicos, médicas e parturientes no evento discursivo parto.

Dentro da perspectiva proposta de Chouliaraki e Fairclough (1999), analiso os elementos da prática em foco e as relações desses elementos entre si (atividade material/ relações sociais e processos/ fenômenos mentais e discurso) e como essa relação pode ser pensada a partir de um discurso de humanização posto pela instituição obstétrica e outro posto pelo Ministério da Saúde.

Na categoria ideologia e hegemonia, a epistemologia do Realismo Crítico considera a vida (social e natural) um sistema aberto, constituído por várias dimensões – física, química, biológica, psicológica, econômica, social, semiótica -, todas com suas próprias estruturas distintivas, seus mecanismos particulares e poder gerativo. Na produção da vida, social ou natural, a operação de qualquer mecanismo é mediada pelos outros, de forma que nunca se excluem ou se reduzem um ao outro. De acordo com Bhaskar (1989, p. 12), a realidade é estratificada e a atividade científica deve estar comprometida em revelar esses níveis mais profundos, suas entidades, estruturas e mecanismos (visíveis ou invisíveis) que existem e operam no mundo. A integração à análise explanatória dos dados linguísticos deve necessariamente, sustentar a análise do ponto de vista das práticas sociais. O objetivo é mapear conexões entre o linguístico e o social em uma análise verdadeiramente integrada.

Na perspectiva de análise de discurso, de Fairclough (2003), apresento a hibridização do discurso médico-paciente, coexistindo e interagindo dialeticamente como os significados da linguagem nos processos de representação e identificação de médicos e parturientes em situação de vulnerabilidade e sofrimento. Na perspectiva da análise linguística integrada à análise relacional explanatória, focalizo as seguintes categorias:

interdiscursividade (tipos de discursos); modalidade; avaliação; metáfora; significado da palavra; a oração numa perspectiva representacional; a representação como recontextualização; representação dos atores sociais (VAN LEEUWEN, 1997).

5.1 A humanização na prática obstétrica e dialogicidades

No capítulo 3, expus as considerações teóricas da Teoria Crítica do Discurso enquadradas na pós-modernidade, que debate questões sociais num foco dialético pós-estruturalista, movimento epistemológico e filosófico insurgente que se disseminou na Europa diante das negações que solaparam as velhas e sagradas utopias das esperanças modernas.

As estruturas internas da realidade social como elementos dinâmicos, dialéticos articulados, que se interconectam às relações sociais e às concepções mentais, recebe da ADC a sustentabilidade filosófica marxista para o desenvolvimento de sua epistemologia linguística híbrida com interfaces dialógicas transdisciplinares.

As questões problemáticas que devem ser discutidas, enfrentadas na relação linguagem e sociedade interpela inevitavelmente a busca por mudanças e transformações sociais possíveis, que garantam práticas sociais e discursivas com menos sofrimentos à humanidade em sua relação intrínseca com a natureza e à vida social. Cenário de intensas lutas em contingências sociais complexas, que - para serem compreendidas e enfrentadas - prescinde um diálogo da ADC com a Teoria Social Crítica. Uma leitura “essencial para a fundamentação da teoria do materialismo histórico” considera a totalidade da realidade social e que Harvey denomina dos “seis elementos”⁵⁸ reunidos num mesmo espaço, mas em intensa inter-relação” (HARVEY, 2013, p. 192).

Cada um desses elementos “é internamente dinâmico” (HARVEY, 2013, p. 192), o que permite ver cada um como um “momento” das práticas sociais. A interação entre cada

⁵⁸ “Os elementos constituem momentos distintivos de evolução humana, entendido como uma totalidade. Nenhum momento prevalece sobre os outros, mesmo que no interior de cada um exista a possibilidade do desenvolvimento autônomo (a natureza muda e evolui, do mesmo modo que as ideias, as relações sociais, as formas de vida cotidiana etc.). Todos esses elementos se desenvolvem em conjunto e estão sujeitos a renovações e transformações perpétuas como momentos dinâmicos no interior da totalidade. Mas essa totalidade não é uma totalidade hegeliana, em cada momento interioriza estreitamente todos os outros, mas uma totalidade ecológica, o que Lefebvre chama de “conjunto” e Deleuze, de “junção” de momentos que se codesenvolvem de modo aberto, dialético. O desenvolvimento desigual entre os elementos produz contingência na evolução humana (de maneira muito semelhante como as mutações imprevisíveis produzem contingência na teoria darwiniana) (HARVEY, 2013, p.193). Destaco que a ‘evolução’ não deva ser compreendido como uma significação ascendente de acordo com as concepções de ordem e progresso idealistas da razão ‘indolente’ hegeleana.

momento⁵⁹ por sua dinamicidade constroem as concepções mentais do mundo ou discurso como representação (FAIRCLOUGH, 2001; 2003), que podem mudar por ser contingentes. Tais concepções são alteradas pelas *tecnologias*⁶⁰ que por sua vez alteram e constroem práticas sociais. Uma totalidade não é algo estático, mas construído numa ‘realidade’, um dédalo de muitas e complexas redes tornadas⁶¹ invisíveis, declaradas como inexistentes pela ‘razão indolente’ (SANTOS, 2006).

Analisar as relações dialéticas do discurso “pode identificar a relação de causalidade entre práticas sociais e textos” (RESENDE, 2009, p. 24) e contribui para desvendar epistemologicamente as dimensões ontológicas potenciais não realizadas ou realizadas. Contudo, é imperioso alcançar ‘realidades’ para além do campo teórico discursivo. A seguir, transcrevo o gráfico do modelo conceitual do arcabouço dialético marxista proposto por Harvey (2013), por considerar sua pertinência em relação as bases teóricas e epistemológicas com as quais a ADC operacionaliza sua epistemologia dedicada a estudar a linguagem l na relação sua relação com a sociedade.

Textos têm efeitos sociais, efeitos causais, seus efeitos ‘mediados por produção de sentidos’ podem mudar relações e incluir mudanças no mundo em todas as esferas políticas, geopolíticas, econômicas, etc. (FAIRCLOUGH, 2003). Mas entender e explicar as causalidades tem sido desde os pré-socráticos o grande investimento da humanidade, alcançando todas as esferas de produção de conhecimentos e constituições de verdades no mundo. Mas o esforço moderno e contemporâneo das ciências sociais vem discutindo a vida e o mundo, as relações sociais, econômicas, poder, ideologia e hegemonia, a partir de um ponto importante desenvolvido pelo marxismo, base fundante do caráter crítico teórico e epistemológico da ADC. O modelo conceitual dialético marxista (HARVEI, 2013, p.192) dá uma cosmovisão das complexas relações entre representações, discursos e práticas sociais numa inter-relação dinâmica sob das concepções mentais do mundo e sua relação com a natureza, modos de produção, tecnologias, relações sociais e reprodução da vida cotidiana.

⁵⁹A relação humana com a natureza merece uma reflexão importante dentro desse arcabouço de Harvey: a natureza muda evolui, e sofre ao longo do processo de exploração capitalista uma série de práticas destrutivas. Uma visão determinística da natureza como um potencial infinito de recursos é mais um discurso problemático da concepção capitalista de produção no mundo.

⁶⁰Como tecnologias nessa tese faço uma analogia da arte médica e a complexa rede de discursos, científicos, políticos, morais, éticos que circulam e ativam cognições e práticas discursivas. “Tecnologias são produzidas a partir de concepções mentais” (p. 193) Nesse sentido lembro a violência obstétrica no parto como as tecnologias invasivas.

⁶¹Sem esquecermos que a luta hegemônica e o desenvolvimento da hegemonia “implica e supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos” (GRAMSCI, 1999, p.104).

Figura - 9: Modelo conceitual do arcabouço dialético marxista.



Fonte: Harvey (2013, p. 192).

Evidentemente a representação e identificação de médicos, médicas e parturientes em situação de vulnerabilidade e sofrimento é parte desse arcabouço conceitual sobre o qual são construídas. O desafio posto nessa reflexão é identificar como sofrimentos são efeitos ideológicos do poder e hegemonia da Medicina obstétrica, e das relações opressivas dos sistemas de conhecimento patrocinados pelo patriarcado. Neste capítulo me deterei em estudar os efeitos ideológicos da hegemonia obstétrica no confronto dialógico Bakhtin (2008) dos discurso da humanização ao atendimento no parto pelo Ministério da Saúde versus prática obstétrica científica adotada pelos médicos e médicas no cenário da pesquisa etnográfica.

Por isso considero que o enfrentamento dessa questão prescinde da contribuição epistemológica, que aponte para uma compreensão da realidade social que seja articulada como Realismo Crítico, considerando o mal estar e a crise das ciências sociais que não conseguiram responder às dimensões ontológicas (*'potenciais não realizadas, ou realizadas'*) (BHASKAR, 1977) da realidade social. Muitos dos problemas das sociedades contemporâneas têm como consequência “da relação colonial de exploração e dominação nos dias de hoje, sendo talvez o eixo da colonização epistêmica mais difícil de criticar abertamente: a relação global etnoracial do projeto imperial do Norte Global vis à vis do Sul Global – metáfora da exploração e exclusão social – como parte da relação global capitalista” (MENEZES, 2008, p. 5), constituindo nos discursos as dimensões obliteradas dessa ‘realidade social’ veiculados nos diversos textos e práticas sociais que circulam no mundo.

Debater o conhecimento produzido pelas epistemologias canônicas merecerá de Santos (2006) uma proposta alternativa da alternativa do conhecimento (*Epistemologias do*

*Sul*⁶²), enfrentando o centro do mundo e suas epistemologias colonizadoras, imperialistas dominantes quando se pensa em mudança e transformação social é imprescindível ‘renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social’ (SANTOS, 2009). Prescinde de um olhar para além do cânone no qual as muitas facetas da realidade não são identificadas como problemáticas, ou quando apontadas como impossíveis de serem enfrentadas nos limites políticos e ideológicos que as institui. A leitura de uma ‘realidade social’ pelas lentes do colonizador sob uma estrutura disciplinar (científica, teórica, filosófica) de produção de conhecimentos do Norte

que representam uma divisão de saberes, uma estrutura organizativa que procura tornar gerível, compreensível e ordenado o campo do saber, ao mesmo tempo que o disciplina, endossando e justificando desigualdades entre saberes e criando outras formas de expressão, que perpetuam a divisão abissal da realidade social; o que não está conforme o definido pela racionalidade moderna volatiliza-se e desaparece (MENEZES, 2008, p. 6).

Segundo Santos (2008), a geração do conhecimento moderno produzido pelas ciências sociais não conseguem dar conta de identificar ‘realidades sociais fora do processo hierárquico disciplinar do colonizador’⁶³.

É uma racionalidade indolente que subjaz ao pensamento ortopédico ocidental, que não reconhece, e por isso, desperdiça muita da experiência social disponível ou possível no mundo. Muita da realidade que não existe ou é impossível, é ativamente produzida como não existente e impossível (SANTOS, 2008, p. 20).

Entender e identificar dimensões da ‘realidade’ obscura, silenciada ou produtivamente dada como *não existente*, demandará, nesses ‘tempos de transição, trabalhar o velho para renová-lo até o limite’ (SANTOS, 2006). E a partir de uma reflexão ‘rebelde’, ‘insurgente’ *o Sul do sofrimento* merecerá nessa etnografia no evento discursivo parto, uma sustentabilidade epistemológica à ADC e ao Realismo Crítico, que torne visível cosmologias no sofrimento no parto apagadas pelo saber canônico.

⁶² “Epistemologias do Sul deve ser compreendido como parte de uma história, de um percurso que parte do envolvimento crítico com as epistemologias dominantes associadas às ciências modernas, com suas tensões, dinâmicas de debates e propostas de inovação, convergindo o que Santos designou de crítica interna ciência (NUNES, 2008,p. 45-70).

⁹ As mudanças sociais desejadas não aconteceram e que poderiam ser conquistadas com o marxismo não o foram e fracassaram “devido a incapacidade de reconhecer a necessidade de um engajamento político que atravessasse todos esses momentos e fosse sensível às especificidades geográficas. A tentação do comunismo revolucionário foi reduzir a dialética a um simples modelo causal, em que um ou outro momento era colocado na vanguarda da mudança e encarado realmente como tal. O fracasso era inevitável!” (HARVEY, 2013, p. 194).

No contexto da pesquisa etnográfica discursiva, pude identificar algumas dessas dimensões *potenciais não realizadas*, como o discurso médico-paciente sob a ordem discursiva canônica da Medicina no conflito interdiscursivo do discurso da *humanização da Medicina* patrocinado pelo Ministério da Saúde no Brasil. O saber ortodoxo, ‘ortopédico’, disciplinador e higiênico da constituição epistemológica científica da tradição positivista médica, não alcança a interação dialógica permeada pela subjetividade médico, médica e mulheres.

5.1.1 Análise da conjuntura

A análise da conjuntura aqui esboçada de acordo com Chouliaraki e Fairclough (1999) constitui numa abordagem política e institucional de como as práticas sociais são organizadas no cenário de uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais sob a força do capitalismo. O marxismo é a base filosófica e teórica, pois Marx como ‘analista do discurso’ - em sua tese sobre filosofia política, economia e sociedade - justifica e propõem mudanças sociais de práticas abusivas das relações sociais.

No contexto da pesquisa etnográfica a conjuntura é identificada na prática obstétrica numa maternidade pública. Médicos e médicas atuam no atendimento clínico ao parto sob a ordem discursiva da Medicina científica. Esta interação é técnica e disciplinar. A dimensão epistemológica (dados gerados e triangulados pelas entrevistas, observação participante, artefatos, notas de campo) produzida pela etnografia aponta para um processo de interação marcada pela neutralidade médica, uma escolha moral, o poder disciplinar. É uma constituição dominante do modo como a Medicina constitui o seu saber e sua prática sobre corpos doentes.

5.1.2 Práticas relevantes

A Medicina vê um corpo, sutil, invisível que se esconde na clínica e que essa percepção é mediada pelo silêncio, a neutralidade, imparcialidade solitária que penetra e ausculta sinais e sintomas. O corpo doente cingindo é o corpo ontológico *potencial irrealizável* ao atual conhecimento-formação do saber médico. O *potencial irrealizado* espera para o encontro da ‘realidade’, que apresente um corpo atravessado por outros matizes e sutilezas dos sofrimentos, sobre os quais um gesto de compreensão e solidariedade é mais

importante que uma estratificação anamnésica ou taxonômica das patologias e fisiologias do parto.

De acordo com a concepção ontológica heterogênea e insurgente o acesso ao *potencial* e ao *realizado* por meio da empiria é contingencial, é um momento das práticas. Não são estruturas causativas eternas, leis universais determinísticas e que seriam irrefutáveis tais como o positivismo clássico e lógico proclama. Identificar as vozes, as estruturas do mundo em um sistema complexo, aberto, contingencial, acessível ou não, observável ou não, é um exercício teórico e epistemológico denso, impossível de apenas ser conformado aos postulados disciplinares clássicos do conhecimento prévio, canônico passível de ser comprovado por hipóteses e leis causais no campo etnográfico.

Bhaskar (1998) defende que as estruturas sociais podem gerar um *Sistema de Intransitividade*. Contempla a realidade das entidades das coisas, *estruturas* - que existem e agem independentemente do nosso conhecimento que temos delas - *o realismo ontológico*. Cristalizado na linguagem, o conhecimento é fixado pelas práticas e instituições sociais em seu poder de verdade.

5.2 Relação do discurso com outros momentos – discursos como parte da atividade-discurso e reflexividade

Ontologias tanto podem garantir processos políticos de luta, em benefício das causas dos direitos da humanidade, como também fixam discursos opressivos, tais como concepções xenofóbicas, sexistas e de gênero. *A mulher* e o discurso do essencialismo de sua sacralidade aviltada pelo pecado é uma forte presença a perdurar nas cognições (representação e discurso), realimentando as tragédias e genocídios em muitos lugares do mundo. Essa questão é complexa e categorias como direitos humanos, dignidade e justiça social são quase sempre questões *intransitivas*, inacessíveis há muitas mulheres em sofrimento no parto na arena das desigualdades e misérias sociais.

O realismo ontológico pode ser *conhecido* pelo realismo epistemológico (*sistema transitivo*). *A transitividade* refere-se à relatividade ou à contingência do conhecimento discutidos no interior das teorias, ciência, com significados cuja função é dar conta das entidades, fenômenos intransitivos na realidade social. Nessa perspectiva, a ciência com a qual o Realismo Crítico dialoga não está nos limites hegemônicos positivistas, e é com as ciências sociais críticas que são possíveis estabelecer conexões.

A realidade ontológica é *intransitiva*, e será apropriada de formas distintas, considerando como afirma Berger e Luckman (1999, p.35) essa “realidade da vida cotidiana, ou mais, precisamente, do conhecimento que dirige a conduta na vida diária (...) pode aparecer aos intelectuais em várias perspectivas teóricas.” O sentido da *intransitividade* “apresenta-se como uma realidade interpretada”. Daí a percepção teórica deva ser muito aguçada e socialmente mais relevante, pois não podemos esquecer que essa realidade é fruto da luta hegemônica e, como tal, as “forças de domesticação” (GRAMISCI, 1999) podem silenciar, tornar *invisíveis e naturalizadas* muitas das ontologias sociais, como o sofrimento de mulheres no parto. Como intelectuais uma leitura da ontologia intransitiva requer um comprometimento epistemológico crítico de amplo alcance social, ético e político comprometido com a emancipação e transformação social.

Os objetos transitivos estão sujeitos a mudanças e a transformações (BHASKAR, 1998), aos novos *jogos de linguagem*⁶⁴ que tão bem marcaram o momento histórico da *virada linguística* e que foram determinantes na disseminação da crise do positivismo clássico e a emergência do construcionismo social no século XX, quando o “o significado de uma palavra é seu uso na linguagem” (WITTGENSTEIN, 1984, § 43).

A ‘realidade’ social é apenas parcialmente textual.

Muito do que acontece não depende ou não corresponde à compreensão de atores sociais: há consequências inesperadas e condições não percebidas, e as coisas podem acontecer a pessoas independentemente de sua compreensão” (SAYER, 2000, p. 20).

Como foi resenhada no capítulo 3 sobre a análise de discurso, segundo Fairclough (2003), quero apenas recordar que “o discurso são modos de representar aspectos do mundo – os processos, relações e estruturas do mundo material, o mundo mental dos pensamentos, crenças, e assim por diante” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 123). Nesse aspecto, o discurso e suas diferentes perspectivas do mundo, “constituem parte dos recursos com que as pessoas se posicionam” (FAIRCLOUGH, p. 123) não só do ponto de vista individual, como instituições e práticas políticas, ideológicas, sociais, etc. O discurso médico obstétrico é um forte dispositivo epistemológico, historicamente constituído, que permite agir sobre as pessoas, com intervenções desconhecidas, questionadas como desnecessárias⁶⁵ e para, além disso, com marcas de violência no atendimento obstétrico. Epistemologias se fortalecem e sacralizam

⁶⁴A linguagem é uma coleção de ‘jogos de linguagem’ (WITTGENSTEIN, 1984, p.66-7).

⁶⁵Os questionamentos são por parte do Ministério da Saúde que se posiciona a favor do atendimento ao parto o menos interventivo, o menos medicalizado possível. Essas posições são denominadas Humanização no Parto.

teorias e práticas de saber, de agir, tal como a Medicina científica positivista é consolidada sob um sistema hegemônico, empírico do domínio da experiência. As dimensões ontológicas são *o potencial e o realizável*.

A experiência etnográfica constata práticas interventistas, protocolos, médicos, que suscitam problematizar discursivamente o parto de uma forma interdiscursiva. “Nesses aspectos, distinguir entre o potencial e realizado significa reivindicar um status de realidade para as *estruturas* sociais - que embora não sejam diretamente observáveis podem ser conhecidas por seus efeitos em eventos” (RESENDE, 2009, p. 21).

O parto, como um evento humanizado⁶⁶, no contexto de uma maternidade pública de baixo risco, acontece? E se não acontece, por quê? Se mulheres sofrem no evento parto, o alívio desse sofrimento acontece? Não acontece ou acontece de forma não satisfatória? Por quê? Como esses eventos estão sendo construídos num sistema de redes? Redes que integram o SUS, os leitos nos hospitais, as vagas nas UTI materna e neonatal, os sistemas especialistas (Serviços de Alta Complexidade), o pré-natal, com toda segurança desejada, os exames de imagem entre outras questões essenciais ao exercício da obstetrícia na pós-modernidade?

5.2.1 *Análise estrutural: ordem do discurso*

O desafio posto nessa discussão é desvelar os aspectos ontológicos potenciais do discurso médico obstétrico como uma das condições desse sistema contingente, contextualizado a mudança de práticas até então dominantes.

As diversas dimensões da vida social não operam isoladas, e as contingências contextuais podem apresentar mecanismos de ativação/bloqueio de poderes causais, o que significa que a vida social é um sistema aberto, isto é, não pode ser prevista (RESENDE, 2009, p. 25).

Nesse aspecto é importante o entendimento da prática social segundo a ontologia, que orienta a versão da ADC como dialeticamente interconectada *a crenças, atividade material, relações sociais, discursos, crenças, valores e ideologias* (FAIRCLOUGH, 2003). E os componentes ontológicos do mundo social, nessa perspectiva, da ordem do discurso, *são estruturas e ações sociais, práticas posições e relações sociais, eventos, identidades, ideologias, discursos, textos*. “Uma realidade estratificada como um sistema aberto e a noção

⁶⁶“Humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudável, respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê” (OMS, 2000). **Organização Mundial da Saúde**. Direitos das gestantes. 2000. Disponível em: <<http://www.direitos/oms.htm>>. Acesso em: mar.2012.

de mundo social, nos domínios da economia, da política e da cultura, incluindo a vida cotidiana” (RESENDE, 2009, p. 30).

Estruturas sociais “são entidades abstratas que definem um potencial, um conjunto de possibilidades para a realização de eventos, mas a relação entre o que é estruturalmente possível e o que acontece de fato não são simples. Eventos não são efeitos diretos de estruturas: a relação entre eles é mediada por entidades organizacionais intermediárias, as práticas sociais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 23). E, em nível de prática, corresponde ao conceito de ordem do discurso “que se referem a permanências relativas de aspectos discursivos em práticas sociais específicas” (RESENDE, 2009, p. 33).

5.2.2 O parto de baixo risco

Na atenção de baixo risco de parto, a classificação alcança *quase* ao estatuto não medicalizado que o parto vem se constituindo como uma prática não médica da tradição interventista obstétrica invasiva tal como preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004)⁶⁷.

O médico, no parto humanizado, deve utilizar apenas as tecnologias biomecânicas para ajudar no acolhimento do trajeto do bebê, caso ocorra algum problema que dificulte o seu nascimento do ponto de vista fisiológico e vaginal. Nada mais. E os protocolos considerados *desnecessários*, tais como manobras de empurrar o bebê no abdômen da mãe, (Manobra de Kristeller), a aplicação de hormônios indutores do parto (ocitócicos) e os procedimentos cirúrgicos de cortes no períneo⁶⁸ ou (episiotomia) é realizada para facilitar a ejeção do bebê e depilação dos pelos pubianos (tricotomia) e demais regiões perivaginais são discutidos pelos médicos e médicas em fragmentos de textos a seguir. Todas essas tecnologias consideradas *desnecessárias e não humanizadas*⁶⁹.

Vejamos a seguir os Relatos 16 e 17.

⁶⁷ BRASIL. Ministério da Saúde, 2004. **Estratégias para redução de partos cirúrgicos**. Disponível em: <<http://saude.gov.br/datasus>>. Acesso em: mar.2012.

⁶⁸“O uso indevido da episiotomia e da posterior sutura (episiorrafia) é um exemplo da violação do direito de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes” (REZENDE *apud* REDE NACIONAL FEMINISTA DA SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, BRASIL, 2012).

⁶⁹ Algumas das práticas que inibem “a segurança e o bem-estar “desestimuladas pelo Ministério da Saúde, ainda estão sendo praticadas rotineiramente no *Gonzaquinha*. Dentre estas constam: indução à tricotomia (depilação dos pelos pubianos e da região perineal); exame de toque vaginal; posição horizontal durante o trabalho do parto; utilização de acesso na veia para administração de medicamentos; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; episiotomia e manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto).

Nádia: Gostaria que comentasse sobre parto humanizado

DR. VÊNUS DE MILUS. O Ministério da Saúde parece que só tem economista. Inventaram essa história da gente ficar só observando o parto. Esse período que a gente nunca sabe como termina. De repente no final, no último momentozinho, o útero entra em atonia, não produz mais contrações, e aí?

Relato 16

Nádia: Gostaria que comentasse sobre parto humanizado

DR. HERÓDOTO: É o seguinte eu acho mesmo é que são as enfermeiras que querem agora tomar de conta da obstetrícia, querem fazer parto, pré-natal, e ainda dar ordem pra a gente não fazer os protocolos chamados invasivos. É muito engraçadinho isso. DR. HERÓDOTO:

Relato 17.

Os conflitos que emergem, desse embate, levam-me a questionar o porquê nesse cenário discursivo do parto em uma maternidade de baixo risco. O poder médico reacende o debate de uma hegemonia científica obstétrica diante das prescrições do parto humanizado e leva-me a refletir sobre algumas angústias que os textos revelam. Seria possível pensar que o parto como um evento medicalizado da Medicina é deslocado para uma esfera não médica como uma forma de transformação de uma prática que quer ser de outros profissionais da saúde?

O Estado, ao defender o discurso da humanização, justifica a não medicalização do parto como uma ação natural a não depender necessariamente da atenção médica sofisticada? A sofisticação de fato seria *desnecessária*? Porque os médicos e médicas em defesa da vida das mulheres invocam o poder médico, e o Ato Médico⁷⁰? A obstetrícia é somente da Medicina ou as demais profissões podem exercê-las, doulas, parteiras enfermeiras? Ou obstetrícia se constitui como uma imposição de um saber exclusivo e que foi incorporado às demais profissões de saúde e, inclusive, estaria no âmbito da Medicina sendo enfraquecida pelo Ministério da Saúde?

Esse discurso coincide com a luta do movimento médico pela aprovação na Câmara Federal do Ato Médico. Então, qual poderia ser a sua função? Em que medida essa normatização da prática do médico seria útil para a sociedade em nosso cenário contemporâneo? A ênfase no caráter singular da Medicina não seria uma estratégia de diferenciação e dominação? E é legítima para essa estratégia em defesa da vida das mulheres pobres atendidas no SUS? Para responder a isso, considero pertinente analisar as questões, considerando a relevância da problemática da saúde da mulher, o parto e a mortalidade materna no contexto da sociedade brasileira, sob condições em que se articulam outras práticas profissionais no âmbito da saúde pública. Aspectos relevantes das relações que se

⁷⁰ ATO MÉDICO no Brasil é o conjunto disciplinar das ações de intervenção médicas exclusivas da Medicina.

estabelecem no fortalecimento do papel singular do saber médico, como modo de operação da ideologia, destacando o fortalecimento de quem exerce o poder médico, com ênfase na divergência e diferenciação entre o grupo das profissões da saúde.

As vozes dos profissionais assumem posicionamentos em discursos contra as prescrições do parto humanizado na prática da Medicina e o exclusivismo de abordar alguns aspectos conceituais, considerando suas habilidades e competências epistemologicamente legítimas na arte de partejar. O modo de produção da articulação do poder médico é controlado pelas elites simbólicas (epistemologia médica obstétrica) e, nesse aspecto, representa um capital simbólico, que determina a forma de representação do discurso e elabora as forma de dominação, controle e poder (VAN DIJK, 2008, p. 44).

O empreendimento político do reconhecimento da prática social da Medicina moderna faz do médico, apenas a este, o direto de intervir na arte de curar com a plenitude de um discurso científico numa figura única, a articulação da linguagem médica com seu objeto - o sofrimento da humanidade. A Medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade a forma da racionalidade médica, dotadas de conhecimentos cabendo a si, a qualidade singular, a forma única que torna possível organizar uma linguagem da cura. Cabia a esta linguagem, apenas a ela, autorizar, a respeito do indivíduo, um saber, a experiência clínica forma e em profundidade, e pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (FOUCAULT, 1998).

A autonomia do discurso médico e a complexidade de seu olhar sobre a doença expurgam quaisquer outras práticas impuras, inclusive tais como operam os cirurgiões e os religiosos, freiras, os práticos. Para estas categorias podem cuidar - apenas de quem são portadores de pequenos problemas - pessoas que gozam de boa saúde, moradores das zonas rurais e pobres. Estamos contextualizando um cenário no qual o capitalismo entra em seu processo áureo de fortalecimento da prática da Medicina, para ser realizada privatista e liberal.

A experiência clínica médica e seu esforço de organização como biopolítica, superior a todas as outras artes de curar, criou o estatuto hegemônico do poder sobre a vida e a morte. Diante das transformações políticas e científicas, que instituíram outras profissões para atuarem na saúde e na doença - como a Psicologia, a Odontologia, a Enfermagem a Psiquiatria, a Cirurgia, a Psiquiatria - com autonomias epistemológicas se cientificaram, ao abrigo da qual poderiam exercer sua experiência prática sob os limites e restrições no campo da saúde sem alcançarem a complexidade do estatuto da arte de curar tal como a Medicina

logrou. A exceção ficou para a psiquiatria e a cirurgia que, no final do século XIX, evoluiria a ponto de tornarem-se verdadeiramente especialidades médicas e que depois de uma intensa negociação, seriam agregadas à Medicina. Michel Foucault (1995), elucida essa digressão no contexto do nascimento da Medicina moderna no plano do discurso médico entre o século XVIII e XIX na França – uma ruptura e autonomia na episteme da época, com todas as outras artes de curar.

O estatuto do Ato Médico, que atravessou o século XX, chegando aos nossos dias na modernidade posterior, luta mais uma vez por sua exclusiva episteme, diante da dor do homem no limite da vida e da morte. Um espaço de poder que classifica, ordena o modo de olhar, dizer, guiar para o interior invisível do corpo e dos órgãos, na busca das alterações na estrutura anatômica que podem correlacionar com os sintomas e sinais da doença. A definição de um estatuto político da Medicina e a constituição, ao nível de um estado, de uma consciência médica, encarregada de uma tarefa constante de informação, controle e coação, exigências que compreendem objetos tanto relativos à polícia, quanto propriamente os da competência da Medicina (FOUCAULT, 1995).

Assim, estabelece-se um duplo controle das instâncias políticas sobre o exercício da Medicina e de um corpo médico privilegiado sobre o conjunto de práticas e de outras profissões, que se apropriam do objeto da Medicina. Ontem e hoje -, o discurso médico se estabelece em sua autonomia singular. Pede-se que a consciência de cada indivíduo esteja medicamente alerta. Será preciso que cada cidadão esteja informado do que é necessário e possível saber em Medicina (FOUCAULT, 1998).

Estas discussões, na modernidade, deram à Medicina o seu caráter de representação do discurso que compromete politicamente os médicos em relação à doença e ao doente, o caráter privilegiado da normalidade médica socialmente definida, a verdadeira arte de curar. Com a contribuição genealógica de Michel Foucault, encontramos apoio para esclarecer como o discurso médico se estabelece como produto da biopolítica disciplinar, nas relações de poder e de seu caráter produtor de eventos sociais, da prática da saúde no cenário da modernidade.

O texto final do Ato Médico, aprovado na Câmara dos Deputados em 21 de outubro de 2009, legitima uma representação estável de poder e dominação que a Medicina tem sobre a arte de curar e historicamente acumulam-se de epistemologias de alto teor de capital simbólico, destacando sua superioridade em relação às demais profissões de saúde.

O poder é legal e simbólico. Vascularizam-se nas relações de políticas públicas de saúde, como também na cor branca em vestimentas, no avental que incorporam rituais

exclusivos do médico. Prescrevem medicamentos, consultam, elaboram diagnósticos, dirigem instituições, assumem o controle e chefia de Hospitais, Clínicas, Secretarias de Saúde, entre outras esferas administrativas, socialmente articuladas nas práticas sanitárias e de gestão pública. Adquiriram-se legitimamente poderes em práticas sociais para o atendimento, gerenciamento das demandas de saúde das populações.

A seguir, apresento Relatos do conflito pela hegemonia do discurso médico na arte de partejar versus discurso do parto humanizado não medicalizado prescrito pelo Ministério da Saúde no Brasil; legitimação de ações e ordens sociais e o papel social do médico; ideologia como representação de aspectos do mundo, contribuindo para o estabelecimento, manutenção das relações sociais de poder, associadas com discursos (FAIRCLOUGH, 2003).

Nádia: É possível falar que o parto de baixo risco outros profissionais da saúde podem executá-lo?

DR. ASCLÉPIO: Eu acho que essa classificação de parto de baixo risco é hipocrisia. O Ministério da Saúde não quer gastar dinheiro e que fazer com que os médicos voltem no tempo das cavernas. Fecham os hospitais maternidade. Aqui foram fechadas duas grandes maternidades. Em Fortaleza foram fechadas nos últimos cinco anos oito maternidades. Só tem três funcionando. E a população de gestante muito alta, é como você diz mesmo aí, são as mulheres que batem de porta em porta. Elas precisam é de uma vaga para serem atendidas, e tem horas que lota tudo, não tem onde botar mulher; veja tem 15 dias que morreu àquela gestante lá na fila de espera do HGF⁷¹, sabe quantas horas ela passou para ser atendida? Oito horas. Oito horas se contorcendo em dores em cima de uma cadeira. Chegou no hospital as 15 horas, morreu a meia noite quando foi ser atendida. Isso é um genocídio. E vem a hipocrisia do Ministério com esses manuaizinhos de parto humanizado. Isso é hipocrisia. Escreva isso na sua tese: hipocrisia.
Relato 26.

O desabafo do Dr. Asclépio é forte e aponta algumas questões que precisam ser enfrentadas pela sociedade brasileira, pois as revelações aqui trazidas são fontes de muitas inquietações diante dessa conjuntura discursiva do *sofrimento no parto*. Os relatos médicos apontam para a necessidade do fortalecimento da medicalização no parto, considerando que a humanização possa ser um discurso problemático de enfrentamento das causas mais graves relacionado à mortalidade materna.

A interação médico, médica e mulher sem dúvidas é crucial nesse processo, que facilitaria solucionar uma faceta desse problema; a atenção acolhedora para garantir que as subjetividades e angústias *da maldição do parto* e algumas das suas manifestações possam ser suavizadas. Mas o Dr. Asclépio nos leva a outras angústias que devem ser enfrentadas na

⁷¹ HGF: Hospital Geral de Fortaleza, um dos poucos hospitais públicos na cidade de Fortaleza com UTIs materna e neonatal de alta complexidade.

nova ordem discursiva das políticas de saúde ao parto nesse País, não suavizadas pela *humanização*, e sim solucionadas nas esferas governamentais no SUS. Na Medicina privada tudo é compatível com a força do dinheiro, bem estar, agendamento “e lá é proibida a palavra sofrimento no parto” (DR. HERÓDOTO). A mulher pobre não tem escolhas, não pela via de parto e sim pelas circunstâncias presentes e não resolvidas pelo sistema. Pobreza é igual a mortalidade materna. A mortalidade materna sinaliza de forma grave e cruel o quanto que a cidadania está sendo desumanizada, desrespeitada e, o pior, desfocado do debate político nesse país.

Há nos textos de médicos e médicas o posicionamento político crítico junto às esferas governamentais. Defendem o parto como um evento médico potencialmente favorável a complicar, e encara o *discurso da humanização* como uma forma atenuada de desfocar o verdadeiro obstáculo de mudança dessa prática para uma posição humanitária de suas ações gerenciais, recursos, e prioridades reais da saúde pública.

A partir das texturizações médicas - que defendem a prática obstétrica como hegemônica contra a naturalização *romântica* do parto humanizado prescrito pelo Ministério da Saúde -, considero que emergem *identidades profissionais éticas*, comprometidas com a ordem do discurso da Medicina positivista

5.3 Análise dos elementos da prática de partejar

O objetivo da análise da prática social do evento discursivo parto no Gonzaguinha, de acordo com a ‘matriz social do discurso’ (FAIRCLOUGH, 2001), é: correlaciona as relações e as estruturas hegemônicas, que constituem a matriz dessa instância particular da prática social e discursiva (FAIRCLOUGH, 2002, p. 289-290) e os efeitos ideológicos de sua representação ou transformação.

Considero o gênero discursivo parto como uma dimensão semiótico-discursiva da prática social da Medicina, no ambiente hospitalar no contexto da pós-modernidade. Na perspectiva adotada por Fairclough (2001, p. 135) “a intertextualidade deve ser combinada com uma teoria das relações de poder e como se moldam (e são moldadas por) estruturas e práticas sociais”. As relações de poder são produzidas pelo discurso médico estabelecido pela ordem discursiva da prática médica.

A intertextualidade consiste das “relações externas e internas do texto – relações intertextuais e a presença material de outros textos dentro de um texto”. (FAIRCLOUGH, 2003, p. 29). A materialidade discursiva é advinda das práticas sociais. “E um texto é

constitutivo de convenções discursivas que entram na sua produção” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 136). E considerando que as ordens do discurso SÃO fontes gerativistas de práticas de saber – poder (FOUCAULT, 1997), a Medicina como prática social é legitimada sob esta ordem discursiva e representações dialeticamente relacionados numa dinâmica social complexa.

“A interdiscursividade corresponde aos discursos e gêneros discursivos citados ou comentados de forma explícita ou implícita nos textos” (MAGALHÃES, 2010, p.18). Ou seja, é a inter-relação entre os textos e discursos na ordem do discurso médico obstétrico e o *discurso do parto humanizado* pelo Ministério da Saúde, que podemos localizar a prática médica como conflitante de uma hegemonia ideológica clínica em sua especificidade científica, que vê o parto como um evento medicalizado.

A relação entre Análise de Discurso Crítica e Teoria Crítica do Discurso (MAGALHÃES, 2004) nos orienta a refletir sobre os efeitos sociais dos textos, pois como afirma Fairclough,

textos têm efeitos causais, isto é, produzem mudanças e pode mesmo em longo prazo provocar mudanças sem serem necessariamente regulares, pois muitos outros fatores no contexto determinam quais textos particulares têm tais efeitos e que variedades de efeitos o texto pode ter, por exemplo, o ponto de vista de diferentes intérpretes. (FAIRCLOUGH, 2003).

A prática social da Medicina e o Ministério da Saúde são aqui identificados como alguns dos elementos constitutivos dos poderes causais, que moldam os textos. O parto medicalizado é um meio de controlar a seleção das complexas ações da arte de partejar, excluindo-a de outras profissões da saúde, uma ação exclusiva do saber médico.

Segundo Fairclough (2003, p. 16), o discurso figura de três principais maneiras na prática social: Gênero, (modos de agir), Discursos (modos de representar) e Estilos (modos de ser) como as três principais maneiras em que o discurso figura como prática social – modos de agir, modos de representar, modos de ser. São os seguintes tipos de significações textuais: Ação, Representação e Identificação. Gêneros, discursos e estilos são na ordem meios relativamente estáveis e duráveis de agir, representar e identificar. São todos tidos como elementos de ordens do discurso médico-paciente no nível da prática social e que se articulam dialeticamente.

As relações dialéticas entre os significados gêneros, discursos e estilos não são estanques, mas a relação entre eles é mais sutil e complexa (FAIRCLOUGH, 2003, p.108). A representação tem a ver com conhecimentos e, por meio dele, controle sobre as coisas. A ação

está relacionada, de modo genérico, com a relação com os outros, mas também com a ação sobre os outros, e com o poder dialeticamente relacionado. Representações particulares (discursos) podem desempenhar de modo particular Ações e Relações (gêneros), e apontar modos de Identificação (estilos).

5.3.1 O gênero discursivo parto

O parto é um gênero semiótico multimodal, que tem um modo retórico embasado numa ritualística clínica médica integrada no cenário de uma maternidade pública. A característica dessa especificidade social é uma das questões que caracteriza o gênero partear com critérios de abordagens diferenciadas e específicas às demandas obstétricas de mulheres em situação de vulnerabilidade social, que identifiquei no campo de pesquisa, e que gerou as seguintes características:

- 1) O parto é um evento não agendado;
- 2) O plantonista que faz o parto é desconhecido da mulher;
- 3) Não há um vínculo interacional prévio entre o plantonista e a mulher;
- 4) O plantonista não fez o pré-natal da mulher, nada conhece sobre sua gestação;
- 5) Não tendo o vínculo interacional e afetivo entre médico, médica e mulher o evento parto torna-se para a parturiente mais um desafio diante da complexidade que se reveste o processo de parir envolto em perspectivas de ansiedade, angústias, medos vários, de morrer, do bebê nascer *aleijado* ou mesmo vir a morrer ao nascer, *enlaçado pelo cordão umbilical*, entre outras angústias;
- 6) A falta do processo interacional e relacional - que deveria ocorrer ao longo da gestação - desencadeia na mulher mais sofrimento, desconfiança, temor pelo atendimento do plantonista ou da plantonista;
- 7) O atendimento em maternidade de baixo risco não é considerado absolutamente seguro, pois conta com a imprevisibilidade do evento fisiológico parto com as prováveis complicações que possa evoluir;
- 8) No contexto da saúde pública é previsível tornar o evento parto mais sofrido para a mulher pois o arranjo estrutural da atenção à saúde esbarra em sua crise endêmica de gestão, escassez de recursos (técnicos, humanos, leitos de UTI materna e neonatal), que pode eventualmente ser um dos elementos em foco, que favorece a mortalidade materna e neonatal.

Apresento agora fragmentos das entrevistas de médicos e médicas, que são relevantes para a análise e que foram suscitadas a partir de minha indagação: *Por favor, fale-me um pouco sobre o parto humanizado?* As respostas como os médicos e médicas no Gonzaguinha discutem a ‘relação dialógica’ (BAKHTIN, 2008), entre o discurso da humanização do parto (Ministério da Saúde no Brasil) *versus* parto humanizado pela ordem discursiva da obstetrícia do qual são praticantes, dispenho a seguir:

Nádia: E o parto humanizado?

DRA. VÊNUS de MILLUS (...) tudo isso é uma invenção antiMedicina. O parto humanizado as Enfermeiras PODEM fazer, mas o atestado de óbito quem dá é o médico, muito engraçado né! Por isso eu defendo o Ato Médico, aquilo que é do médico fazer e pronto. Aí fica tudo que é profissional da saúde querendo fazer as coisas e dar as ordens aos médicos. Isso eu não aceito. O Ministério da Saúde parece que só tem economista.

Relato 18

Nádia: Por favor, fala como é ter que lidar com o parto humanizado aqui no Gonzaguinha?

DRA. HELENA DE TROIA. (...) O parto huimanizado, feito natural, em casa tudo isso é incrível se nosso país fosse a Dinamarca, Suíça, ... Gente aqui é o Brasil, estamos no Nordeste, gente. Isso é uma ironia. Não concordo que o parto deva ser feito em casa. Esse tempo era o tempo da Idade Média que tão querendo trazer de novo essas práticas. Qual é o médico que pode dispensar uma UTI? Uma incubadora? Um exame laboratorial de urgência? Isso é coisa de polícia!. A Medicina não pode caminhar feito caranguejo, prá trás e sim acompanhar as evoluções tecnológicas, imagens, suportes, etc. Por isso que o parto é hospitalar, tem que ser hospitalar, assistido com exclusividade por médicos especialistas obstetras, que o parto não é só do obstetra, mas tem que ter o neonatologista, o pediatra, não tem essa história que tá na moda, vamos fazer parto natural, tudo muito lindo, parece propaganda enganosa. Humanização do parto é ter tudo funcionando num hospital. Parto é potencialmente favorável para desencadear a mortalidade materna, quer seja humanizado, ou não.

Relato 19

Nádia: Por favor, fala como é ter que lidar com o parto humanizado aqui no Gonzaguinha?

DR.ASCLÉPIO: Eu sempre falo: parto humanizado é todo parto, cesariana, vaginal, humanizar é fazer certo, é tratar como gente a mulher, e não poder cortar não dar ocitócico, ao contrário, o ocitócico é reconhecidamente protetor, na dose correta ajuda a manter o útero numa dinâmica rítmica que precisa para o período expulsivo ocorrer tudo bem. Mas eu não quero dar ocitócico pra me ver livre da mulher não, pra terminar logo o parto e ir embora, isso é um absurdo. Tenho um nome pra zelar. Faço obstetrícia há 25 anos e nunca vi um caso nem na literatura e nem na clínica que um médico opte em fazer uso dessa medicação pra se ver livre da mulher, ou faça um fórceps pra maltratar a mulher, ou corte o períneo para a mulher ficar em situação estético-funcional de sua saúde reprodutiva prejudicada.

Relato 20

Os textos dão conta da situacionalidade de questionar o parto humanizado como uma questão exclusiva não medicalizada, o que rompe com a epistemologia demarcadora da

prática social da Medicina, que se situa na dicotomia normalidade versus patológico e a imperiosa arte de curar. Tais regras atribuem posicionamentos discursivos específicos.

O parto é um evento interconectado a ordem do discurso que aponta as seguintes características:

- a) recontextualiza a prática social da Medicina com a ótica da legitimação do poder;
- b) determina relações sociais e identitárias do médico e médicas diante da equipe de saúde.

Quanto à estrutura é pertinente localizar o discurso em relação à rede de ordens do discurso: *o discurso legal da Medicina* ou da ordem discursiva da Medicina, saber socialmente constituído para a garantia do controle da paciente em situação de parto.

A seguir apresento a dialética do discurso de acordo com Fairclough (2003), que se volta simultaneamente para a estrutura e para a interação.

5.4 Dialética dos significados representacionais

No Quadro 5 (significados da linguagem da ótica dos médicos e médicas) a seguir, apresento aspectos relevantes de fragmentos dos textos com os quais elaboro uma análise da dialética dos significados representacionais e identificacionais de acordo com Fairclough (2003). A argumentação se constrói na generalização sobre a necessidade da sociedade reconhecer que o parto é um evento médico, ressaltando a necessidade de manutenção de prerrogativas da arte de intervenções medicalizadas e, portanto, importa destacar que o discurso da humanização do Ministério da Saúde fragiliza a obstetrícia médica, deslocando o parto como um evento não necessariamente medicalizado.

A Medicina obstétrica no atual confronto do discurso da humanização prescrito pelo Ministério da Saúde reforça seu poder ideológico centrado na especialidade do saber legitimamente preparada para defender o parto como um evento exclusivo médico.

A seguir vejamos os significados representacionais da linguagem de acordo com a dialética do discurso de Fairclough (2003), que mostram como ideologias são representadas nos discursos, associadas aos significados identificacionais e estilos.

Quadro - 5: Significado representacional – interdiscursos: significado acional –identificacional e estilos

Significado Representacional	Significado acional: gênero parto
Discurso ético	Eu faço com tem que ser feito: é para dar ocitócico dou. Por que quero? Não: porque tem indicação. Eu faço parto fórceps porque quero? Não. Porque tem indicação. Se o bebê tá aprisionado no canal de parto, a mulher tem uma atonia, o que é que eu vou fazer? Sigo os protocolos. O Ministério da Saúde chama isso de desnecessário. <u>O que falta ele não diz</u> . Falta vaga pra essa mulher, falta vaga em uma UTI se ela precisar. Não tem vaga (DR. HERÓDOTO).
Discurso político	Essa mulher só tem a nós, médicas, e médicos os bodes expiatórios E nós não somos deuses vendo a mulher se acabar sem ter as condições de salvá-la, de intervir (DR. APOLO).
O discurso do poder médico	Se essa mulher morrer no parto? Ela está sob meus cuidados. Eu é que tenho de controlar legalmente a <u>situação</u> , e se não fizer sou passível de negligência médica, imperícia , etc. O parto é uma coisa da Medicina. Eu não delego a ninguém, nenhum profissional de saúde qualquer coisa (DR. HERÓDOTO).
O significado identificacional e estilo – identidade de legitimação da hegemonia médica científica	
Identidade de Legitimação (poder, competência)	Eu não posso deixar a mulher voltar ao seu estado de selvagem, iguais as cachorras vira latas da rua, pois as cachorras das dondocas têm condições hospitalares e humanas melhores que as mulheres do SUS. Corto sim porque é a vida da mulher que corre riscos (DR. ASCLÉPIO)
Identidade de Legitimação	Na minha sala de parto não quero doulas fazendo parto, e nem enfermeiras. Eu faço o parto. Eu é que responderei legalmente caso ocorra alguma coisa a esta mulher, quer seja por imperícia, ou negligência. Não vou entregar as mulheres aos outros profissionais (DR. HERÓDOTO).
Identidade legitimação	Eu peço um exame de ultrassom, uma intravaginal morfológico pra mulher e tem quinze mil na frente dela. Chega o dia de parir e não tem. Ela me pergunta e aí Doutor? Eu digo vale o seu voto. Você tem a vida inteira pra sofrer se seu filho nascer com problemas e só vamos identificar na hora do parto. Mas tem um minuto para mudar tudo isso na hora de votar. Se você escolher safado para governar só vai dar nisso, não respeitam a saúde pública, não respeitam a saúde da mulher e de ninguém. São um bando de hipócritas (DR. APOLO).

Fonte: Adaptado a partir de Fairclough (2003, p. 29). *Analysing discourse* (Londres, Nova York, Routledge).

A abordagem dialética, segundo Fairclough (2003), considera Ações e suas relações sociais, Identificação de pessoas, Representação do mundo, Discursos (gêneros, discursos, estilos).

Textos não são apenas efeitos de estruturas linguísticas e de ordens do discurso, são também efeitos de outras estruturas sociais, e de práticas sociais em todos os aspectos, de maneira que se torna difícil separar os fatores que modelam textos (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

O significado representacional de textos é relacionado ao conceito de discurso como modo de representação de aspectos do mundo. Diferentes discursos são distintas perspectivas de mundo associadas a diversas relações, que as pessoas estabelecem com o

mundo, e que dependem de suas posições no mundo e das relações que estabelecem com outras pessoas (FAIRCLOUGH, 2003), competindo, cooperando e dominando.

As relações externas de textos incluem suas relações com outros elementos de eventos sociais (mais abstratamente, práticas sociais e estruturas sociais). A análise desses outros elementos de eventos sociais inclui como eles figuram em Ações, Identificações, e Representações (FAIRCLOUGH, 2003, p. 36).

A análise interdiscursiva da articulação dos textos vai considerar a posição de Fairclough (2003, p. 124), que vê discursos como modos de representar aspectos do mundo - os processos, as relações e estruturas do mundo material, o mundo mental dos pensamentos, as crenças, e assim por diante, e o mundo social.

A interdiscursividade conflitando o discurso da ordem discursiva da Medicina (poder, ideologia e hegemonia científica positivista), com o discurso da humanização do atendimento obstétrico prescrito pelo Ministério da Saúde (não intervenções medicalizadas desnecessárias), apresentam os discursos: 1. O discurso ético; 2 o discurso político; 3 o discurso do poder legal da Medicina.

5.4.1 O discurso ético

O discurso ético se sobrepõe às práticas das tecnologias e às abordagens diversos profissionais estabelecidas nos domínios teóricos e científicos legais. São enfatizadas, resgatando o caráter simbólico hegemônico do agir sobre a vida, sem ocultar a lógica conceitual tecnicista-biologista. Categorias estas exclusivas da clínica medicalizada.

No Relato do Dr. Apolo destaco a seguinte frase: **vendo a mulher se acabar sem ter as condições de salvá-la**, que contém elementos de um discurso ético (o do dever) e elementos de um discurso político: aquele não dito pelo Ministério da Saúde, sobre o que falta nos hospitais (crítica política). Diante das tecnologias e abordagens não interventivas sugeridas pelo Ministério da Saúde, os médicos e as médicas defendem que o parto é um evento potencialmente favorável a evoluir negativamente de acordo com os domínios teóricos e científicos. As virtudes são enfatizadas, resgatando o caráter de respeito a vida das mulheres e seu filho. O discurso ético hibridiza-se com discurso do poder médico como estatuto do poder sobre o corpo da mulher no evento obstétrico médico legalmente amparado pelas normas de ontológicas legais da Medicina.

5.4.2 O discurso político

O discurso político emerge da perspectiva, do modo como figura na ação, as vozes que se indignam com o Ministério da Saúde. Discutem a conjuntura social da prática da Medicina, apelando pela exigência de respeito na rede de práticas sociais e de discursos, ressaltando a exclusividade do saber médico obstétrico como superior dotado de especificidades, habilidades, competências e constitutivo em si mesmo. Não está na Medicina, e sim nas políticas públicas de saúde, a má situação do atendimento ao parto na rede pública de saúde, inclusive, com práticas médicas por não médicos (outros profissionais de saúde) de atribuições que prejudicam a população.

O discurso político resgata o papel constitucional do estado brasileiro, que coloca a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. A articulação dialógica do discurso político surge como uma forma de registrar o caráter legitimador do ato de votar, dialogando com o conceito de soberania popular e sua singular importância na democracia em relação às decisões políticas, que garantam circular os mecanismos de justiça na sociedade, respeitando o preceito constitucional do direito à saúde. Contudo, vejo essa identidade política como um dos componentes do discurso de reação a uma possível perda da hegemonia da prática medicalizada ao parto feito pelo Ministério da Saúde. A identidade médica é um poder que representa a instituição médico-obstetra, um poder que se constitui de um conhecimento que falta à voz do poder político, que se legitima numa democracia representativa pelo voto.

5.4.3 O discurso do poder médico: ideologia e hegemonia

O discurso legal da Medicina ou discurso do poder médico enfatiza sua episteme autonomizada como fundamental para a garantia da vida da mulher. Enquanto o Ministério da Saúde pretende e qualifica o parto como dos profissionais da saúde, a resistência é frontal: primeiro, quanto ao conhecimento e aos protocolos que são contestados com desnecessários e invasivos. Considerando que o embate é ideológico relembro que “ideologias são representações de aspectos do mundo que podem ser mostradas para contribuir para o estabelecimento, manutenção e mudanças das relações sociais de poder, dominação e exploração” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 9).

Nesse contexto, o conceito de ideologia perpassa a manutenção da dominação baseado no poder. As ideologias têm existência material nas práticas discursivas (CHOULURIKI; FAIRCLOUGH, 1999). O Ministério da Saúde no Brasil discute e

dissemina conceitos e práticas da assistência ao parto entre profissionais de saúde⁷², enfrentando a ordem discursiva da Medicina e seu poder sobre o parto como um evento estritamente médico e medicalizado.

Objetivo não congruente com o poder médico é legalmente contraditório a toda luta da classe defendida pelo Ato Médico no Brasil, aprovado pelo Senado em março de 2012 - Lei 268/02. O Ato Médico foi aprovado em meio a intensas discussões dos Conselhos Representativos das demais profissões de saúde no Brasil - que se posicionaram contra prerrogativas exclusivas de médicos -, que foram incorporadas em algumas de suas práticas, considerando a sua área de competência, tais como realizar o diagnóstico das doenças (nosológico) e a prescrição terapêutica (tipo de tratamento), entre outras. No Brasil, são 13 as profissões de saúde regulamentadas, com legitimidade para a aplicação de habilidades e competências para fazer o diagnóstico e as respectivas prescrições terapêuticas, além de outras funções técnicas que entram em conflito com as atividades do médico.

No entendimento do Conselho Federal de Medicina, a regulamentação da Medicina traz segurança ao paciente e não fere a autonomia das outras 13 profissões da área da saúde, que já possuem escopo de atuação definido por legislação própria.

Cabe somente ao médico, a formulação de diagnóstico nosológico e sua respectiva prescrição terapêutica. É exclusiva do médico a indicação e a execução de procedimentos invasivos, inclusos os atos diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo os acessos vasculares profundos, as biópsias, as endoscopias entre outras 15 atribuições (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011, p. 9).

O momento traz para o cenário discursivo outras vozes, outros discursos diante das redes de práticas que se ligam às relações mutáveis de poder. É preciso discutir a humanização não somente sob a perspectiva das técnicas tais como os médicos estão colocando. É determinante nesse debate o processo relacional médico-paciente tal como preconiza o Ministério da Saúde. Quanto a esta questão transcrevo o Relato a seguir em que a visão tecnocêntrica hegemônica médica do parto medicalizado é discutida e defendida.

Nádia: Dr. Heródoto, sobre a presença de acompanhantes na sala de parto, vi que você não aceitou: o que tem a comentar sobre essa questão:

DR. HERÓDOTO: Eu trato a mulher seguindo os protocolos, **mas não aceito que na minha sala de parto tenha qualquer acompanhante.** Acho que **acompanhante atrapalha, eu mando sair mesmo. Sala de parto é área privativa da Medicina.** Pra que uma pessoa que não sabe de nada, ignorante, ficar aqui dentro? Eu sei o que faço e não preciso de ajuda de acompanhante. **Preciso das**

⁷²O Ministério da Saúde apresenta esta publicação com o objetivo de disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Pretende, principalmente, integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. (BRASIL, 2012).

enfermeiras, de acompanhantes e nem doulas preciso não. Aqui tem umas doulas, elas sabem que no meu plantão não entram. Elas podem ficar lá na enfermaria, conversando, **mas aqui não.** Os acompanhantes atrapalham. E as doulas é que mandam as mulheres ficarem aí sentadas nessas bolas. Esse negócio da mulher ficar sentadas nessas bolas, ficar pra cima e pra baixo rodando, eu acho isso uma besteira, uma enganação. Em que vai ajudar no parto? Só se for efeito placebo, pois com a natureza biológica da mulher não tem isso não, isso é invenção de não sei quem, pois faz milhares de anos desde que o mundo é mundo que a mulher nunca precisou de bolas para parir. Evidências científicas esse nome é uma enrolação. O que o Ministério deve fazer é botar um anestesista em cada maternidade de baixo risco, outro nome idiota, pois todo o parto é de risco potencial, não existe essa história de baixo risco, só serve para dificultar a vida da mulher.
Relato 25.

O Ministério quer *também* o atendimento humanizado como uma tecnologia que garanta o espaço concreto da subjetividade, o diálogo e escuta *humanizada* das demandas das mulheres e suas angústias da parturição. Por isso sugere nas maternidades a presença das doulas que têm acesso livre aos centros obstétricos, do SUS. Conversando, interagindo com as mulheres, explicando experiências, trocando vivências e informações, garantindo a solidariedade, escutando, compartilhando o sofrimento. Atualmente, de acordo com a política patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina e o Ato Médico, as parteiras estão proibidas de atuar na obstetrícia.

Restrição também para algumas tecnologias médicas exclusivas da Medicina sobre as quais até bem pouco tempo as enfermeiras obstetras podiam atuar. Hoje há uma interdição quase absoluta, porém, podem executar algumas manobras biomecânicas de ajudar no parto, sem ser permitida a utilização de qualquer procedimento cirúrgico ou de aplicação de fármacos, medicação etc.

Neste aspecto a humanização está sendo descaracterizada no contexto operacional da intervenção médica. O evento discursivo parto não consegue se reconhecido no Gonzaguinha sem a racionalidade de risco, um pensamento dominante da Medicina. Le Breton (2011, p. 282-3) comenta que a opção por práticas médicas de evidência científica ou ‘Medicinas paralelas’ é uma crise da própria hegemonia da Medicina clássica, que como instituição social tem uma visão de homem, doença, e a representação do corpo sobre a qual ela repousa profundamente atrelado à uma concepção de corpo biológico doente e não interage com as dimensões culturais, simbólicas da doença.

A obstetrícia medicalizou o parto para si reivindicando o parto *natural* como uma tecnologia médica exclusiva no contexto da Medicina científica. Em muitos lugares do mundo, o parto permanece como uma prática milenar da tradição mergulhada nas diversidades das culturas. Foi a Medicina de Estado que recolheu da natureza o parto para

aprender a decifrar alguns de seus segredos, e inventou a clínica, criou os protocolos e transferiu o poder de sua intervenção à obstetrícia desta prática social e política.

A grandeza de sua constituição clínica é o de garantir sobre a esfera biológica e orgânica, genética, química, hemodinâmica, fisiológica, a sutileza desse corpo. Nesse aspecto o discurso da humanização médico-obstétrico é um discurso hibridizado que compacta tecnologia com estilos de atenção político, gestão, leitos, UTIS, etc. O caráter da humanização do Ministério da Saúde preconiza a não intervenção para preservar *o natural* campo discursivo, que todo o investimento científico moderno, clássico da Medicina, o descredencia. É um embate ideológico, hegemônico e político.

Considerando que as ideologias são representações “elas podem ser postas em ação associadas com identidades com discursos (como representações), com estilos (FAIRCLOUGH, 2003, p. 9), e com práticas sociais.

O discurso científico da obstetrícia reclama e compete das prescrições do parto humanizado pelo Ministério da Saúde. Aceitar o parto *natural* exige uma hierarquização rigorosamente competente nas esferas da atenção primária de saúde que realize um pré-natal eficiente, com exames a tempo, com respostas emergenciais solucionadas e que o parto chegue a termo com todas as possibilidades preventivas possíveis estabelecidas. Mesmo que o evento seja “um segredo de Deus e a mulher” é possível margear os territórios interditados desse *mistério*. Vejamos o relato a seguir:

Nádia: O parto tem segredos para a ciência obstétrica?⁷³

DR. APOLO: Tem sim: a mulher ninguém conhece, ninguém sabe de sua constituição orgânico-anatômica, da estática funcional de sua musculatura da bacia. Não tem exame que diga ou revele isso. O parto é um segredo que só Deus e a mulher sabe. Ninguém sabe além deles dois.

Relato 22.

Sem um sistema integrado de respeito aos protocolos clínicos na evolução da gravidez e parto, torna o evento da parturição muito problemático a exigir das peregrinas em uma boa dose de sorte. *O segredo* está na não disponibilidade para estas mulheres de um sistema primário de saúde na atenção básica, que funcione corretamente, o pré-natal com todas as consultas e exames da baixa, média e alta complexidade realizados, ultrassom, imagens, etc. Muitas dessas abordagens preventivas evitariam as complicações no parto. Por isso, *a boa dose de sorte* como sugere o médico entrevistado é importante, pois em situações

⁷³ Minha pergunta não estava no roteiro norteador. O momento do diálogo com os participantes do estudo garantiram a liberdade de novos olhares e novos questionamentos, o que tão bem caracteriza o campo etnográfico.

de complicações é impossível uma evolução satisfatória que impeça mãe e filho de sofrerem sérias consequências danosas às suas saúdes, principalmente, em evoluções complicadas que tornam o parto extremamente sofrido para a mãe e o filho. Há casos que requer um maior investimento assistencial inclusive com a presença de anestesistas, pois são estes que podem assegurar o maior controle da manutenção de analgesia com uma margem de segurança aceitável. O parto é um evento fisiológico, contudo, permeado pelas dores concassivas às do período expulsivo e em muitos casos exige apoio anestésico raquidiano ou peridural, ou então *heroísmo*, tal como relato Dr. Heródoto a seguir:

Nádia: E o parto natural aqui no Gonzaguinha?

DR. HERÓDOTO: O parto natural exige muito heroísmo da mulher. Heroísmo porque no parto de baixo risco anestesista não pisa. Só quando eles têm tempo. E quando tem anestesista, que é a coisa mais rara do mundo ter um anestesista num hospital como o nosso aqui. Quando tem estão geralmente servindo a outras situações dentro do hospital. Não é exclusivo da sala de parto. São situações difíceis que nos obrigam a utilizar tais processos. Quem faz tem que saber fazer, os médicos obstetras sabem fazer. Estudaram pra isso e ninguém pode pedir licença a mulher pra fazer ou não. Tem que ser feito e não criamos as condições. É o processo do parto e suas complicações que mandam a gente fazer, aí a gente dar ocitócico, manobra de Kristeller, corta, e tudo isso a gente sabe que causa intenso sofrimento nas mulheres, é dor, muita dor, é brutal mesmo, mas a gente tem que fazer.

Relato 21.

O Relato do Dr. Heródoto continua falando da afirmação de legitimação do discurso do poder médico, um discurso que procura se legitimar por diversas estratégias, entre as quais a ideia de um *heroísmo feminino*, diante da falta de uma política pública voltada para o acompanhamento das gestantes (pré-natal) e uma competência técnica institucional. O heroísmo feminino, tomado metaforicamente, coloca mulheres sob intensas desvantagens no âmbito da assistência obstétrica em maternidades que atendem mulheres de classes sociais com melhores situações financeiras.

De acordo com o discurso do parto humanizado, o Ministério da Saúde, recria médicos e médicas por utilizarem de manobras, tais como a utilização de medicamentos aceleradores de contrações uterinas, o corte cirúrgico (episiotomia na área perivaginal) e a manobra de Kristeller, “técnica de empurrar o abdome da mulher para que a criança rotacione rumo ao canal de parto, uma manobra extremamente dolorosa, impossível de se fazer qualquer tipo de analogia com qualquer outra dor humana” (Dr. Heródoto), algo que não ocorre com *mulheres não heroicas*. “O parto é agendado, equipe completa, neonatologista, pediatra, anestesista, UTI, pompa e circunstância”(Dr. Asclépio).

Tais procedimentos quando indicados só deveriam ser feitos sob analgesia, mas isso não acontece na maioria das maternidades públicas, entre elas no *Gonzaguinha* que não tem anestesista de plantão exclusivo para a maternidade e (muito raramente no Hospital de um modo geral). Quando é preciso ser realizado e o é com frequência, o sofrimento das peregrinas é intraduzível, “um ato heroico” como comentou (Dr. Heródoto).

Categorizando o parto como um evento médico como exclusivo da obstetrícia médica e não de outros profissionais (enfermeiros, parteiras), somente o *saber medicalizado* é determinante para salvar a vida das mulheres. O discurso médico enfatiza sua episteme autonomizada como fundamental para a garantia da vida da paciente e legitima-se como responsável pela saúde, estabelecendo que as outras profissões de saúde, não têm o preparo e nem o conhecimento, nem a qualificação para exercer o papel de médicos.

Os textos evidenciam o empreendimento da luta hegemônica da prática social da Medicina no parto como um evento exclusivo do saber médico por ser mais sofisticado e exigir mais comprometimento, dificuldade de aquisição, entre outras esferas de conquista da profissão. O exclusivismo do saber/poder médico tendo como objeto o parto medicalizado.

5.5 Identificação: os estilos

Como vimos, as relações externas de textos incluem suas relações com outros elementos de eventos sociais (mais abstratamente, práticas sociais e estruturas sociais). Os discursos acima descritos revelam a legitimidade do poder médico e este poder está dialeticamente constituindo representações e identidades. A análise desses outros elementos de eventos sociais inclui como eles figuram em Ações, Identificações, e Representações (FAIRCLOUGH, 2003, p. 36). A linguagem representa o mundo e constitui os modos de ser, (identidades) sociais ou pessoais e particulares.

Os aspectos particulares do mundo são representados pelos diferentes discursos, que são diferentes perspectivas do mundo, associadas às diferentes relações que as pessoas têm com o mundo, suas identidades sociais, pessoais e as relações com outras pessoas (FAIRCLOUGH, 2003, p. 124).

O significado identificacional e o estilo constituem o aspecto discursivo de identidades, que se relacionam dialeticamente (FAIRCLOUGH, 2003). As identidades pressupõem a representação, em termos de presunção, acerca do que se é a partir das construções culturais determinantes de conteúdos simbólicos. As identidades não são categorias fixas, essencialistas. São construídas na transitoriedade das relações sociais sobre

as quais as pessoas investem-se de poder (atores sociais) ou constrangidas, subservientes, subalternas, assujeitadas.

A identificação não é uma questão relativa ao textual e nem se resume ou limita à dimensão discursiva (FAIRCLOUGH, 2003): envolve aspectos não discursivos mediados pelas forças culturais, políticas e de poder, tais como as relações entre colonizador e colonizado, escravo e senhor, pobre, rico, etc. Deste binarismo opositivo poderá haver o processo ou de reificação, assimilação, insurreição, luta e eventualmente transformação identitária, política, etc.

Os processos de identificação se dão no fluxo da luta hegemônica, o que significa dizer que se dão em meio a um conjunto de tensões sociais, culturais, políticas e ideológicas e que são irremediavelmente atravessados por relações de poder. Nesse sentido o discurso médico - discurso este que representa uma *identidade dominante, portanto legitimadora*, que não se encontra numa posição estigmatizada - reage a uma política ou a um discurso do Ministério da Saúde.

Às *identidades de legitimação* correlaciono com a ordem do discurso sob a qual a prática médica obstétrica está caracterizada como uma instituição epistêmica e moral, legitimamente alçada ao poder sobre o atendimento e controle sobre o parto medicalizado. Como toda hegemonia é relativa (FAIRCLOUGH, 2001), as construções identitárias são passíveis de mudanças pela dinâmica das interações dialéticas capazes de criar e mudar coisas (REZENDE, 2008). Nessa dinâmica e os momentos de inter-relação dialética, num caldeirão político e de conflitos, poder e ideologias discursivas, as identidades são as máscaras sociais sob as quais a Medicina fala de uma voz para além da subjetividade pessoal. Chamo *afirmação de uma identidade* poder e práxis política produzidos pela tensão hegemônica da Medicina obstétrica em face das tensões emanadas no Ministério da Saúde no Brasil.

Como a prática e o discurso obstétrico é dominante na atualidade em relação ao evento parto, no que diz respeito a onde ele deve ocorrer e sob qual responsabilidade, o discurso do médico é um discurso que estabelece ou uma identidade dominante, que está reagindo a uma ameaça de uma possível perda de hegemonia no que diz respeito à competência ou jurisprudência do parto. O discurso do Ministério da Saúde não deixa de representar uma ameaça à perda dessa hegemonia discursiva. E aí a voz autorizada da obstetrícia reage.

No Brasil, a Medicina tem-se colocado como uma instituição carro chefe no grupo de profissionais da saúde, travando uma luta permanente no âmbito jurídico da práxis como detentora única do saber médico. Em relação à obstetrícia e o parto há conflitos expressos

entre médicos, médicas e enfermeiros obstetras. Médicos e médicas consideram estarem mais preparados para garantir a assistência à mulher e ao bebê no parto.

Afinal, são muitos anos de estudo e dedicação. Seis anos da graduação, mais quatro anos da Residência Médica e mais quatro anos da Especialidade Avançada. E cada fase dessa é concurso, alta competição. Se inscreve 100, 200, e se você for fazer, por exemplo anestesia, só tem duas vagas. Dão umas 10, no máximo 15 vagas, para obstetrícia e se inscrevem mais de 200 médicos. Tanta exigência nos faz mais especializados, mais competentes.(DR. ASCLÉPIO).

No que diz respeito à relação entre linguagem e ideologia, os gêneros aqui apresentados, o parto e o ritual de partejar no Gonzaguinha mantém relações dialéticas entre gêneros, discursos e estilos de redes de ordens de discurso: a ordem discursiva científica da obstetrícia e a ordem discursiva da humanização da práxis médica. Tal relação dialética e dialógica permite identificar, questões de poder e ideologia.

Na próxima seção discuto a construção das identidades de parturientes, no evento discursivo parto. “A construção de identidades e de identificações relaciona-se ao significado identificacional que pode estar ligada aos processos de classificação, e de elaboração de semelhanças, diferenças (significado representacional) e aos processos de construção dos papéis sociais em suas relações sociais (significado acional/relacional)” (RESENDE, 2011, p. 131).

5.5.1 Vozes da interação no evento discursivo parto

Nesta seção analiso as vozes das parturientes, dos médicos e das médicas. O propósito é *relacionar discursos e identidades*, focalizando como a interação médico-paciente perpassam as relações sociais assimétricas (políticas, institucionais, médicas obstétricas, assistenciais etc) e constituem identidades. Lembrando que identidades são construções discursivas e no *Gonzaguinha* apresentam um elo comum entre médicos, médicas e mulheres: a vulnerabilidade. Afinal, a maternidade para parto de baixo risco padece de muitas condições favoráveis ao bom atendimento obstétrico, considerando que mesmo o parto de baixo risco prescinde de uma sustentabilidade logística e assistência de alta complexidade a depender das intercorrências e evoluções, e complicações no parto.

Os médicos, médicas e mulheres enfrentam o dia a dia da atenção ao parto sob forte carga emocional de estresse, frustrações, aflições, que permeiam o quadro

sintomatológico do perfil político da saúde pública e do SUS no Brasil, principalmente no contexto periférico o Sul do sofrimento.

Por outro lado, as parturientes carregam o sofrimento que impregna uma cadeia complexas de ‘momentos’ das práticas sociais do atendimento médico e político ao parto, às suas vidas em riscos em estado de muitas vulnerabilidades: ir e voltar inúmeras vezes; bater às portas das maternidades; serem examinadas pelo doloroso mecanismo de toque vaginal; “não está na hora”; voltam ao lar; retornam; gastam com transportes e às vezes andam de bicicletas, carroças, quando escasseiam os últimos centavos de uma corrida de táxi. Sempre abraçando os ventres revoltos em contrações, caminham em busca de assistência e socorro. Para além das contrações que evoluem em dores de parir, carregam outros matizes existências de suas vidas atribuladas, conforme constatei na pesquisa⁷⁴.

Para a análise selecionei alguns Relatos que são pertinentes ao objetivo de minha reflexão. A seguir, os Relatos com grifos meus.

Nádia: O que não foi legal no teu parto?

Maria das Rosas ... teve uma hora que chega eu... Pensava que eu não ia aguentar. Toda mulher tem dor de parto né. Pedindo muita força a Deus e a Nossa Senhora do Bom Parto que me desse, pensava que não ia aguentar (suspiros). Mas graças à Deus deu tudo certo. Teve uma hora que achava que ia morrer de tanta dor. **Aí eu peguei na mão da minha mãe.** Na hora que eu peguei na mão da minha mãe (...) e naquela hora que aquela enfermeira falou que normal era coisa da natureza, uma coisa bem legal. Todo mundo conversando comigo. Foi bem legal. **Aí o doutor entrou e mandou minha mãe sair aí eu comecei a chorar bem alto.** Eu pensava que não aguentasse a dor e **o doutor... (...) fosse dá um carão em mim. Minha mãe saiu com o rabo entre as pernas... Eu fiquei com muito medo de não aguentar e gritar e ele brigar comigo,** fechasse a perna ou alguma coisa acontecesse. - acho que... de assim de prejudicar a neném. Mas graças a Deus deu tudo certo foi bem rápido.

Relato 29.

Quero ter um bom parto.

Nádia: E aí Cícera das Lages, o que você tá pensando sobre o seu nenê que tá bem pertinho de nascer?

Cícera das Lages: Tudo que mais quero na vida é ter um bom parto, sair legal, não quero de bunda não. Minhas colega teve de bunda e o doutor cortou ela todinha, puxou o menino pelos alicates, ainda hoje tá com dois anos ainda tem marca na cabeça do bichim, diz que ele é meio fraquinho, por isso. Só veve doente o bichim. Aí eu fui perguntá o médico se fosse de bunda ele ia **me cortar ele disse que era um problema dele. Agora eu tô com vergonha de perguntar de novo e ele brigar comigo.**

Relato 32.

Escapei fedendo!

Nádia: E aí Raimunda da Papara, o que você tá pensando ?

RAIMUNDA DA PAPARA: **No meu último parto. Foi triste. Minha nenê nasceu roxa, a nenê morreu,** foi pra incubadora e tudo, mas morreu. Eu fui bater lá

⁷⁴As parturientes, chamadas por mim de peregrinas, um termo que eu ouvi muito amiúde no cotidiano das andanças dessas mulheres em busca de parir.

prá Fortaleza, num vi mais nada, apagou uma tonteira na cabeça, e acordei auperada. Sem saber de nada fiquei ainda um bucado de dia interna, acordei com uns dotor em cima de mim dizendo que eu escapei fedendo, e que eu só podia ter filho bem muito tempo depois, eu tive eclâmpsia. Tá com dois anos por isso eu quero ligar. **Ele brigou foi muito comigo agora, me chamou até de irresponsável, disse que eu não tinha consciência, do mal que eu fiz porque engravidei.** Mas eu num sabia não mulher que tava grávida. Eu não era pra ter ficado grávida. Agora ele vai me mandar pra Fortaleza que eu posso até morrer, e dessa vez é pior. Eu não posso ter mais normal não é já tô sentido muita dor de ter menino. **Tô esperando o negócio da da central de leito.** Ele disse ,Ai, lá veio a dor de novo.....Ele disse o dotor que ainda não tem vaga por isso ele não pode mim mandar. To esperando a vaga. **Eu tô muito triste e com muito medo.**

Relato 33.

Vou aguentar a dor bem calada.

Nádia: E ai Angélica do Rato de Baixo, dessa vez como acha que vai ser seu parto? **ANGÉLICA DO RATO DE BAIXO:Tem dotor. Aqui e em todo o canto né, tem dotor.... bom, calmo, e tem dotor nervoso. Deus a livre.Tem aqui um dotor muito, assim... mulher sei não... Ele dá uns carões na gente,** essa noite tinha uma mulher gritando ai **ele disse que ela tinha de calar a boca** porque estava fazendo medo a todo o mundo né. **Nessa parte eu acho que ele tá certo, nós num é mulher! Nós temos que passar puressa dor, não dá como não se vê livre dela e gritar é só pra levar carão mermo, por isso que quando chegar a minha hora eu não quero gritar. Vou aguentar as dor bem calada.**

Relato 34.

Madalena

Nádia: Conte pra mim como foi esse parto?

Madalena: **Esse parto foi o pior da minha vida, dos 4 que eu tive esse foi o pior.**

Relato 10.

Os textos dessas mulheres, em seus breves fragmentos compartilhados com a pesquisadora, sinalizam muitas esferas encobertas de questões relacionadas à conjuntura do evento de forma que a interação médico paciente nos revelam algumas dessas facetas sugestivas de marcas interacionais de mulheres em situação de vulnerabilidades. O parto com direito que a parturiente tenha um acompanhante de sua escolha é um ponto importante nas prescrições protocolares do Ministério da Saúde, que alguns médicos e médicas compartilham.

Outros não acatam essa determinação. Podemos inferir que a escolha pelo modelo tradicional de realização do parto como um evento médico privado às portas trancadas da sala de parto reflita a opção pela intervenção medicalizada da prática obstétrica científica dominante na ordem discursiva médica sobre a qual as prescrições do Ministério da Saúde afrontam. No geral, as mulheres conseguem deixar claro que a interação médico-mulheres no parto é passível de constrangimento ou bem estar.

O estilo de médicos e médicas não é um texto semiótico único. Em algumas situações, muito frequentemente, marca-se com mais intensidade os campos assimétricos constitutivos dessa interação. O estilo dos médicos sugere uma forte impregnação de identidades profissionais de legitimação comprometidas com os protocolos de um parto medicalizado como ressaltamos anteriormente.

Entender o uso da linguagem como prática social implica compreendê-la como um modo de ação historicamente situado. Ela constituída socialmente, mas também é constitutiva de identidades sociais, relações sociais e sistemas de conhecimento e crenças.

As práticas médicas são fortemente impregnadas desse poder da Medicina científica, e para além desse poder legal, os papéis sociais médicos e médicas são claramente autoritários. As mulheres parturientes submetem-se passivas (em sua grande maioria) aos rituais dos sofrimentos com medo, restando-lhes apenas os recursos das boas sortes.

5.5.2 Análises dos significados (ação) inclui a análise das categorias de funções do discurso (declaração – modo gramatical declarativo)

Vejam os seguintes excertos dos relatos:

Tem dotor. Aqui e em todo o canto né, tem dotor..... bom, calmo, e tem dotor nervoso. Deus a livre. Tem aqui um dotor muito, assim... mulher sei não... Ele dá uns carões na gente migo;

Nóis temos que passar puressa dor, não dá como não se vê livre dela e gritar é só pra levar carão mermo, por isso que quando chegar a minha hora eu não quero gritar. Vou aguentar as dor bem calada.

Ele brigou foi muito comigo agora, me chamou até de irresponsável, disse que eu não tinha consciência, do mal que eu fiz porque engravidei;Eu tô muito triste e com muito medo.

5.5.2.1 Análise com base nos significados representacionais

Nesta perspectiva as orações têm três elementos principais: os processos, os participantes e as circunstâncias. Escolhi a seguir a seguinte oração para este exemplo analítico. A oração como representação será apresentada num exemplo a seguir constituída das funções Participante, Processo e Circunstância: “*Esse parto foi o pior da minha vida, dos quatro que eu tive esse foi o pior.*”(destaque do Relato 10).

Quadro - 6: Oração como representação

Esse parto	Foi o pior	Da minha vida	Dos quatro esse foi o pior
Participante 1 (realiza a ação)	Processo material	Participante 2 (afetado pela ação)	Circunstância (quando o fato pode ocorrer)

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Halliday (1989).

P1 – “Esse parto foi o pior da minha vida, dos quatro que eu tive esse foi o pior”. “O parto” (participante 1) realiza a ação de afetar a vida (participante 2), sendo que essa ação é localizada no tempo (circunstância). Os processos, participantes e circunstância são elementos que traduzem nossa experiência em linguagem.

P1 – “Esse parto foi o pior da minha vida, dos quatro que eu tive esse foi o pior”. A função do texto: declarativa. Não há qualquer menção a tempo e ao lugar. Nesse trecho há forma de ação (o parto), objetos (filhos) pessoas mãe e filhos) relações sociais (mãe e filhos).

A representação (significado ideacional) sobre o evento parto é marcado por uma regularidade do fenômeno sofrimento, naturalizado e até então inquestionável. No quarto parto, a dor se revela mais saliente - “foi o pior da minha vida” -, que ocorre num nível de abstração a mais concreta possível em sua especificidade.

Enquanto a regularização do sofrimento do parto, dos outros que se submeteu, tem uma regularidade que não é discutida como uma abstração sobre uma série, ou um conjunto de eventos sociais, as mais abstratas/generalizadas estabilizadas e naturalizadas são um fenômeno ontológico (intransitivo) e, na ordem do discurso médico, um fenômeno fisiológico normal chegando a um nível de abstração da mais abstrata possível nas práticas sociais ou estruturas sociais.

Na prática médica, o parto é associado à dor e sofrimento, circulando nas representações dessas parturientes como característica da natureza da mulher, determinada biologicamente a perpetuar a espécie. Essa característica é considerada normal e naturalizada, portanto, reificada.

Segundo Haliday (2004) cada área de significado da semântica ativada é realizada por uma área formal específica do segundo estrato intralinguístico e léxico-gramatical (sistemas de formas ou fraseados), ocorrendo uma semiose do tipo cognitiva.

O Sistema de Transitividade é o mecanismo léxico-gramatical através do qual se constrói a experiência como um mundo feito de processos, participantes e circunstâncias (HALLIDAY, 1994).

O fluxo de acontecimentos que experienciamos é, por assim dizer, retalhado em vários pedaços, e cada um desses pedaços é moldado como uma figura – uma figura de acontecer, de fazer, de sentir, de dizer, de ser ou de ter. Cada figura assenta, pois, num tipo específico de processo, ao qual se associam determinados participantes e que pode eventualmente ser ampliado por circunstâncias. Os tipos principais de Processos são: Relacional, Mental e Material. Os tipos secundários de Processos são: Verbal, Comportamental e Existencial (REZENDE, 2012, p. 444).

Assim como o contexto é simultaneamente campo, relações e modo e a semântica é simultaneamente ideacional, interpessoal e textual e a léxico-gramática é simultaneamente transitividade, modo e tema, a oração é simultaneamente representação, interação e mensagem (Textual).

Para Halliday as macrofunções da linguagem atuam simultaneamente em textos ideacional, interpessoal e textual. (A função ideacional da linguagem é sua função de representação da experiência; a função interpessoal refere-se a sua função no processo de interação social; e a função textual refere-se a aspectos semânticos, gramaticais e estruturais dos textos).

Fairclough recontextualiza as macrofunções da LSF, sugerindo três principais tipos de significado no discurso: o significado acional, o significado representacional e o significado identificacional. Daí que a frase de Madalena tem uma ação declaratória obtida a partir de uma narrativa com modalização epistêmica. Age discursivamente no texto. O discurso figura nas representações que são sempre partes de práticas sociais representações do mundo material, de outras práticas sociais, representações reflexivas da prática em questão (discursos usados em dois sentidos, como substantivo abstrato, com o significado de linguagem ou outros tipos de semioses) (FAIRCLOUGH, 2003, p. 26).

O estilo identifica que o modo de utilização da linguagem revela modos particulares de ser – o enquadre do sujeito mulher em identidades sociais referentes à questão do gênero qualificado na ordem discursiva falocêntrica com ser do sofrimento.

Na função ideacional, o discurso contribui para a construção de sistemas de conhecimento e crença (ideologias), por meio da representação do mundo; na função identitária, o discurso contribui para a constituição de autoidentidades e de identidades coletivas; na função relacional, o discurso contribui também para a constituição de relações sociais.

A função textual diz respeito à maneira como as informações são organizadas e relacionadas no texto. Assim, as pessoas fazem escolhas sobre o modelo e a estrutura de suas orações que são também escolhas sobre o significado (e a construção, manutenção ou subversão) de identidades sociais, relações sociais e conhecimento e crença (FAIRCLOUGH, 1992, p. 104). A análise da prática social se dá *pelo* texto. É através dele que se exploram as estruturas de dominação, as operações de ideologia e as relações sociais.

A seguir, prosseguindo com a análise com base nos significados representacionais, escolhemos o texto de Maria das Dores para uma breve análise da teoria de da representação de Atores Sociais, no enquadre analítico proposto por Van Leeuwen (1997).

5.5.3 Representação de atores sociais no enquadre analítico proposto por Van Leeuwen (1997)

Podemos analisar textos sob uma perspectiva representacional, ou seja, quais elementos doseventos estão incluídos na representação desses eventos, quais deles são excluídos e aos quais é dada maior importância. Ao invés de analisá-lo partindo da comparação da verdade sobre um determinado evento como o modo de representação do mesmo em textos específicos (o que poderia levantar questionamentos acerca da maneira com a qual se estabelece uma verdade, independentemente das representações particulares) pode-se fazê-lo partindo da comparação entre as diferentes representações dos mesmos eventos (FAIRCLOUGH, 2003, p.136).

Em seu trabalho sobre as formas verbais de representação de atores sociais, que constitui uma das abordagens da Análise Crítica do Discurso, Van Leeuwen (1997) parte de um inventário sócio-semântico dos modos possíveis de se representar atores sociais para estabelecer categorias de relevância sociológica e crítica que se realizam na linguagem. A realização de representações dos atores sociais num discurso deixa claro as intenções do autor e “podem ser includentes ou excludentes para servir os interesses e propósitos em relação aos leitores a quem se dirigem” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 180).

Nádia: Me fala um pouquinho de como é ser mãe só de minino homem?

Maria das Dores“(...) Sou assim, mãe já de três minino home. O primeiro minino minha mãe cria, o segundo teve mais o pai dele lá nas Placas. Mandeí ele pro pai dele que ele tava dando muito trabaio. Se acompanhando de quem num presta, o minino já tem 10 anos, mas já tava fazendo coisa ruim. A professora disse que ele tava bulindo nas coisas, e tem mais, num aprende nada na escola, aí eu mandei pro pai dele, prá vê se conserta.(...)”

Relato 15.

Parto da hipótese de que Maria das Dores incorpora um não agenciamento (poder) da maternidade como capaz de sustentar os desafios higiênicos e éticos da criação dos filhos. Como as mulheres podem ser representadas? – impessoal sem referência à sua pessoa (apagamento da individualidade), mas não ao seu enunciado? “Nesse caso o significado é inerente ao contexto político e não á lingua e não pode ser associado a uma semiótica específica” (VAN LEEUVEN, 1997, p. 170).

A inclusão pode realizar-se das seguintes maneiras: ativação; passivação; participação; circunstancialização; possessivação; personalização; genericização; especificação; assimilação; associação; dissociação; indeterminação; diferenciação; nomeação; categorização e sobredeterminação (VAN LEEUWEN 1997, p. 219). As categorias escolhidas para nossa análise do texto de Maria das Dores são: *exclusão, inclusão e proeminência*. A seguir, no Quadro 6, um enquadre analítico de Van Leewen (1997, p. 219).

Quadro - 7: Representar atores sociais.

Formas de ação	Participantes	As relações sociais e as formas institucionais	Linguagem e Tempo	Lugar e circunstancias	Proeminencia	Exclusão
(disciplinar)	Pessoas incluídas (totalmente incluídas)				A puérpara	<i>O primeiro minino</i> (Categoria de Supressão)
<i>O primeiro minino minha mãe cria</i> <i>o segundo teve mais o pai dele lá nas Placas</i> <i>A professora disse que ele tava bulindo nas coisas.</i>	<i>Parturiente</i> <i>Mãe</i> <i>Pai</i> <i>Filho mais velho</i> <i>Filho do meio (representação)</i> <i>Professora</i>	Relações familiares e profissionais Forma institucionais (família e escola)	Voz passiva: (“mandei”) Tempo (passado)	Evento crianças em situação de vulnerabilidade social: Casa do pai Casa da avó;	A mulher (puérpara) É saliente sua situação de desamparo, incapacidade de responder ao seu papel de coprotetor dos filhos.	<i>minha mãe cria.</i>

Fonte: Adaptação de representação dos atores sociais de Van Leewen (1997).

Eu mandei pro pai dele

Quando se tem a inclusão, devem ser analisados os papéis atribuídos aos atores sociais incluídos. Pai, mãe parturiente, filhos (o mais velho e o do meio) professora e mãe da parturiente estão incluídos no discurso. Em um âmbito mais geral, estão ativados (ativação).

A ativação ocorre quando os atores sociais são representados como ativos em relação à determinada atividade, e a passivação se dá quando eles são representados como submetidos a uma atividade. Filhos criados pela mãe da parturiente e pelo pai do filho do meio): “o segundo veve mais o pai dele lá nas Placas” e o primeiro minino minha mãe cria.

Na apassivação, os atores sociais são representados como “submetendo-se à atividade ou como sendo receptores dela” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 145). É realizadas por meio da circunstancialização: “eu mandei pro pai dele” ou seja, por meio de circunstâncias preposicionadas ou da possessivação - ativação por meio do uso de pronomes possessivos: Minha mãe cria.

A indeterminação ocorre quando os atores sociais são representados como indivíduos ou grupos não-especificados ou “anônimos”. O elemento não especificado é o filho mais velho: o primeiro minha mãe cria.

A proeminência ou a saliência desse texto é a parturiente. É saliente sua situação de desamparo, incapacidade de responder ao seu papel de co-protetor dos filhos. Tal saliência pode ser dialeticamente interconectada às estruturas sociais sob as quais o desamparo e relações familiares fragilizadas, pobreza, pouca escolarização incidem na problemática tecida na narrativa.

A análise numa perspectiva representacional (FAIRCLOUGH, 2003, p. 113) indaga quais elementos deve incluir quais deles são excluídos e aos quais é dada maior importância: Estão incluídos: o filho “problemático” P1: o minino já tem 10 anos, mas já tava fazendo coisa ruim que é avaliado pela professora com um comportamento problemático diante do aprendizado escolar e do padrão moral.

A oração tem uma modalidade epistêmica, no juízo emitido pela mãe; (P2): o pai dessa criança problemática (P3) a professora e (P4) a mãe da parturiente tem uma ativação menos proeminente apesar de criar (P.5) o filho mais velho que tem uma ativação menos proeminente (menos importância). “Uma vez incluídos em representações, atores sociais podem ser ativados ou apassivados. Na ativação, são representados como forças dinâmicas numa atividade” (RESENDE, 2012, p. 444).

A forma de ação: disciplinar, pois a mãe recorre à formação moral que não tem capacidade de assegurar ao filho problemático e estas estão estabilizadas na ordem do discurso da escola e da instituição família que são intertextualizados no discurso.

Os objetos (segurança, moralidade, família) são trazidos ao texto pelas tecnologias disciplinares: *A professora disse que ele tava bulindo nas coisas, e tem mais, num aprende nada na escola, aí eu mandei pro pai dele, prá vê se conserta.(...)* (Destaque do Relato de 15).

Na identificação, os atores sociais são definidos não em termos do que fazem, mas em termos do que são. “Um tipo de identificação é a classificação, em que atores sociais são referidos em termos das principais categorias através das quais uma dada sociedade ou instituição diferencia classes de pessoas (idade, sexo, origem, classe social etc.)” (RESENDE, 2012, p. 446). A forma de ação na oração (educar, criar) e as relações sociais (relação entre parturiente, filhos, filho mais velho, filho do meio, professora) remete a uma apreensão de significados de uma realidade social adversa, potencializadora de afirmar sob as sombras da pobreza identidades sociais femininas, com poucas possibilidades de pronunciar o estatuto do poder. Aqui a assimetria é sócio determinante dessas práticas sócio políticas adversas e injustas.

O texto de Maria das Dores representa a generalização (individuais vistos num todo, num coletivo e não especificamente). O sofrimento é uma marca comum ao grupo das peregrinas. O significado ativado refere-se à situação da maternidade sob jugos opressivos do patriarcado e na situação social de injustiça que paira nas regiões periféricas do Sul do sofrimento.

5.5.4 A recontextualização

Segundo Fairclough (2003, p. 139), “a recontextualização é um conceito que identifica como um contexto é incorporado a campos sociais específicos, ou redes de práticas sociais”. Ao representar um evento social, este é incorporado ao contexto de outro evento social. Considera-se assim como os eventos são avaliados, explicados, legitimados, além da ordem na qual os eventos são representados.

A entrega dos filhos é uma forma de legitimar o sentimento de impotência de garantir a educação de seus filhos, e mais diretamente o filho do meio, que é proeminente a sua problemática (eventos educacionais e morais). “Campos sociais específicos, redes de práticas sociais específicas e gênero específicos (elementos de tais redes de práticas sociais)” (FARCLOUGH, 2003, p. 139), ou seja, ação, associaram a eles princípios de

recontextualização específicos. “Esse princípios também afetam o modo no qual os eventos sociais são representados, de forma mais concreta ou mais abstrata. Considera-se assim se e como os eventos são avaliados, explicados, legitimados, além da ordem na qual os eventos são representados” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 139):

- Presença: Os elementos dos eventos de uma cadeia de evento estão presentes (o modelo familiar nuclear (pai, mães, filhos); a representação moral e educacional; a metáfora “bulindo nas coisas” que recontextualiza o comportamento da criança com práticas ilícitas).

- Abstração: Há nível de abstração para atender ao processo de criar e educar o filho do meio: mandá-lo para o pai representa um esforço reflexivo crítico de sua própria impotencialidade de assumir o desafio.

- Ordenamento. Há breve narrativa tem um ordenamento na trama. O desfecho é a doação dos filhos.

- Acréscimos. *Mandei ele pro pai dele que ele tava dando muito trabaio.* Além da rotina convencional de criar o filho do meio o excedente moral, educacional insatisfatório. O “trabaio” não é o labor físico, mas espiritual. Ensinar o que a professora não conseguiu. Mulher em situação de precarização depara-se sem condições de tornar seu filho responsivo aos imperativos da construção de uma formação cidadã. *Se acompanhando de quem num presta, o minino já tem 10 anos, mas já tava fazendo coisa ruim. A professora disse que ele tava bulindo nas coisas, e tem mais, num aprende nada na escola, aí eu mandei pro pai dele...*(Destaque do Relato 15).

Finalizo essa seção com uma reflexão sobre o reconhecimento da alegoria na textualização etnográfica: irremediavelmente revela as dimensões políticas e éticas da “escrita etnográfica alegórica tanto no nível de seu conteúdo (o que ela diz e suas histórias) quanto no de sua forma (as implicações de seu modo de textualização)” (CLIFFORD, 2008, p. 59).

O parto como um evento discursivo específico da natureza da mulher no contexto de nossas descrições é uma metáfora que fala linguagens da vida e da morte. Presenteiam às mulheres diante de suas vulnerabilidades (contingenciais, históricas, não essencialistas, determinísticas, sociais, existenciais com a dádiva). Mas também exigem um preço muito alto. Às vezes abandono, falta de perspectiva, entre outras tragédias locais.

Há muitas outras instâncias discursivas que a perspectiva etnográfica conduz e todo o breve esforço aqui apresentado reflete um momento de análise de ‘camadas densas’ que apresentam identidades vinculadas aos sofrimentos. As vozes das mulheres no parto não é apenas um acontecimento singular: tem desdobramentos complexos. A estética da linguagem em sofrimentos transcende ao local alcançando uma alegoria da dignidade da mulher, uma

ontologia desfigurada nas instituições magnas do discurso médico-paciente no contexto do Gonzaguinha. A seguir, vejamos as representações e identificações das vozes médicas analisadas pela categoria pela modalidade.

5.5.5 Modalidade

Fairclough (2003) utiliza o conceito de modalidade de Halliday (1994) ao defender que a modalidade é o julgamento do falante quanto às probabilidades ou obrigações concernentes ao que ele diz. Hodge e Kress (1993) tem a modalidade como uma relação entre o falante e o escritor – ou o autor – e as representações. Assim, representações e identificações são marcas do enunciado expressas pela modalidade.

A modalidade é um recurso linguístico que define as atitudes proposicionais. As escolhas da modalidade podem ser vistas como parte de construção das relações e processos sociais e o comprometimento com a verdade das proposições.

A manifestação das modalidades é expressa por diferentes meios linguísticos; verbo, advérbios, adjetivo em posição predicativa, substantivo, categorias gramaticais (tempo/aspecto/modo) do verbo de predicação; a unipessoalização (que alterna com a primeira pessoa do singular) minimiza a participação do falante; pelos marcadores prosódicos que são a entonação e outros componentes ligados à voz, e podem alterar a força ilocucionária de atos assertivos; marcadores morfológicos e sintáticos que são os auxiliares modais, as locuções de intensidade, a forma impessoal, os advérbios modais e a colocação em relevo (NEVES, 2007, p. 168-9).

Apresento, a seguir, alguns exemplos de modalidade e identifico as funções desempenhadas nos textos analisados.

5.5.5.1 Imprimir marcas negativas sobre a humanização do parto

Dr. Asclépio: Aqui tem só a humanização. Não tem nada. Viu! Essa mulher só tem a nós, médicas, e médicos os bodes expiatórios. E nós não somos deuses vendo a mulher se acabar sem ter as condições de salvá-la, de intervir. (grifos nossos)
Relato 35.

Dra. Vênus de Milus: O parto humanizado só é bom a depender da sorte da mulher. É preciso que essa mulher tenha sorte. Se não tiver sorte e se for depender da estrutura de uma maternidade de baixo risco muito provavelmente essa mulher poderá morrer. (grifos nossos)
Relato 36.

Dr. Heródoto: Parto humanizado é hipocrisia do Ministério da Saúde. Essa é a minha opinião. (grifos nossos)
Relato 37.

Dr. Apolo: Parto humanizado acho que é coisa, invenção de economista para economizar dinheiro e não prover as maternidades com os equipamentos complexos que deve prover. (grifos nossos)
Relato 38.

Os textos revelam o conflito entre as convicções científicas do parto medicalizado com as proposições do Ministério da Saúde sobre os quais os médicos e médicas se insurgem. A obstetrícia clássica, sob a ordem discursiva da Medicina científica positivista, defende a instituição do parto como objeto do cuidado especialista médico, por ser um evento que transita da simplicidade à complexidade, dicotomia que em nenhuma circunstância clínica é possível antever com precisão como será concluído. Sobre essa perspectiva, a dúvida científica estabelece protocolos de intervenção prontos a atender a uma situação de emergência e complicações.

Nas maternidades de baixo risco são poucas as possibilidades de condições de alta complexidade que exigirá cada caso específico, inclusive, com Unidades de Tratamento Intensivos para a mulher e para o seu filho. Muitas dessas mulheres quando evoluem para complicações severas morrem a caminho do Hospital.

Os médicos e médicas julgam que a humanização é um discurso “romântico” e que tenta convencer a mulher à opção pelo parto não cirúrgico, mas afirmam que na rede pública, a mulher não escolhe a via de parto e, sim, a sua natureza orgânico biológica assim o determina. Se o plantonista decidir é rigorosamente sob as determinações do corpo da mulher, saem a anatomia e as especificidades anatômicas, funcionais ou sistêmicas que são incompatíveis com o parto vaginal. Mulheres ricas escolhem não sofrer a dor do parto.

5.5.5.2 Imprimir modos de expressão e graus de modalidade no eixo do conhecimento na mortalidade materna (Avaliação epistêmica)

Dr. Asclépio: É possível que a mortalidade materna seja a marca da pobreza. E ninguém sabe que na atenção de baixo risco falta tudo. Falta sangue, bioquímico, ambulância que funcione, tudo. (grifos nossos)
Relato 39.

Dr. Heródoto: Na verdade, a mortalidade materna é causada na gestão incompetente na saúde pública. Veja só, a mulher tinha apenas vinte e um anos, e morre de hemorragia. Isso é um absurdo. (grifos nossos)
Relato 40.

Dra. Vênus de Milus: Agora ficam acusando a nós médicos da mortalidade materna. Acho que deve ser dito que somos também vítimas desse sistema. (grifos nossos)
Relato 41.

Dra. Helena de Troia: Evidentemente que o parto humanizado esconde o pior: Não prover de forma eficiente as maternidades de baixo risco. (grifos nossos)
Relato 42

5.5.5.3 *Modos de expressão da modalidade no eixo da conduta (deônticos)*

Nádia: Fale um pouco sobre sua prática médica aqui no Gonzaguinha.

Dra. Vênus de Milus: Temos que admitir que nós somos os bodes expiatórios. (grifos nossos)
Relato 43.

Dra. Helena de Troia: O Sindicato, o CRM, têm por obrigação nos defender. Somos vítimas e injustiçados perante a sociedade. (grifos nossos)
Relato 44.

Dr. Heródoto: Será que vai ser necessário mais mulheres morrerem para o Ministério da Saúde acordar? No Ceará são três mortes em cada semana. É um genocídio. (grifos nossos)
Relato 45.

Dr. Asclépio: A mulher morreu lá no HGF, e passou várias horas na fila para ser atendida. Ninguém sabe em quantas portas bateu. O sistema de saúde não pode fazer isso. É desumano. (grifos nossos)
Relato 46.

Dra. Helena de Troia: Você tem que cuidar de toda a rede: não é assim mandar a mulher complicada e chegar na porta do hospital não ser atendida porque não tem vaga. Isso é desumanização. (grifos nossos)
Relato 47.

5.5.5.4 *A modalização dos enunciados e os significados da linguagem operacionalizada pela função textual*

Recapitulando o que discuti na base teórica, Fairclough (2003) assevera que os três maiores aspectos do significado em textos (ação, representação e identificação) são relacionados dialeticamente, o que é particularmente visível no caso da modalidade.

A forma como uma pessoa representa o mundo, aquilo com que ela se compromete (o grau de envolvimento com a verdade) é parte de como ela se identifica, necessariamente em relação ao outro com quem interage. As identidades são relacionais (FAIRCLOUGH, 2003, p. 138).

A modalidade é vista como relacionada com comprometer-se, atitudes, julgamentos, posturas e conseqüentemente com a identificação, mas também se relaciona com a ação e relações sociais, e com representação (FAIRCLOUGH, 2003).

Nos textos a seguir, selecionamos excertos das entrevistas nas quais encontramos as marcas linguísticas do tipo de envolvimento dos autores e, conseqüentemente, a forma como eles se identificam.

Nádia: Fale um pouco sobre sua prática médica aqui no Gonzaguinha

DR. HERÓDOTO: Eu mando mesmo. Primeiro. Eu mando fazer a tricotomia. Mesmo que a enfermagem fique apontando pra mim que no protocolo isso não tem. Eu mando mesmo. Eu faço manobras, corto o períneo, sabe por quê? Porque eu quero?, Porque eu quero maltratar a mulher? Não. Eu faço por ser uma necessidade protetora para a mulher, é a vida dela que precisa, é o filho que precisa nascer bem, num hospital que não tem anestesista, tudo que eu tenho é facilitar a saída dessa criança que fica impactada na cavidade de parto, por inúmeras razões. Relato 48.

DR. ASCLÉPIO Quem fez esse protocolo é um burro, não foram os médicos pois nós sabemos que temos que preparar a mulher para tudo que possa acontecer. É ético é científico. Eu não posso deixar a mulher voltar ao seu estado de selvagem, iguais as cachorras vira latas da rua, pois as cachorras das dondocas têm condições hospitalares e humanas melhores que as mulheres do SUS. Corto sim porque é a vida da mulher que corre riscos. E todas as pesquisas científicas justificam que essa é a melhor conduta. Se eu não cortar sabe o que poderá ocorrer? Rotura uterina irreversível. Aí sim é morte anunciada. Relato 49.

DRA. HELENA DE TROIA. Eu digo sempre: O parto é potencialmente favorável para desencadear a mortalidade materna, quer seja humanizado, ou não. Muitas síndromes podem certamente vir a ocorrer na parição, e mesmo a mulher parindo bonitinho pela vagina ela pode vir a complicar nas primeiras horas, e até minutos depois do nascimento do bebê e evoluir para óbito. Tanto faz na forma vaginal como cessaria, só que a cesárea o risco de embolia pulmonar é presente como em qualquer ato cirúrgico. Por isso eu mando as auxiliares fazerem a tricotomia, pegar acesso, deixar tudo em ponto de bala. Todo parto é um risco... Relato 50.

Os excertos nas orações indicam graus de envolvimento com a verdade. Os médicos e médicas demonstram um alto grau de comprometimento discutindo e problematizando na primeira pessoa os protocolos invasivos descritos pelo Ministério da Saúde diante das eventuais possibilidades desse parto complicar. O parto natural não exige de cuidados protocolares diante das eventuais complicações recorrentes. O uso da primeira pessoa evidencia um alto grau de poder “ que apresenta uma distribuição social desigual e que é importante para a identificação”(FAIRCLOUGH, 2003, p. 142).

De fato médicos e médicas resgatam de forma subjetiva o discurso do poder inerente à tradição dessa profissão, que preserva diante do grupo de colegas subalternas. Um poder ideologicamente identificado com a carga simbólica de autoridade científica.

5.5.5.5 Avaliação e valores

São as seguintes as declarações do Dr. Asclépio:

É muito doloroso você ver a mulher morrer em suas mãos e você saber que essa morte poderia ter sido evitada.

É claro que a família, a sociedade vai dizer que nós matamos a mulher.

Somente Deus sabe o é que passei naquele momento.

Estou **plenamente** convencido que a morte dessa mulher é descaso social das autoridades de nosso Estado. (grifos nossos)

Relato 51.

Nesses textos, os marcadores são advérbios modalizadores e o verbo *ser*, no presente do indicativo, apresenta-se como declarações explícitas, no que se refere ao discurso. As palavras do médico (Dr. Apolo) marcam de forma decisiva a angústia médica diante das inoperantes políticas de saúde em nosso Estado, que coloca a população de gestantes numa situação ainda mais de riscos. Em Fortaleza, nos últimos cinco anos foram fechadas oito maternidades que por mais de 80 anos prestaram grandes serviços. A crise da saúde pública, a falta de investimento com essas instituições filantrópicas.

Quando portas se fecham às isso força, inevitavelmente, mulheres a buscarem socorro na tradicional Maternidade Escola da Universidade Federal do Ceará e a César Cals da Secretaria de Saúde do Estado, com suas características de alta complexidade, pois: estão superlotadas; sem leitos; sem leitos na UTI; concentram demanda não só da capital do Estado, como de todos os municípios do Estado, que exceto Sobral e Juazeiro do Norte têm instituições de alta complexidade instaladas.

Da rede Estadual há duas maternidades de baixo risco com muitas precariedades funcionando: a Nossa Senhora da Conceição e a do Gonzaguinha da Messejana, que demandam a cada dia todos os casos complicados de gestantes. Os plantonistas não têm condições de atender as especificidades das evoluções complicadas, e a *ambulancioterapia* descarrega a cada dia dezenas de mulheres nesses Centros de Alta complexidade. Muitas dessas mulheres ficam nos corredores, nas cadeiras, pois os leitos de UTI tanto materna quanto neonatal estão sempre lotados. Uma pequena, mas importante solução a Prefeitura Municipal atendeu por pressão do Ministério Público convênio com uma maternidade filantrópica na cidade, a Cura D'ars que é uma instituição médica mantida pela Igreja Católica, que cedeu parte de leitos de suas UTIs materna e neonatal.

Em minhas andanças nas ambulâncias, conduzindo mulheres complicadas para a Maternidade Escola, pude identificar dezenas de vezes esse cotidiano de super lotação. E

numa dessas transferências um Diretor da Maternidade fechou as portas. Primeiro dirigiu-se a uma delegacia de polícia, fez Boletim de Ocorrência e “passou o cadeado”. Não havia nesse dia um único metro quadrado que coubesse mais uma gestante. Corredores, entupidos, macas quase coladas umas às outras, todas as macas ocupadas, todas as cadeiras, todos os espaços, alamedas, corredores, um verdadeiro cenário de guerra, médicos correndo de um lado pra outro, mulheres em desespero, menino nascendo ali e acolá. Um clima de tensão e revolta dentro e fora da maternidade.

As peregrinas nesse dia deambularam mais ainda. As que vinham nas ambulâncias seguiam para a outra Maternidade – César Cals que também tinha uma placa: *NÃO TEMOS VAGAS*. Mas pelo menos a nossa peregrina teve sorte. O plantonista era amigo do médico que conduzia a mulher e assim prometeu que ela seria atendida.

A rotina da transferência é uma situação de um cotidiano médico dramático. O Banco de Leitos administrado pela Central de Leitos da Secretaria de Saúde do Município é um sistema que atende de forma a corresponder a uma concepção de justiça, que garanta a todos direitos as vagas à medida que vão surgindo. A questão é a vaga. Esse item que pode salvar a vida de mãe e filho.

Os médicos e médicas dificilmente conseguem, de forma emergencial, uma vaga. Tudo depende da sorte realmente, das amizades, se o plantonista for amigo, ou amiga. Infelizmente, a transferência é um grande tormento para os protagonistas desse evento.

Muitas vezes não tem vaga mesmo e a situação requer urgência, de qualquer forma. Mesmo sem leitos “*é melhor deixar a mulher sentadinha lá na recepção esperando do que ficar aqui e a gente não poder fazer nada*” (DR. APOLO). E assim o cotidiano da transferência é outra faceta do discurso da humanização que precisa ser enfrentado. Dr. Apolo assim se pronuncia:

Eu vejo essa questão da transferência como um problema a mais pra mulher. As pobres em sofrimento, né, já não gostam de sair aqui do Maranguape, pretendem ter o nenê e ir logo pra casa, estão pertinho de seus parentes, familiares. Quando a gente diz que elas vão ter que ir pra Fortaleza, é um Deus nos acuda. Choram muito, resistem, botam mesmo o maior boneco. Mas aqui não dar pra cuidar delas em situações que requerem maiores recursos. Você vê, aqui até a gente podia tentar uma cesária, mas nunca tem anestesista. É muito difícil a gente trabalhar nessa situação. Aborto, que é uma coisa simples a gente tem que mandar, porque precisa de anestesista.

Relato 52.

5.5.5.6 Na sala de parto: marcas identitárias e discursos (interdiscursividade)

A interdiscursividade diz respeito aos discursos articulados nos textos, bem como são articulados e mesclados com outros discursos. A interdiscursividade envolve hibridizações não só de discursos, como também de gêneros e estilos. A interdiscursividade é uma categoria representacional de aspectos do mundo (FARICLOUGH, 2003).

O uso recorrente da referência pronominal em primeira pessoa EU, inserida em processos verbais materiais, pode estar funcionando no discurso médico-paciente como uma marca linguística do poder de que se investe o médico e a médica na sala de parto. Os processos verbais sinalizam sobre o poder que o profissional médica ou médica têm na arte do partear.

Vejamos a seguir algumas marcas identitárias:

Eu na minha sala de parto não gosto de acompanhante. Não concordo com essa coisa do parto humanizado, assim natural, de qualquer jeito. O parto é um procedimento cirúrgico, privativo da Medicina. Esse negócio de estar com gente de fora é inadmissível. Minha relação com as pacientes é de respeito e controle, se não controlar a gente perde o rumo da situação. A mulher precisa de nossa autoridade para vencer o medo. O médico seguro, que sabe dominar a situação. Pra que família perto?. Família atrapalha (DR. HERÓDOTO). (grifos nossos)
Relato 54.

● discurso: Medicina tradicional, hegemônica. Identidade médica científica padrão (relação objetiva entre médico e paciente sem os matizes da subjetividade)

Eu na sala de parto eu converso pouco com as mulheres .Mas procuro distraí-las, brincar um pouco. Apenas assim quando estão com muitas dores e entram em pânico aí eu dou uma forcinha, procuro amenizar. Lembro a elas que é a dor mais esquecida do mundo. Elas dizem que nunca mais querem filho e aquelas coisas todas, aí eu digo: profissional assim para o ano tá aqui de novo mãezinha, vamos apostar? Eu conheço essa história, quanto mais reclama mais retorna. (risos)(DR. APOLO). (grifos nossos)
Relato 55.

● discurso da maternidade pecadora. Identidade médica higiênica.

Na minha sala de parto eu sou diferente. Eu deixo a acompanhante entrar, afinal mulher é muito sensível, a gente tem medo mesmo, é uma situação muito delicada, e muitas dessas mulheres ficam mesmo muito desesperadas, e a mãe é uma força, é uma presença importante, nesse hora a gente sabe o que é ser mulher.Só assim a gente se valoriza mais e valoriza a mãe da gente. Quando a mulher tem um filho

acho que é a maior realização que uma pessoa possa ter (DRA. HELENA DE TROIA).
Relato 56.

As identidades médicas seguem um padrão dominante na arte de partejar: o humanismo clássico da Medicina comprometida com a objetividade científica hegemônica positivista da tradição médica fundadora.

As parturientes em todas as situações são dominadas pela *subserviência desencantada*. Entregam-se à solidão do ato. Elas estão parindo sob olhares de muitas personagens, e algumas dessas estrangeiras, inclusive o olhar médico, que surge na cena não como um ator social, mas um fenômeno abstrato, intocável, pouco observável, às vezes desconhecido, e que inspira uma ritualística subserviente de quem precisa diante desta presença estranha se entregar passivamente. Uma entrega de poucos diálogos, e muitas obediências.

O médico ou a médica entram na cena. Interferem no processo, mas ela (a parturiente) está na solidão. Ela seu filho, seu sofrimento *naturalizado*. A sina da maldição sobre a solitária peregrina é mais forte que a presença dos outros estrangeiros. E o mais *intocável* viajante é a figura do médico e da médica. Não falam a mesma linguagem. Mimetizam alguns sinais que, em tonalidades, gestos distantes e incompreensíveis, articulam linguagens desconhecidas. Diante das *escandalosas* despem-se dessa vestimenta simbólica e incorporam a linguagem do autoritarismo, admoestando, cobrando disciplina, educação.

As juras, ou as desconjurações que emergem de alguns lugares desse corpo ou dessa alma das parturientes, espalham-se, desperdiçam-se ao infinito. Qualquer que seja o grito deve ser contido. Disso as mulheres sabem: seus corpos é que não sabem. A maldição da dor as mulheres sabem: interditar o prazer as mulheres não sabem.

E para além das interdições do prazer a *subserviência desencantada* é marcada por outras tragédias do pecado, impronunciáveis para os protagonistas e que estão nos relatórios da Assistente Social: vítimas de estupro, do amante, namorado, pai, irmão, vizinho, mas o que interessa aos estrangeiros entender as cenas anteriores?

Os discursos revelam como a maternidade está situada sob as injunções da sexualidade e uma certa culpabilização de uma *maldição dolorosa* da armadilha na rota do pecado, a gravidez. Mulheres *castigadas* pelo sofrimento higiênico que restaura o vínculo da maternidade para a procriação. Na maternidade os pecados são perdoados. *A dor a mais esquecida do mundo* é apagada pelo corpo em transe de sofrimentos e tribulações.

A lição da dor esquecida revolve semioses retóricas do partejar em mulheres pobres, desnudando despididamente o *prazer* do pecado que se impõe na superfície de um corpo que se contorce de alguns desesperos, numa linguagem que representa os caminhos que deveriam ter sido interditados, contudo, a maldição do parto reatualiza: a dor de parir.

Diante de cada contração dolorosa as mulheres geralmente fazem promessas: *nunca mais* irão ter filho *de novo*, *preferem a morte* entre outras promessas que, depois de nove meses, precisam ser lembradas com muitas angústias. *Dores esquecidas* na hora em que o corpo reclama pelo pecado, pelo prazer. Insistir nos desejos provavelmente levará ao retorno de um novo sofrimento. A interdição sobre o objeto de prazer envergonharia algumas mulheres?

Escutei o modo retórico de muitos profissionais ao tratar dessa *dor esquecida*. Alguns brincam, fazem gracejos, outros mais sérios assumem um caráter quase sacerdotal, pastoral mesmo, ao lembrar que a dor é o resultado de um prazer. *Pra que foi fazer menino? Na hora nem gritou, agora aguente calada.*

Modo retórico, comum a médicos, médicas, enfermeiras, auxiliares, outras colegas mulheres, solidárias ao pecado. Cada um e uma repetem o mantra e sua força higiênica contra a indecência a ser purificada.

5.5.5.7 O significado de palavras: a mulher escandalosa e os sofrimentos

Os breves carões ou admoestações sobre *a dor esquecida* são pronunciados nos instantes de muita tribulação, quando algumas mulheres estão gritando muito. Vejamos os textos a seguir:

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DR. HERÓDOTO: As mulheres se excedem nos escândalos, pois se a gente perder o controle da situação a coisa complica mais. Tem mulher que é bem quietinha, a gente num instante acalma, tem outras não; se excedem, berram, assustam as outras e aí parece um fenômeno em cadeia. Grita uma aqui, daqui a pouco a outra vizinha grita também aí você fica doido. O parto precisa de calma da mulher. Escândalo às vezes prejudica, é uma descarga de adrenalina muito grande e afeta o bebê. Ai eu falo mesmo: quer que seu bebê sofra quer? Se você fica gritando aí, você está atrapalhando o seu filho de nascer. Você é responsável pela vida dele.
Relato 61.

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DR. APOLO: Eu vou conversando (...) assim falando do nenê, para despertar mais calma. Pois você sabe que o nenê ajuda no parto, ele colabora abrindo os caminhos, mas sob stress materno o bebê é afetado. Por isso eu digo mesmo. O lado emocional também ajuda a problematizar. Se a gente sabe que tá lidando com uma mulher escandalosa, a gente tem que ser mais forte que ela. Que se a mulher

não ajudar a coisa fica muito difícil pro bebê e pra ela. Infelizmente é assim mesmo, tem algumas mulheres que sofrem muito no parto, por causa de sua natureza, a bacia, os músculos, as condições físicas, e aqui a gente como plantonista faz o que pode. Se tivesse anestesista é claro que nesse período mais doloroso, expulsivo a gente poderia com segurança amenizar, mas aqui não tem nem anestesista, e quando têm eles não querem fazer mesmo. Infelizmente essa é a verdade. Anestesista é difícil vir atender a uma mulher no período mais doloroso do parto vaginal. Essa não é a realidade da clínica privada. Em maternidade do SUS anestesista não vem minimizar dor de parto vaginal. Esse é um fato de todas que eu conheço aqui no Ceará. Aqui de verdade as mulheres sofrem muito mais. É... a gente tem pena, mas o que fazer? Infelizmente, a gente tem que controlar essas mulheres com coerção mesmo, pois as pobres estão desesperadas e se não contermos como fica?

Relato 62.

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DR. ASCLÉPIO: Tem, tem a mulher escandalosa, mas é por causa da educação eu acho. Quanto mais pobre, com menos estudo mais são escandalosas, gostam de um palavão danado. Mas eu exigo respeito na minha sala de parto. Gritar pode grita, eu sei que muitas delas estão sofrendo de verdade, e tem partos de fato extremamente dolorosos, por isso a gente diz assim algumas coisinhas para amenizar que é assim mesmo, mas quando dão pra falar palavão eu barro na hora. Mando mesmo calar a boca)

Relato 63.

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DRA. HELENA DE TROIA: Eu sei que tem mulheres escandalosas, meigas e não precisa ser rica e nem pobre para ser mais calma ou não. É surpreendente. Você olha pra mulher assim não dá nada por ela, e de reprende ela se revela poderosa, grita, se revolta, parece que traz toda a revolta do mundo. Eu já atendi muitas mulheres que são duplamente sofredoras, pois além de terem engravidado à força, estupradas, pelo marido, companheiro, ou mesmo familiar, pai, irmão ela ainda tem que aguentar a dor de parir. Eu acho que meus colegas médicos homens faltam essa sensibilidade para entender que é essa mulher escandalosa.

Relato 64.

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DRA. VÊNUS DE MILLUS: Eu gosto de pensar um pouco como elas, assim (...) se colocar no lugar delas. Se coloque no lugar da mulher aí você vai ver porque ela está dando escândalo. Não é só julgar assim. Essa mulher é escandalosa, etc. A gente tem que parar e perguntar: quem é essa mulher? A gente sabe que as que batem as portas do SUS são as pobres, que não tem plano de saúde, a gente sabe, como é a situação, mas a gente não sabe é as razões que levaram essa mulher a engravidar né, e as vezes é uma gravidez indesejada demais.

Relato 65.

Os relatos dos nossos obstetras denunciam que o sofrimento da mulher no evento parto é uma situação cruel. Os seus berros *para além do normal* são qualificados como escândalos. A escandalosa é a mulher mal educada. Tratadas em sua culpabilização enfrentam a tortura do parto vaginal sem o mínimo de recursos farmacológicos de analgesia.

A tortura é polifônica. Provém de corpos, músculos da bacia com uma especificidade singular de cada corpo de mulher, de cada estrato social, miséria, riqueza, facilidades e limitações da existência. Não há um padrão universal.

As dores são um complexo mediado por componentes anatômicos, psíquicos, sociais, emocionais. A mulher *escandalosa* precisa ser contida com a *autoridade médica*, pois não há nenhum recurso farmacológico que o plantonista possa fazer uso para aliviar esse sofrimento.

É contra indicado qualquer remédio para a dor no parto, e somente o anestesista pode conseguir um razoável estágio de minimização. A falta de um suporte técnico de profissionais anestesistas poderiam muito contribuir com algum alívio significativo no período mais doloroso da situação de parição.

A *escandalosa* alberga facetas de processos sociais e culturais ideologizados de forma mais amplos quando alcançam a questão de gênero no discurso médico-paciente. Contudo, há um hiato que está registrado nos discursos médicos: a interação médico, médica e mulheres sugere o grande instante em que a solidariedade se materializasse, além da gestualística padrão, escuta à subjetividade de um rosto contrito em seu sofrimento, muito distante diante do poder, saber médicos, ciência e competência científica.

Mas faltou a essa ciência preparar esse saber para atender às dimensões não superficiais da dor biológica, que seria pacificada pela analgesia farmacológica. Naquele instante, ela poderia ser pacificada com a escuta atenciosa e o mais importante: a solidariedade viva.

Se o significado de uma palavra é tão importante para uma análise do discurso, tanto do ponto de vista explanatório como lingüístico, chegou o momento de resgatamos para a superfície desse debate discursivo, a *humanização* na prática médica, que não deve ser compreendida como uma tecnologia interventiva no manejar do parto, mas o fenômeno que se estabelece da relação entre médicos, médicas e mulheres; diálogo, relação e encontro do *EUE TU* (MAGALHÃES, 2000), uma ontologia da relação do médico-paciente.

5.5.5.8 O parto como metáfora: associar o parto e o sofrimento da mulher como desumano

Nádia: Como você vê o modo de sofrer dessas mulheres no parto natural?

DR. HERÓDOTO: Vejo o parto vaginal como desumano, eu sou contra. É coisa de animal. Sou a favor do parto cirúrgico. Quem é que arranca dente sem anestesia Dra. Nádia? Ninguém em sã consciência né, nem uma unha encravada, quanto mais um filho nascer sob o desespero de uma mãe. Parto vaginal que não dói é mentira. Tem uns mais difíceis, com muito mais sofrimento, mas não tem nenhum que não ocasione um intenso sofrimento, **coisa de bicho mesmo.** _Eu faço aqui porque sou plantonista, mas se eu pudesse num deixava nenhuma mulher dessas gritar de tanta dor igual a um **bicho desesperado.** (grifos nossos)

Relato 66.

É um suplício

Nádia: Como você vê o modo de sofrer dessas mulheres no parto natural?

DRA VÊNUS DE MILUS: Eu vejo que tem mulheres passam nessa hora muito sofrimento. É terrível é um suplício. **Coisa de condenado**. Suplício, lento gradual que vai crescendo, evoluindo as dores vão ficando mais longas, até a fase de expulsão que é extremamente dolorosa. E nessa hora, **a mulher padece como um animal** em nossas mãos. Mas muitas delas enfrentam com coragem de uma santa; **outras berram como os bichos**, é realmente nesses casos **animalesco**. (grifos nossos)

Relato 67.

Nádia: como você lida com tanto sofrimento sem anestesia?

Dr. APOLO: É imprevisível como essa dor dessas mulheres evolui. Tem mulher que evolui bem, são mais tranquilas, e tem mulher que você se surpreende. Perdem totalmente o equilíbrio, Ficam transtornadas, agressivas, dizem palavrão, manda você pra puta que pariu, e é claro que nessa hora eu dou o troco. Eu preciso controlar a situação num momento que ela não tá entendendo o que eu faço, eu sei que não posso explicar, não vai adiantar nada e nem pedir licença. É um nível de estress desesperador, é uma questão de em frações de segundo pode significar a vida e a morte. Então, para determinadas mulheres eu tenho que ser forte, usar de autoridade, eu é que tenho o controle da situação. Mando calar a boca sim. E geralmente essas mulheres assim, não é raro a gente pegar no plantão. Quanto mais pobre mais a boca é assim suja, não querem nem saber. Tem outras que dá pena de tão miserável, padecem com muita calma choram sem ser escandalosas. Mas tem mesmo a escandalosa. Tem a que é usuária de crack que até antes de parir usa a droga e fica mais violenta, chama palavrão até com o menino. Vejo muito elas maltrataram as crianças: Saí sua porra, sai daí porra, desce logo, porra, desce caralho, eu ti odeio caralho, eu quero que tu nasça e morra bicho ruim. Há! nessa hora eu assumo o controle da situação. Olhe aqui quem manda sou eu e você vai calar essa boca suja agora. Não maltrate quem não pediu pra nascer. Se você deixar correr frouxo, não dá. Você tem que controlar, impor, decidir... Depois... depois... Deus faz às vezes um milagre. Quando a ‘porra’ nasce elas choram abraçam... Mas depois não sei o que vai acontecer depois da alta. Provavelmente se sobreviver a essa vida miserável ao lado da mãe viciada em crack será mais um marginal da sociedade.

Relato 23.

Categorização que imprime uma marca identificacional (estilo) com relevância para o controle da situação de estresse que alcança um nível de autoridade e coerção intensa. Na identificação Dr. Apolo constrói-se no texto: (1) como o médico que tem o poder de calar as *bocas sujas*; (2) o médico que identifica comportamentos de subversão ética das usuárias de drogas ilícitas, evoca o discurso religioso, o *milagre no encontro mãe-filho(a)*. A *imprevisibilidade da dor* imersa sob contextos sociais e culturais para além do caráter apenas biológico do fenômeno parto. O aspecto relacional do médico com as parturientes mal educadas é autoritária. Seu papel social hibridiza-se do caráter disciplinador e técnico científico: “Mandar calar a boca”, “assumir o controle da situação”. Mas a humanização da práxis médica no parto, reclamada pelo Ministério da Saúde, preconiza tratar as mulheres, não como um objeto técnico e sim com um corpo social, espiritual, político, simbólico, que precisa ser mediatizado na interação face a face.

A seguir no relato da Dra. Vênus de Millus também identificamos o conflito dos papéis sociais dos médicos (as) e o estilo (ethos) profissional simbólico (*tem médico que não nasceu para ser obstetra*) versus condutas técnicas profissionais, com uma marca importante: seu julgamento evoca o significado representacional do médico como um ser da tolerância, da paciência, pronto para entender as dificuldades inerentes ao exercício profissional da obstetrícia. Refletindo sobre o processo interacional destacamos o significado identificacional construído em processos de assimetrias da práxis de seus colegas.

Nádia: Como você se relaciona com suas parturientes?

DRA. VÊNUS DE MILUS: Vejo que essa questão é muito complicada, têm muito médico e médico que não faz isso. Eu vejo muitos de meus colegas que não enxergam as mulheres desse jeito. Não estou falando de suas condutas médicas, estou falando como eles não conseguem entender as mulheres. Muitos não querem nem conversa, sabem que as dores são fortes, não explicam as mulheres o que vai acontecer, as mulheres não sabem o que está acontecendo ficam mais angustiadas, os médicos não tem paciência de explicar que o processo é lento, que são muitas, muitas horas de sofrimento e que no final de 10 a 14 horas mais ou menos, é o período de expulsão quando as contrações ficam muito intensas, e há casos em que algumas dessas mulheres entram em pânico, sofrem muito, gritam, chamam palavrão, chutam a gente, e você nessa hora não pode perder o controle da situação, aí você é grossa, você também manda a mulher parar de gritar, aí fica tudo muito estressante. Tem médico que não nasceu pra ser obstetra, pois é uma profissão que requer muita paciência.

Relato 24.

O parto é em si mesmo a grande metáfora da linguagem humana a gerar mistérios, luzes, escuridão, toda essa trama não consensual, difícil de ser objetivada. Nesse aspecto, talvez a grande linguagem que alcance algumas de suas zonas mais próximas ao nosso entendimento é a metáfora.

Dar à luz é uma tragédia do Gênese, tragédia e devir que prescinde de uma linguagem da arte para efetuar a fidedignidade de sua alegoria, epopeia e tragédia. A tragédia traz um espaço de sofrimento como parte integrante da vida (NIETZSCHE, 2005).

As maldições do parto no plano da experiência humana é um enigma (DR. HERÓDOTO) Uma alegoria sem respostas? E dessas maldições não se podem esperar respostas? Suas determinações dolorosas vêm de Deus, dos deuses, e a mulher heroína não pode negar sua *sina*, seu *destino escrito, determinado*? A função da tragédia como metáfora e arte seria o de garantir a heroína mulher que o sofrimento, a dor inevitável é uma lição do fortalecimento que é transfigurado em arte, e arte em alegria? ‘Dizer sim a vida alegrando-se na própria inesgotabilidade no sacrifício’ (NIETZSCHE, 2005).

As práticas cognitivas que circulam e dominam instituições, discursos e práticas sociais produziram conhecimentos assentados nesses valores que não são capazes de

transformar a realidade social, em muitos casos, opressiva, perversa e mantenedora das injustiças sociais. E em nosso contexto de estudo a questão relacionada ao parto de mulheres de baixa renda atendidas numa instituição pública em nosso país pode-se configurar como um atendimento subalterno, com práticas assistenciais marcadas pelas precarizações das mais variadas circunstâncias. O serviço público de saúde no Brasil, embora seja constitucionalmente garantido em sua ampla universalidade e integralidade, não é dissociado dessas assimetrias. E quando falo de mulheres pobres no parto posso associar a este procedimento o sofrimento em outras significações para além do fenômeno fisiológico da parição.

5.6 Algumas considerações

Neste capítulo, apresentei as análises realizadas referentes ao arcabouço da ADC baseado em Chouliaraki e Fairclough (1999); Fairclough (2001; 2003) e Magalhães (2004) Desse modo, analisei grande parte dos dados gerados de forma atender a análise da conjuntura; a análise do discurso; representações e a análise das identidades.

Com relação à análise da conjuntura, estabeleci um diálogo transdisciplinar com o Realismo Crítico e as Ciências Sociais críticas, analisando as questões de ideologia, poder e justiça social acerca das relações do evento parto como um fenômeno integrado aos campos discursivos da Medicina científica, da política de saúde pública no Brasil e a política de assistência ao parto humanizado.

Empreendi uma Análise de Discurso Textualmente Orientada (MAGALHÃES, 2004) através da interdiscursividade e que proporcionou a identificação dialética de representações, discurso e identidades de médicos e médicas e das mulheres. Na perspectiva de análise de discurso de Fairclough (2003), apresento a dialética do discurso médico-paciente, coexistindo e interagindo com os significados da linguagem, que perpassam as relações sociais assimétricas (políticas, institucionais, médicas obstétricas, assistenciais etc.). As relações interdiscursivas mostra um conjunto de estratégias de constituição de formas de representação e de identificação no evento discursivo parto.

O sentido da humanização médica é um discurso hibridizado, que compacta tecnologia com estilos de atenção. No caso dos médicos e médicas, esse grupo está reagindo à injunção de uma prática clínica humanizada prescritiva do Ministério da Saúde. Essa questão é um dos aspectos relevantes das análises, que é a reação dos médicos obstetras ao discurso de humanização posto pelo Ministério da Saúde.

O discurso médico reclama da humanização como suporte tecnológico, gestão políticas de saúde para as mulheres gestantes, leitos de UTIS, vagas, nas maternidades de média e alta complexidade, profissionais especialistas e suportes logísticos para salvar a vida das mulheres em contextos de altas tecnologias.

Há, portanto, uma luta hegemônica da classe médica em conflito com a posição do Ministério da Saúde, pelo controle do sentido de humanização. Essa hibridização discursiva tem posições epistemológicas distintas do que é humanização. Uma relação conflitiva, que irá receber dos médicos e médicas no *Gonzaguinha* um enfrentamento identificado nos seguintes discursos: *o discurso político*, que dialeticamente estabelecem as *identidades médicas de legitimação*.

O *discurso político* recontextualiza a crítica ética pela defesa da prática científica da Medicina obstétrica hegemônica, afrontado o sentido de humanização defendido pelo Estado, a nova ordem discursiva no atendimento ao parto, como uma questão deficitária e de gestão, que nega às mulheres as condições técnicas especialistas, ao considerar o parto *uma questão romântica*. A abordagem desse caráter *romântico* critica o resgate da prática naturalista do parto como de fácil manejo, e até estimulado para ser realizado no ambiente doméstico, sem a presença de médicos, resgatando um passado em que as parteiras eram protagonistas centrais das práticas de parto.

Médicos e médicas reclamam dos entraves institucionais e de gestão que impossibilitam uma adequada realização de partos quer sejam os fisiológicos, naturais, não invasivos, ou cirúrgico-cesarianos com todo o suporte de complexidade logística e de recursos médicos necessários. O drama da saúde pública, as restrições de maternidades de referências, a escassez das UTIs maternas e neonatais, tudo isso revela - segundo os obstetras do *Gonzaguinha* - *o lado desumano* das políticas de saúde no Brasil, que padece de um processo de incompetência gestora e de recursos os mais dramáticos possíveis. “Tudo falta” como nos advertem Dr. Apolo e seus colegas.

O *discurso político* médico estabelece *as identidades de legitimação médicas*. Por exemplo: justificam as manobras protocolares invasivas aceleradoras no parto, que são habitualmente praticadas pelos obstetras no *Gonzaguinha*. Tais procedimentos são constitutivos de um conjunto institucional e político, na ordem do discurso da Medicina hegemônica, que podem ser empregados nos casos médicos recomendados. Constatei na pesquisa etnográfica como a obstetrícia investe nas práticas do partejar, um protocolo científico invasivo nos corpos das mulheres, sobre os quais tem o poder de desenvolver ‘violência simbólica’ (BOURDIEU, 1998). Práticas acobertadas pela legitimidade científica,

não são discutidas e nem negociadas por médicos, médicas e mulheres, quando e em quais situações clínicas poderiam ser dispensadas. A grande maioria dos profissionais opta pelos métodos aceleradores, e estes se tornam padrão universal de intervenções no *Gonzaguinha*. Poucas são as refutações médicas diante desses protocolos, considerados como abordagens *científicas seguras*.

Os procedimentos aceleradores do parto afetam à fisiologia do transcurso do parto mediado pelas modulações hormonais em sua lenta e harmoniosa elaboração. Acelerar o parto artificialmente interfere nessa regulação-produção hormonal responsável pelo processo de parto fisiológico. As drogas aceleradoras causam as contrações mais rápidas, e o mecanismo do parto passa de um processo harmônico, para um processo físico-químico de alta intensidade de estresse. Conseqüentemente, sob o alto impacto de produção de aceleradores artificiais, as contrações uterinas são extremamente dolorosas. Os obstetras, não só se utilizam das aplicações de hormônios aceleradores, como também cortam (episiotomia) a região perineal para facilitar o deslocamento do feto. A episiotomia é uma prática muito questionada. Mas quando é que tais processos aceleradores (aplicação de hormônios artificiais) e cortes cirúrgicos podem ser usados? Nos casos em que as complicações advindas de intercorrências no transcurso do parto podem ocorrer: atonia uterina (o útero para de contrair). O que é questionável é tornar a prática de utilização dos aceleradores, uma rotina universal para todos os casos dispensáveis. “Há uma lógica nessa opção: o tempo. Muitos profissionais médicos por razões pessoais (outros empregos) preferem se ver livre o mais rápido possível das mulheres” (Dra. Helena de Tróia).

O discursivo (a violência simbólica – naturalização do sofrimento na linguagem no senso comum médico) é atrelado às questões institucionais e políticas. Nesse entremeio, a práxis médica no *Gonzaguinha* é posta como um dos obstáculos de maior relevo no debate no evento discursivo parto.

Quanto as representações do sofrimento no parto, tanto médicas, como a das mulheres, surge o *discurso naturalista do sofrimento no parto* articulado a um determinismo biologista e estético (moral, espiritual, político). Nesse aspecto o evento discursivo parto trata o *sofrimento como natural* sob leis constitutivas da fisiologia feminina. A questão dessa lógica fisioquímica determinística torna-se um fenômeno injusto na medida em que as mulheres, sob as forças instituintes dos patriarcados e capitalismo colonizadores em suas epistemologias e ideologias, são objetos da desigualdade social.

Há um senso comum convergente, quer nas representações deste sofrimento pelos médicos e médicas, como pelas parturientes, sobre o sofrimento no parto que passa a ser

metaforizado como martírio, suplício, *coisa de bicho*, *desumano* ou reificado *como da vontade de Deus*. A naturalização do sofrimento como um fenômeno determinístico à natureza da mulher é uma aceção corroborada pelas visões de mundo reificadas nas concepções religiosas destas mulheres.

As identidades das mulheres em transe e em trânsito, sob o impulso caótico e transgressor dos corpos em dores do parto, e para além desse processo, pobreza e misérias sociais, desaguam ‘flutuações’ (PIROGINE, 2009). A força dessas flutuações pode seguir nos caminhos das incertezas, probabilidades, possibilidades da vida, construindo novas representações e identidades, revolvendo o ‘mundo inteiro’, acobertando misérias sociais, desigualdades e exclusões de nossa sociedade. Nesse espaço caótico, ‘corpos nus’, desenvergonhados, despudorados, agridem, pronunciam palavrões, e recebem do senhorio a repreensão: “escandalosa”, “desnaturadas”, “mal educada”, mulheres, simplesmente “histéricas”, “verdadeiras profissionais” da arte do corpo erótico que retornará para o santuário da purificação moral do gineceu.

O parto é um evento discursivo que está sendo problematizado por profissionais médicos com forte predomínio de sua hegemonia medicalizada da prática científica da Medicina positivista. Há um embate entre o parto medicalizado com as prescrições do parto natural quando recomendado na maternidade de baixo risco que pode ser passível de complicação. As identidades médicas são fortemente impregnadas do cientificismo humanista positivista e a interação médicos, médicas e mulheres é pautada numa prática interacional comprometida cientificamente com o rigor e os protocolos da epistemologia obstétrica hegemônica. As identidades das mulheres revelam a situacionalidade em trânsito do evento da parição (sala de parto) com marcas de obediência, passividade, solidão. Em seguida, apresentei algumas análises de aspectos linguísticos e discursivos focalizando a modalidade, avaliação o significado de palavras e a metáfora.

No próximo capítulo, teceremos uma análise discursiva crítica ancorada numa proposição de uma Linguística crítica insurgente, pós-colonialista, que consiga traduzir a esperança para além no contexto de opressão sob o qual historicamente o caráter trágico do pensamento ocidental e da cultura científica (SANTOS, 2006) estabeleceram suas epistemologias em defesa da dignidade da mulher e sofrimento. A etnografia é interlocutora das demandas do *Sul do Sofrimento* e seus contextos interpelativos, que garantam a dignidade do atendimento ao parto pela prática obstetrícia. Um diálogo epistemológico articulado a uma reflexão crítica sobre o sofrimento no parto e o discurso médico-paciente será fonte de um debate nos capítulos 6 e 7 dessa tese.

6 COSMOLOGIAS NO SOFRIMENTO

O capítulo está organizado de um modo retórico baseado em de notas de campo e relatos da pesquisa etnográfica; portanto, é um texto agônico, caótico, alegórico, híbrido que mistura as inquietações primeiras, com as reflexões dos protagonistas, em uma história que se alonga em imagens e contextos dinâmicos, transitórios.

Os gêneros discursivos aqui destacados são os relatos que colhi nas entrevistas etnográficas. Os recortes compõem a escritura etnográfica num movimento dinâmico da análise crítica do evento discursivo parto. Quanto às notas de campo, são fontes vivas experienciais da pesquisa que cruzam com o texto e iluminam a construção de uma reflexão nesse emaranhado agônico que é o de mergulhar no campo de pesquisa etnográfica.

A escritura preserva na sua singularidade o evento em sua instantaneidade, mediada pelas leituras de significados produzidos pelos diversos protagonistas, num campo de múltiplos discursos, uma etnografia aberta, dialógica, numa arena de diversidades ‘polifônicas’ (BAKHTIN, 2008). Um caleidoscópio entrecortado, complexo, de muitos ângulos, observações agônicas, trágicas, que resgatam a polissemia do parto nos contornos do sublime, luz, vida e morte. Uma transfiguração estética, com autenticidade que preserva o contido e o incontido, visível, invisível.

A escrita é, assim, o resultado dos eventos em suas histórias mágicas, surreais e seus modos de textualizações. Uma escrita etnográfica como alegoria “destaca a natureza poética, tradicional e cosmológica de tais processos da escrita” (CLIFFORD, 2008, p. 61). Uma paisagem de muitos cenários entrecruza-se e reflete em espelhos muitas imagens, textos e vozes: uma ‘heteroglossia’ (BAKHTIN, 2008).

Tomei uma resolução: assumir a liberdade de contar as histórias da escrita desassossegada, resistente à ‘totalidade’, espreitada pelo panteão das deusas e deuses, feiticeiros, profetas, sábios, bêbados, pessoas simples, subalternas, heróis, homens, mulheres, que espreitam e observam minha passagem nesse roteiro complexo e insurgente.

Todo esforço é para garantir uma textualização que preserve a riqueza polissêmica da experiência etnográfica e seus registros de notas, reflexões. Trouxe os recortes possíveis para produzir uma ponte que alcance e responda aos gritos do sofrimento que recolhi. Um sofrimento que não é limitado a um grupo de mulheres e médicos que entrevistei. Eles e elas são vozes que entram em consonância às de outros devires, interdiscursos, intertextos (BAKHTIN, 2008; MAGALHÃES, 2011) enlaçados às angústias e aflições de vários campos espaciais e discursivos para além da sala de parto, ambulâncias, plantões, leitos.

O campo, nesse sentido, é uma ficção, pois como tornar limitado a um cenário o eco de tantos e tantos murmúrios? Uma trama semiótica, um labirinto a ser questionado em busca minimamente de um fio, que possa desfazer laços, muitos deles silenciados, invisíveis, no decurso de suas manifestações.

A palavra é ponte, ação, práxis. É mais que uma estrutura semântica da linguagem. E a enunciação da palavra, segundo Bakhtin (2008), é obrigatoriamente intertextual. “Além disso, a intertextualidade atua em sentido mais amplo, construindo textualmente cenários passados, presentes e futuros” (MAGALHÃES, 2011, p. 222).

O texto é uma costura de vários tecidos agônicos, que num impulso criativo reorganiza-se tal como os sistemas caóticos da natureza. “O caos corresponde aos sistemas instáveis, sensíveis às condições iniciais” (PRIGOGINE, 2009, p. 208). A seguir, as análises da hibridização do discurso médico-paciente no evento discursivo parto, seguindo as reflexões teóricas nascidas nas angústias do Eu e Tu percorridos no exercício da pesquisa etnográfica. Um arsenal experiencial o mais fiel possível que representa a desmedida do evento discursivo parto como arte e tragédia no qual minha voz faz parte do coro.

6.1 Eu e tu nas agonias do parto

Comentamos nos capítulos anteriores que a prática clínica da obstetrícia hegemônica dominante no Gonzaguinha é pautada numa racionalidade médica na qual “a medicalização constitui-se numa estratégia de atribuição de sentidos que modela práticas sociais, profissionais e formas de consciência e conduta” (CASTIEL, 2013, p. 5). Relembro também a questão da racionalidade médica de risco, constituinte dessa ordem discursiva da Medicina higiênica, que é fortemente sedimentada em suas práticas sociais.

A pressão exercida por essa perspectiva localiza-se no fato de que uma vez que alguém é considerado doente ou seu comportamento visto como resultado de patologia, tal comportamento é encarado como estando fora do controle racional das pessoas. Tais indivíduos tornam-se agentes morais e sociais deficitários. Assim, eles podem ser vistos como irresponsáveis em relação a seus atos, passíveis de abordagens coercitivas por aqueles que se colocam no lugar de autoridades e experts. Passam, assim, a ser objetos de práticas e estratégias institucionais e especializadas concebidas para conduzir, “aconselhar” e, se for o caso, corrigir as pessoas (CASTIEL, 2013, p. 5).

Esta concepção sobre os pacientes com agentes deficitários morais foram identificados por mim durante a pesquisa etnográfica. Vejamos alguns dos Relatos e uma Nota de Campo a seguir nos quais percebemos a representação discursiva e identidades de legitimação de médicos e médicas a exercerem o poder (ideologia e hegemonias da ordem discursiva médica). Diante dessas práticas as identidades das parturientes ideologicamente reificam identidades submissas em transe de dor, constrangidas, medrosas, nos modos de parir, “caladinhas”, sem dar “um pio”, “agradecida a Deus”, entre outras formas de afirmar seus sofrimentos diante desse autoritarismo científico desubjetivado da humanização preconizada pelo Ministério da Saúde.

Agradecida a Deus

Nádia: Rosa da Preguiça, como foi teu parto?

Rosa da Preguiça: Tive muito medo. A gente tem que confiar em Deus. O Doto que fez meu parto eu não conheço ele, mas eu já ouvi falar que ele é grosso, mas graças a Deus comigo eu não dei trabai. Fiquei quietinha, chorei assim pouco né, mais confiando em Deus mesmo, se Deus é por nós quem será contra nós? **Não dei um pio. Tudo que ele mandava eu fazer eu fazia. Caladinha, sei lá né, se a gente faz besteira a gente leva.** Me disseram que ele é mesmo grosso, mas eu prá mim achei muito bom.

Relato 68.

Nádia: Fatinha da Jubáia, como foi teu parto?

Fatinha da Jubáia: Eu já passei por muitas poucas e boa, sei de tudo como é. Não dou trabalho pros médicos, **O negócio é a gente se comportar direitinho prá não dar trabalho.** Né assim mesmo né, a gente tem que passar por isso, não tem jeito, não **é o médico que vai evitar, só quero dizer que quando eu num sabia muito das coisas eu dava muito trabalho mesmo, eu era chamada atenção, era assim eles davam assim uns carão na gente...mas é vivendo que a gente aprende né, e eu aprendi.** O negócio é abrir as pernas e pronto, segurar bem nas grades, e seja o que Deus quiser, por isso, antes de vir prá maternidade, mim entrego nas mãos de Nossa Senhora do Bom Parto, é ela que ajuda nos meus partos porque tudo é difícil, já tive um de bunda que quase morri, até pensei que tinha morrido, pois eu desfaleci. Quando acordei era os médicos tudo em cima de mim.

Relato 69.

Nota de campo 5: as agonias da experiência da parturição

Gonzaguinha,

Agosto, 2012

Recolhi dois relatos que foram transcritos após os partos num dia de muitas atividades na maternidade. Na enfermaria, todos os leitos estavam ocupados. Rosa da Preguiça e Fatinha da Jubáia compartilham com colegas de leito as agonias da experiência da parturição. Após o parto, as parturientes narram suas vitórias diante das agonias, embalando seus bebês aos seios enturgecidos. Eu observo e medito como esse processo interacional médico e paciente é crucial para amenizar o sofrimento no evento discursivo parto. Ouço detidamente o vozerio das lamentações e faço reflexões importantes: Eu e Tu em relações dialógicas fortes e fracas. Defendo que o significado da palavra fraca pressupõe uma relação assimétrica, considerando que o evento da parturição prescinde de uma dialogicidade intensa no sentido de uma comunhão integral de quem observa (obstetra, sentido literal do

termo) e a observada, a parturiente que evolui em contrações, em sua grande maioria dolorosas, até a expulsão do feto. A interação verbal fraca e subalterna com os médicos é relacionada à passividade, obediência e servidão. Afinal de contas, as mulheres, na medida do possível, atendem às determinações e controles interacionais, aquiescem aos comandos verbais do controle da parição pelos médicos: a seguir um breve recorte do parto no *Gonzaguinha*:

Parturiente: Ai, ai doutor me acuda, ai, ai, meu Deus, ai, mãe, eu quero morrer, ai, nun aguento mais... eu quero me levantar... me larga, me solta.

Médico: Não feche as pernas, não grite, colabore, não atrapalhe, o bebê quer nascer e você não está deixando.

Parturiente: ai doutor é que num tenho força...(..)

Nos relatos, o discurso do controle profissional médico sobre o corpo das mulheres vem confirmar o poder inerente à instituição e à prática social da Medicina, como um discurso de poder, que trata pessoas sob o ‘império da medicalização’ do paradigma de uma racionalidade centrada no objetivismo, no mecanicismo e o cientificismo (CONRAD, 2007). A ação médica é realizada por essa prática científica de poder no gênero discursivo parto. O médico é o ‘poder’ e “isso significa que os gêneros discursivos institucionais são controlados por determinados agentes que detêm o poder” (MAGALHÃES, 2000, p. 18).

As identidades em transe de sofrimentos, no evento discursivo parto, apresentam-se submissas, medrosas e obedientes. A interdiscursividade recupera o discurso religioso fortemente impregnado nas falas dessas mulheres e na dos médicos e das médicas.

Dor, sofrimento e mulher se unem em busca solitária a Deus, aos deuses e suas forças sagradas. O médico ou a médica solitário⁷⁵ comanda um corpo revoltado em dores de parir, mas esta mulher sente-se amparada, assistida por outra ‘forma de vida’ acessível ao seu suplício. Entre mulheres em sofrimento no parto, outro mundo fala como no princípio, imerso na nostalgia holística em que a religiosidade é uma prática integrada do ser humano com a terra, a vida em todas as dimensões. Mas naquele lugar o médico ou a médica é uma presença estrangeira.

6.1.1 EU e TU: dialogicidades estranhas

A Medicina é uma profissão que se realiza no encontro entre um EU e um TU. A complexidade dessa relação requer, além da habilidade científica médica, a sensibilidade para saber dialogar textos e argumentações estrangeiros a um TU. A interação médico-paciente é,

⁷⁵ Considero que a *solidão médica* é uma metáfora diante de sua práxis científica no encontro do eu e tu, mulher-médico ou médica. Ambos são solitários em seus mapas mundo. O que os une são oceanos insondáveis. Às vezes atravessados por correntes de agonias encontram-se sob a força do desespero.

de fato, na grande maioria um encontro de estrangeiros. O diálogo prescinde de uma tradução interconhecimentos, intercultural (SANTOS, 2006). Muitas das questões não são traduzidas pelos parceiros do encontro. Um sistema de conhecimentos hermenêuticos da clínica médica, sintomatologias, sinais, evidências, sugestões de dados clínicos irá prescindir de uma escuta tanto do ponto de vista empírico, como nas sutilezas do corpo e seus labirintos anatomopatológicos, com dezenas de sintomas que podem ou não ter um diagnóstico definitivo.

O parto é um evento repleto de complexidades, não é só uma prática científica. É mística, filosófica, inquieta, surpreendente. A vida ressurge em gritos e sofrimentos. O médico ou médica protagonista dessa análise talvez não conheça a complexidade dos mundos e de intertextualidades, que pululam da língua, que é acessível à mulher no evento discursivo parto. A tradução intercultural prescinde de um novo olhar médico ainda não muito difundido pelos cânones da cultura anamnésica-diagnóstica que expõe uma epistemologia colonizada pelo rigor cientificista positivista.

As concepções de saúde e doença são ainda predominantemente abordadas em mecanismos estritamente biologistas, cartesianos, duals, racionalistas, herança do modelo de cultura científica, que se isola da cultura das humanidades, ruptura que desprezou o conhecimento simbólico cultural das abordagens epistemológicas das áreas das ciências humanas e sociais. Essas concepções de saúde só muito recentemente, no final do século XX, será refutado na crise da ciência, que tal como o projeto da modernidade redescobre limites e revê roteiros de suas utopias magnas.

O discurso médico, para além de sua forte carga epistemológica derivada do positivismo, foi também colonizado pelos patriarcados. O Gineceu que, desde a idade antiga isola as mulheres no confinamento social e disciplinar, educativo e purificador reaparece na Ginecologia Médica. Nesse sentido, o saber médico disciplinar é associado a uma rede integrada de patologias geradas dos desequilíbrios imunológicos e autorregulatórios do corpo. O corpo das mulheres em suas especificidades irá desencadear um cuidado para além do biológico, uma concepção interventiva e curativa moral nas suas relações com a Medicina e a higiene.

Prevalece, nesse campo, a história natural da doença, como um evento das leis e evolução do ser vivo que é pré-determinado para o adoecimento. Apesar da crise da ciência moderna e as novas discussões para um modelo de concepção de saúde integrada aos determinantes sociais e políticos, o discurso médico e a clínica dominados pelos marcos

cartesianos biólogos, pode em alguns eventos interacionais, tornar reducionista e sem diálogo o encontro médico-paciente.

O encontro médico-paciente, como parte dessas epistemologias, dificulta a tradução da linguagem anamnésica-diagnóstica pautada sob uma estrutura hierárquica, protocolar, científica tanto no evento da consulta médica tradicional, como no evento de partear. “Isso significa que os gêneros discursivos institucionais são controlados por determinados agentes que detêm o poder” (MAGALHÃES, 2004, p.222). Uma linguagem específica complexa, de significados léxicos e sintáticos habitualmente não compartilhados com a audiência leiga.

A linguagem apresenta dificuldades interacionais estabelecidas por uma ontologia médica hermenêutica, porque se trata de uma profissão que tem uma representação social milenar ligada a salvar vidas, a Medicina é também um poder simbólico atrelado a constantes ressignificações de sacralidade. Por isso, considero que o discurso médico, para além da ciência é hibridizado com as cosmologias da sacralidade e que vem do fundo da pré- história humana.

Todos os homens, no princípio, precisam de uma força xamânica toda poderosa que domina as artes da cura, afasta os maus olhados, espanta os deuses da morte, a atravessar a história em todos os contextos civilizatórios. O xamanismo é uma espiritualidade mágica desde a era primordial da pré-história humana praticado pelos curandeiros e que continuaria a estar presente em todas as culturas posteriores, que preservam os laços com essas forças mágicas sobre-humanas (ELIADE, 1971).

6.1.2 A águia devoradora

Esse arquétipo cosmológico mítico⁷⁶ será reificado, tanto nas narrativas poéticas, como filosóficas e científicas. Sua origem está mergulhada nos mistérios da civilização e sua presença antropológica é identificada desde o neolítico com o homem de Neandertal e, para além desse, período todos os relatos da gênese da civilização humana destacam o papel que a força xamânica tem sobre a vida social das pessoas. No princípio, é sob o feminino que essa força primordial jorra sobre a vida a controlar tudo no universo.

⁷⁶ “O mito é um campo de informação universal, uma máscara incessantemente mutável que nos revela as realidades últimas do ser e a sua afinidade íntima com a lembrança arcaica” (LASCARIZ, 2001, p. 61) e acrescento: polifonicamente reificada que não se reduz ao instante primordial de seu eclodir preservando o poder de sua instituição simbólica nas historicidades.

No Gênese é uma serpente⁷⁷ a atrair Eva para comer do fruto: “Porque Deus sabe que no dia em que comerdes desse fruto, vossos olhos se abrirão e sereis como Deus, conhecendo o bem e o mal (GÊNESES 3:5). Esse poder supremo, que encarna num deus representa ao longo do processo civilizacional, como curar e salvar vidas, será integrado ao poder mítico sagrado. E no momento em que veste a roupagem da ciência e recupera a força mágica desse poder primordial, a Medicina deterá poder sobre o bem e o mal, a vida e a morte.

Dos primórdios pré-históricos aos tempos das tragédias homéricas, o discurso médico no encontro com a ciência aristotélica, hipocrática e galênica, levará a constituição de um modelo antropomórfico, meio deus, meio humano na arte de curar e intervir sobre a violência da morte, pois somente algo mágico criado pelas conquistas nostálgicas primordiais será geradora de um discurso científico, que tem vestígios de coisa não humana, que encarnará a utopia de vencer sempre o desconhecido, o mistério que nos criou condenados à morte.

O médico ou a médica preservará incólume esse poder para espaços disciplinares, morais, corpo, mente, alma, corpos inteiros, corpos cingidos, o corpo empírico, biológico e espiritual. A racionalidade médica, diante da extrema complexidade dos corpos, utilizará as próteses ortopédicas objetivistas da ciência, que não afastará de si os duplos sagrados de suas trajetórias xamânicas, reificadas pela ciência, despertas nas iras, estertores viscerais da voz que fala de seu poder que lhe reflui polifonicamente num brado livre, incontido. Uma polifonia zoomórfica, revestida das penas da águia devoradora: um regresso ao corpo selvagem, uma hierofonia.

Magalhães (2000, p. 41) cita um médico entrevistado em sua pesquisa:

O médico TEM poder. O médico tem poder. Nós temos poder de matar uma pessoa né, eu tenho poder de matar uma pessoa, posso matar uma pessoa, se eu quiser. Eu tenho um certo poder social. É uma classe, afinal de contas, que estudou muito tempo, é uma profissão/ tradicional, uma profissão é de quem/ dentro da atividade, que se tem algum respeito [...] (MAGALHÃES, 2000, p. 41).

Afinal de contas, o saber médico produzido pelas ciências no ocidente tem desenvolvido ao longo de sua trajetória política e social, extraordinárias modificações no combate de moléstias, pestes, doenças e diversos mecanismos de desordem do corpo

⁷⁷ “A serpente é um antigo símbolo associado à cura e se faz presente em diversas representações de Asclépio e Hermes, deuses médicos sacerdotes feiticeiros, associados ao xamanismo. O cetro que ambos carregam representam o falo envolto em serpentes e remonta seguramente ao paleolítico” (CARVALHO; DEZOTTO, 2010, p. 468).

biológico e psíquico no ser humano. O saber médico outorga plenos poderes de invasão e dominação dos corpos, tanto biológicos como políticos e sociais. Magalhães (2004, p. 40) citará Michel Foucault: onde o “poder do médico é destacado nesta eloquente citação”.

Primeira questão: quem fala? Quem, no conjunto de todos os sujeitos falantes, tem boas razões para ter esta espécie de linguagem? Quem é seu titular? [...] A fala médica não pode vir de quem quer que seja; seu valor, sua eficácia, seus próprios poderes terapêuticos e, de maneira geral, sua existência como fala médica não são dissociáveis do personagem, definido por status, que tem o direito de articulá-la, reivindicando para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte (FOUCAULT, 1987, p.57-8).

Foucault (1987) esclarece também que a fala médica é um fenômeno gramatical sem autoria, um discurso a pulsar na história, quero dizer desde a Pré-História. Associada à violência da morte, ela é violenta. Quando o primeiro humano descobre a morte, dá-se conta da vida. A morte será interdita pela violência dela mesma como ‘o interdito ligado à morte’ (BATAILLE, 1987).

A vida será preservada sob o jugo da morte e, nesse incontido estranhamento e encontro, surge a voz xamânica vigilante a espreitar as angústias da vida. De lá, das primeiras ordas e seus templos nas profundezas das cavernas, saltamos para a história que criou a rota da razão.

A ciência reificou o poder xamânico da Medicina, tornando a sociedade a este poder alienado. O corpo individual tem uma relação com a consciência política e social da Medicina como instituição magna aos interesses do ser humano violentado pela morte. Todos nós dependemos desse poder médico e grande parte de nossa saúde e vida é codependente dessas práticas da Medicina na sociedade que atinge seu auge de consolidação política na modernidade.

6.1.3 Um contrato social do Eu e do Tu

Nesse sentido, Magalhães refere que a sociedade estabeleceu com o saber médico um contrato social:

Existe um consenso a respeito da imagem do Eu e do tu. Como parte desse consenso, naturaliza-se a ideia de que compete aos médicos examinar, medicar, explicar, solicitar exames, prescrever; e aos pacientes aceitar serem examinados, ouvir as explicações, realizar os exames solicitados e seguir a prescrição médica. Existe, portanto, uma relação de poder entre médicos e pacientes/acompanhantes. (MAGALHÃES, 2000, p. 17-18).

Um contrato da entrega de si, com poucas contrapartidas, e geralmente sob o jugo de sofrimentos: não há quase questionamentos. ‘Corpos nus’ (AGAMBEN, 1998) despojados em vulnerabilidades diversas e esperanças em conversão plena. Uma esperança invoca o interdito do sagrado aliada aos roteiros revisitados da fé, orações, rituais místicos. Um monólogo, às vezes um diálogo, que se dá num encontro de forças fortes e fracas.

A reflexão inicial do *Eu e Tu* apresenta a palavra como sendo dialógica para que seja possível estabelecer polos convergentes de entendimentos. Se do lado fraco do encontro estão os despidos, dessa forma, a relação é interrompida e o diálogo abolido. Resta aos fracos aquiescer, atender, muitas vezes, baixando a cabeça e calando-se numa postura de assimetria que revela a força da águia e a violência de suas garras.

Nádia: como foi seu parto?

Rita de Cássia do Rato de Cima: Tive medo, muito medo... mas num era de ter as dor de menino não. Era sim de sofrer carão dos dottor, sei lá a gente oce é muito falari homilhação, a gente é tão homilhada nesses cantos né, de que tem uns grosso, assim mei nojento né. Minha colega mim contou que da derradeira vez que terre menino aqui na maternidade sofreu pocas e boas nas mãos dos dottor, sei lá muié às vez a gente num tem sorte né... e pega cada cavalo batizado né.
Relato 70.

O drama de saúde das populações nuas, em estado de precarizações as mais diversas, que lotam as recepções dos hospitais e postos de saúde nesse imenso Brasil de muitos Sul do Sofrimento. Cada zona geográfica é uma instância sociodiscursiva das fragilidades institucionais, políticas e sociais. Há misérias humanas, misérias morais e aprofundamento das desigualdades sociais.

Com muita frequência, as mídias nacionais veiculam as cenas de negligências, ocasionando mortes de pacientes, hospitais sem leitos, corredores superlotados, pacientes sendo atendidas no chão, vagas nas UTIS escassas, provocando dilemas morais médicos na escolha de quem tem o perfil de sobreviver para preencher a próxima vaga da esperança. Falta tudo, às vezes, luvas, lençóis e medicamentos. E falta também a palavra que possibilite o diálogo da esperança.

6.1.4 No Sul do Sofrimento

Nas maternidades públicas no Brasil no Sul do Sofrimento, encontram-se as mulheres peregrinas, despidas de certezas mínimas: cobertura precária do pré-natal, desconhecimento do parto e suas práticas invasivas, parcialmente desnecessárias. Nas bandas

de cá as práticas insurgentes, contra hegemônicas e não invasivas são desconhecidas das peregrinas. O parto natural não é compreendido.

Vejamos o relato seguinte de Dr. Asclépio:

Essa filosofia, esse romantismo do parto natural

Nádia: Sobre o parto humanizado, natural como é que você vê aqui no Gonzaguinha?

Dr. Asclépio: Aqui é muito diferente, diferente em tudo. As mulheres não sabem bem essa coisa do parto humanizado, que tá muito na mídia, né, nessas coisas aí do Ministério da Saúde. Mas aqui não tem essa história romântica não. Tá para parir, a mulher vai parir de qualquer jeito, e esse jeito é como fazemos mesmo. Não tem essa de dourar a pílula, esperar àquela coisa, toda bonitinha, não. É pra fazer se faz. Se o médico irá fazer algum procedimento invasivo não pergunta a mãe, não pede permissão. As mulheres na maternidade pública não conseguem identificar o que é um parto natural do hospitalar científico. Os protocolos defendidos e desenvolvidos seguem a roteiros aceleradores do parto. Raríssimamente ocorre o contrário, a não ser nas maternidades públicas de Ensino Médico no qual há o incentivo de práticas naturais na última década. Lá a gente aprende essa filosofia, esse romantismo do parto natural, mas a verdade Nádia é que no serviço público mesmo a gente que tem um plantão, não pode esperar muito não, acelerar dentro dos critérios de segurança não põe em risco a vida da mulher e nem do bebê. Quero dizer: dentro dos critérios de segurança o parto evolui mais rápido. As contrações se aceleram e facilita.
Relato 71.

No relato, Dr. Asclépio enfatiza, na sua autorrepresentação reflexiva (FAIRCLOUGH, 2003, p. 26), como a prática social médica no Sul do Soffrimento é de fato dramática. Vemos que a função interpessoal (ação médica) entre médico e pacientes pode assim ser descritas: “no caso de médicos e pacientes, os primeiros representam a instituição médica na forma de um saber acumulado historicamente, enquanto os segundos são representados como objetos do saber” (MAGALHÃES, 2004, p. 41). Nesse contexto, as mulheres apresentam suas identidades submissas evidentemente produzidas pelas assimetrias sociais, educacionais, acessibilidade ao conhecimento, entre outras questões. Em relação à questão de gênero social, Magalhães (2008, p. 62) destaca que “no Brasil o discurso de controle (tradicional) e o discurso de liberação (emancipatório) são, dessa forma, distintas representações de gênero no Brasil, com posições contrárias”.

6.1.5 Que animal és tu, parto?

O parto se anuncia por dores, que aparecem em intervalos bastante afastados e se chamam moinhas. Vêm em seguida as grandes dores, dores triturantes ou concassivas, que são sentidas nos rins, no ventre e em todo o períneo, que quebra que abate as forças (RESENDE, 2011).

As mulheres devem saber que tudo está previsto em caso de parto anormal: desde a cesariana até à isquiopubiotomia, ou operação Farabeuf – passando pelo fórceps pela sinfiseotomia, pelo cefalotribo de Baudelocque, pelo basioribo de Tarnier e, finalmente, pelo apreensor alavanca mensurador (JEANSON, 1955, p. 2-3).

O texto, escrito na década de 1950, no momento da disseminação das práticas de Educação em Saúde, exigirá das mulheres conhecimento dos detalhes e das tecnologias no parto. Eventualmente podem ser empregadas nas dificuldades de partos laboriosos, para além das manifestações fisiológicas de evolução do parto natural ou abortos. De lá até nosso cenário contemporâneo, o parto normal e as técnicas cirúrgicas obstétricas, continuam com os mesmos instrumentos, com a diferença de que hoje as possibilidades farmacológicas de alívio são mais seguras com o avanço da anestesiologia. Mas em relação ao parto, que dispensa tais tecnologias cirúrgicas e evolui normalmente para um processo fisiológico, ou o parto natural, vaginal, normal, as dores superlativas são sua anunciação, tais como citadas nos depoimentos colhidos na etnografia de Jeansen (1955). Vejamos a seguir os dois depoimentos:

Até onde podem ir essas dores tritantes, que após o escoamento do líquido amniótico aceleram o ritmo em intervalos por vezes inferiores a dois minutos? Podem dizer o que quiserem da Inquisição espanhola, nenhuma mulher que teve um filho a poderá temer[...] Sem tréguas, sem interrupção, sem piedade, esse gênio invisível e cruel apertava-me nas suas garras, lacerava-me os ossos e os nervos. Dizem que tais sofrimentos depressa são esquecidos. Tudo o que posso responder é que me basta fechar os olhos para ouvir de novo os meus gritos e gemido gritos terríveis, rítmicos, dilacerantes. O parto é bárbaro, uma tortura, animais a bramir e a tremer de medo, à espera de quem os liberte (JEANSON, 1955, p. 2-3).

“*Por quê? Porque nós tem que sofrer tanto, desse jeito*”: perguntou-me a jovem primípara de 15 anos, que gritava aos berros em contorções de dores, até que Dona Graça iria confortá-la e repetir o mantra: *É assim mesmo minha fia*.

Essa naturalização do sofrimento no parto é um discurso em que as palavras martírio, tortura, dilaceração das carnes é comum às mulheres desde as rupturas com as cosmologias do parto solitário. No cenário epistemológico sob as precarizações comuns no sul do planeta, o parto pode ser uma tortura e o sofrimento recupera “esse gênio invisível e cruel que toma os corpos de mulheres e numa possessão domina-o com suas garras sem piedade” (JEANSON, 1955, p.2-3). Porém, em outros contextos geográficos, as condições sociais e econômicas dão voz às mulheres e esse animal perde muito de seus poderes.

Vejamos o relato:

Nadia: Seus colegas comentaram comigo que o parto natural é pra bicho e não pra gente, o que tem a dizer sobre essa questão?

DRA. VÊNUS DE MILLUS :quando a gente atua num hospital tipo aí de cinco estrelas, a coisa funciona em tudo por tudo diferente, é claro. Primeiro são mulheres esclarecidas, já escolheram com antecedência, agendamos o parto que em sua totalidade é cirúrgico né. Raríssimamente eu faço na clientela rica um parto natural, raríssimo. Quando tão fazendo o pré-natal ficam elas cheinhas desse sonho, mas esclareço logo se coincidir no dia que estou noutro plantão eu não poderei me comprometer e elas de fato sabem que apesar dos riscos a cesariana é muito melhor, eu sempre continuo a defender que o parto natural é pra bicho e não pra gente. Se Deus deu a inteligência ao homem foi para superar essa animalidade, eu acho e digo pras mulheres, acho uma coisa animalesca, brutal mesmo.

Relato 72.

Quem libertaria as mulheres das garras desse animal, se as “leis fisiológicas que definem totalmente a mulher são tão inevitavelmente inexoráveis, como as leis do mundo sideral? (CARREL *in* JEANSON, 1955, p.3). Será que os desejos de alívio de seus sofrimentos são do tamanho de suas possibilidades financeiras sob as injunções dos nossos sistemas colonizadores que as construíram condenadas para o sofrimento?

6.1.6 Zoomorfias no sofrimento? O corpo das mulheres, meio animal, meio gente?

As mulheres, com pouco acesso às informações médicas, em sua grande maioria, reproduzem as assimetrias sociais aqui destacadas pelo Dr. Apolo. No Gonzaguinha, são impedidas de entenderem o que se passa no momento de seu atendimento obstétrico. Elas geralmente têm baixa renda, letramentos escassos.

Do outro lado, no Norte das abundâncias tudo funciona, inclusive é muito mais vivo o resgate dessa “filosofia, esse romantismo do parto natural” (DR. APOLO), uma nostalgia holística, de um cântico cósmico primordial onde o sofrimento tem outra textualização.

Que discursos preservariam “essa filosofia, esse romantismo do parto natural” que as outras mulheres desejam? E por que as *Peregrinas* no *Gonzaguinha* ainda não os reivindicam? Os discursos criam e estabelecem as práticas sociais, que podem ser ativadas cognitivamente em representações, crenças e desejos. Desejar faz parte de um repertório das exclusões e assimetrias sociais. É o interdito, o espaço político não alcançável pelas mulheres peregrinas. A exclusão do interdito é uma questão do sistema mundial capitalista gerando as desigualdades sociais complexas: “cruzam-se, assim, os dois eixos: o eixo socioeconômico da desigualdade e o eixo cultural, civilizacional da exclusão/segregação” (SANTOS, 2006, p. 282).

O interdito é um fenômeno cultural civilizacional (BATAILLE, 1987), que cria ‘um discurso de verdade’ (FOUCAULT, 1999) e desloca para outro lugar (exclusão) os delinquentes, os criminosos, os loucos, mulheres histéricas, pervertidas, lésbicas, homens e mulheres com suas orientações sexuais divergentes ao padrão cognitivo canônico e demais grupos sociais ‘anormais’. Esse poder de verdade⁷⁸ será o discurso da normalização que terá nas disciplinas geradoras e mantenedoras do conhecimento, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Pedagogia, Educação, Psicologia, Psiquiatria e Medicina o seu teor epistemológico de regulação/normatização (FOUCAULT, 1999) e todos os sistemas de conhecimento a dominar o mundo e imprimir a marca do interdito, as Epistemologias do Norte Colonizadoras (SANTOS, 2006).

A ordem do discurso (FOUCAULT, 1999; FAIRCLOUGH, 2001) é o sistema complexo de interdições e controle ideológico, institucional científico, político, cultural, civilizacional do qual derivam o processo gerativos e os demais discursos, que circulam e se ‘materializam nas práticas sociais’ (MAGALHÃES, 2004).

A desigualdade e a exclusão são as categorias que no ocidente Karl Marx teoriza no *O Capital* (1867) ao recuperar uma ontologia iluminista da igualdade essencial e comum a todos os seres humanos na civilização e que teve desdobramentos políticos, sociais e filosóficos demarcatórios no ocidente. Uma concepção filosófica que se cruza com a economia e demais ciências sociais e estimula um sonho político assentado na justiça social, uma epistemologia da emancipação social que necessariamente passa pelo respeito às diferenças.

Uma igualdade ontológica, assentada na diferença, é um desafio complexo e político que o capitalismo neo-hegemônico contemporâneo desafia, pois cria um mito da civilização homogênea, tal como em sua nova feição: a globalização, a esmagar o outro em nome das concepções da riqueza e da acumulação. A ADC resgata em sua base analítico-crítica o marxismo como uma epistemologia responsiva à superação das injustiças sociais.

É fundamental, ao diálogo transdisciplinar, considerando que o marxismo nos esclarece como os discursos colonizadores do capitalismo velam questões importantes para o avanço do conhecimento crítico, como o materialismo histórico, ideologia e alienação que devemos discutir, pois, do contrário, nenhuma proposta de superação das injustiças sociais poderá ser de fato ‘atacada’ (FAIRCLOUGH, 2006).

⁷⁸ “Para que este exercício da ação sobre a ação possa ser realizado, precisa existir nesta dinâmica relacional do poder, um desequilíbrio, um tipo de assimetria destacando uma das polaridades em uma posição a partir da qual se torne passível de definição e estruturação, o campo das possíveis ações dos indivíduos definidos como assujeitados” (SEIXAS, 2011, p. 77).

6.1.7 O sagrado e o científico: uma textualização híbrida

A seguir, no texto do Dr. Apolo, o discurso da religião e o discurso político que emergem das angústias profissionais.

A coisa pior do mundo é uma mulher morrer nas suas mãos.

Nádia: Dr. Apolo, por favor, fale-me de sua prática médica obstétrica aqui no Gonzaguinha.

Dr.APOLO: Eu amo a obstetria, mas confesso que aqui no Gonzaguinha tudo é diferente. É diferente você está num hospital tipo ai cinco estrelas. Aqui você precisa contar com a ajuda divina mesmo, da sorte, de todos os santos. Aqui é muito precário e pode acontecer muitas coisas ruins e que que não deveria acontecer numa maternidade como a do Gonzaguinha, que falta tudo que está preparada para apenas partos simples, sem complicações, e de repente, a mulher complica, o bebê não consegue nascer, não tem anestesista, não tem recursos, não pode nada ser feito a não ser unirmos nossas orações a Deus e apelar para a sorte. Temo pela vida da mulher, do seu filho e da minha vida também, meu nome, meus sonhos, minha Medicina. Rezo mesmo, faço promessa tudo que tiver direito. A coisa pior do mundo é uma mulher morrer nas suas mãos e não estamos livres disso acontecer aqui, como já tem acontecido. E o culpado é o médico. A família não vai denunciar o prefeito, o governador. A família não vai entender que o problema é político. Vejam só prefeitos gastam fortunas com cachês para cantor, pras festas, mas aqui falta o mínimo, sabe que é o mínimo, uma atadura, um ventilador, um suporte para a gente tirar uma mulher de uma parada. Sei não, se desse pra gente prever mais ou menos, a gente não evoluía com a mulher. Por isso eu mando muitas delas pra Fortaleza pois quando chegam aqui com alguns sintomas previsíveis de complicar eu mando mesmo, mas às vezes mesmo diante daquilo que a gente identifica como uma evolução mais fisiológica possível, tudo acontecendo bonitinho a gente se depara com o inesperado: a mulher complica no meio de um céu de brigadeiro, é incrível, complica e a gente fica com uma única certeza: só Deus pra salvar essa mulher e ao seu filho.

Relato 73.

No misterioso labor do parto, são as complicações que evoluem, muitas delas imprevisíveis. O texto do Dr. Apolo descreve trajetórias de uma gramática dolorosa da vida dessas mulheres sem entorno político da saúde pública. Modalizações epistêmicas indicam as convicções nesse cenário de instabilidades. Nesse campo, mesmo com paisagens de céu de brigadeiro, a metáfora da boa esperança é apagada pelas setas da vida que indicam outras rotas e perplexidades. O texto polifônico recolhe os discursos da religiosidade, da ética, da política. A relação do médico com o evento é visceral, dramática.

6.1.8 EU e TU (sob as bênçãos de Eros)

No encontro entre *EU E TU* no evento discursivo parto, constatei relações intensamente dialógicas nas agonias do sofrimento e um novo contrato social, sob o qual os parceiros encontram-se muito próximos, com uma forte carga de isonomia afetiva: mulheres e

médicos em aflição. Angústias compartilhadas em diálogos que convergem com um mantra comum aos céus.

De um lado, mulheres e as dores produzidas pelo corpo em contrações involuntárias, que arrastam a alma para as necessárias buscas de alívio endereçadas aos portais divinais, pois tamanha intensidade de sofrimento não daria para ser acolhida de outra forma. É em si mesmo um repertório místico que toca aos céus. Dores lancinantes, um martírio em santuários e suas cosmologias divinas. Do outro lado, o labor científico fragiliza-se diante das imprevisibilidades clínicas, tal como a caixa de pandora, a expandir surpresas estranhas, desconfortáveis. De repente, as mulheres evoluem negativamente. Rupturas do tecido uterino, hemorragias, choque e depois o óbito num contexto sem as necessárias condições de suporte.

Mesmo quando existem, com todas as tecnologias disponíveis, patologias presentes no transcurso do parto geralmente evoluem em situações de má assistência no pré-natal, como uma das mais conhecidas da população, que são as síndromes gravídicas-hipertensivas, que causam convulsões, parada cardiorrespiratória e óbito. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil (BRASIL, 2009, p. 8), a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto são as cinco principais causas de morte materna. Neste grupo estão as mulheres negras e de baixa renda que apresentaram as maiores proporções.

Segundo o Ministério da Saúde (2009, p. 7), no Brasil as maiores razões de mortalidade materna são encontradas nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. As mortes maternas por causas obstétricas diretas vêm respondendo por cerca de dois terços desses óbitos, denotando a baixa qualidade da atenção obstétrica e do planejamento familiar prestado às mulheres brasileiras.

A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são alarmantes. Um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, UNICEF, (Fundo das Nações Unidas para a Infância), e o Banco Mundial, estimou que, em 2005, aproximadamente 536.000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 1 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2009, p. 6).

6.1.9 Mantras médicos nas agonias do parto

As relações dialógicas fortes são deslocamentos do silenciamento do sofrimento para a esfera de outros poderes e suas forças sagradas, que circulam nas interações entre médicos e pacientes. Uma palavra, a agonia, une-os numa isomorfia dialógica intensa. Observo que os médicos, ao defrontarem-se com eventos complicados no parto, apelam para as forças do sagrado.

O parto, nesse sentido, é um gênero discursivo híbrido revestido ora de uma cientificidade, ora de uma sacralidade na hora das agonias. Dispensa traduções intersaberes, intercósmicas, entre a terra e o céu. A aflição une duas parcerias no mistério do parto: de um lado, o diálogo das agonias evoca os céus (*Me socorre Mãe de Deus. Tem misericórdia de mim, meu Pai*); e do outro, médicos em algumas situações, aflitos não escondem os apelos verbais aos céus: *Valha-me meu Deus; Nossa Senhora de Fátima ajude-nos; Senhor Deus faz-me instrumento de tua paz; Puxa vida, meu Deus do céu, essa criança não pode morrer, Meu Deus que faço? Ajuda-me Pai; Glória a Ti pai; Obrigada meu Deus; Graças a Deus conseguimos mãezinha. Tanto que lutei meu Deus, eu sei que fiz tudo meu Deus, mas ela não responde, ela está morrendo meu Deus, não meu Deus. E agora?*

“A interdiscursividade característica dos gêneros discursivos, que incorporam outros gêneros e sentidos de outros discursos”, é considerada por Chouliaraki e Fairclough (1999) em termos de “uma heterogeneidade, ou prática híbrida.” (MAGALHÃES, 2004, p. 124). A situação de complicações no parto cobra dos médicos para além da competência científica uma relação com as potências divinas, o lugar das esperanças a iluminar os agravantes clínicos (gênero súplica oração).

O desespero médico é inquestionável diante das situações em que mulheres evoluem para o óbito, mesmo sendo a morte uma rotina comum no cotidiano hospitalar, fazendo parte do repertório experiencial da arte de curar. Sua contínua presença nesse cotidiano é desafiadora para muitos dos profissionais que lutam para salvar vidas.

Nádia: Dra. Helena de Troia, por favor, como é lidar com a obstetrícia aqui no Gonzaguinha?

Dra. Helena de Troia: É desafiadora, mas eu gosto de desafios: Gosto da saúde pública, me dou bem com a mulherada pobre, é muito gratificante, mas tem seus altos e baixos, por exemplo, quando as complicações são irreversíveis, aí é muito triste. Morrer uma mulher em minhas mãos é a pior coisa da vida, tira minha paz, meu sono e pior é meu é meu, é meu também e não só da família. Eu rezo sim, todo o dia eu rezo sim peço a Deus, pois se não fosse ele na minha vida eu já teria desistido e eu amo a obstetrícia, amo ser médica, amo minha profissão. Afinal das contas é com as mães que estamos tratando, pois o parto é na minha concepção, o maior e o mais extraordinário momento da vida da mulher. É quando ela de fato se

torna mulher. A mulher só aprende a valorizar a vida quando passa pelo parto, e é de fato quando ela se torna verdadeiramente mulher. Deus me livre, Deus me proteja, morrer uma mulher nas minhas mãos é um sofrimento mais que tudo no mundo. Relato 74.

Nas agonias do parto, a figura materna e sua dignificação imprime uma simbiose moral, filosófica? A conquista da integralidade ontológica desse ser mulher é constituída na maternidade, e bem mais, na parição? Esta questão leva-me a identificar como o discurso da dignificação da mulher como uma instância intrínseca ao ato de dar à luz merecerá de minhas reflexões uma seção, que considero importante na análise discursiva.

A representação das mães, da maternidade e das mulheres, é um discurso do essencialismo feminino misógino ou nas palavras da Doutora Helena de Troia: “a dignificação da mulher a partir da maternidade”. Dessa forma, analisaremos os discursos da maternidade, as identidades sociais das mulheres e o discurso médico-paciente a partir de um breve recuo de inspiração antropológica e histórica a seguir.

6.2 Que mãe és tu, mulher?

Todos nascemos de uma mãe que nos deixa a marca invisível de desejar regressar um dia ao acolhedor regaço do seu Mistério. Essa marca foi gravada na nossa carne, por debaixo de nossa epiderme social onde ninguém a vê. Infelizes os Filhos dos Mistérios que não encontram essa Mãe nem trazem essa marca! [...]. Múltiplas são as suas reificações históricas, quer sob a forma da Bruxa ou da Mulher Escarlate, da Santa ou da Prostituta. O certo é que esta Mãe não é acessível a todos os mortais. Ela só se manifesta na coragem de viver no extremo dos signos: não se revela no nosso mundo consensual nem se desvela nos limites convencionais de nossas crenças religiosas. O nosso encontro com essa Mãe implica uma tamanha revulsão do corpo e do ego que ela parece-nos ser apenas saciada na violência e na felicidade da desmesura (LASCARIZ, 2011, p. 123).

Quando se fala da mãe, fala-se dela a partir de que arquétipos? De quais protótipos? De Eva e suas descendentes? De Gaia, Deusa Mãe-Terra, Isis, de mulheres guerreiras, romanas espartanas, matronas, das Vestais, da Mãe Maria a Virgem no Catolicismo? Como a maternidade está associada às mulheres? “A mulher mãe missionária, tuteladora do seu dom de gerar a vida missão divina inscrita nos desígnios de Deus, Virgem Pura e forte, esposa amorosa, mãe santa e digníssima?” (PAULO VI, 1975).

Ser mãe é uma disposição natural e elemento constitutivo da feminilidade? As mulheres só alcançariam sua dignidade quando não negassem suas disposições biológicas naturais de seu organismo para servir à geração e ao nascimento do ser humano? Qual o preço pago pelas mulheres pela sua dignidade quando a via de conquistá-la é a maternidade?

Histórias narradas sobre o discurso do sagrado feminino como signo da maternidade percorrem aos milênios trajetórias ou de dores, louvores, glorificações ou condenações: retornaremos a uma breve visita a algumas paisagens históricas, que textualizam as várias características do sagrado feminino, signo da maternidade construída antropológicamente. Sem dúvida, este é um empreendimento de revisitação histórica, que pode lançar algumas luzes sobre os debates discursivos nas questões de linguagem, sofrimento e maternidade.

Nas suas formas mais ancestrais, a maternidade está inscrita na Arte, a primeira forma de expressão da linguagem como potencialidade manifesta das leituras da humanidade em relação ao seu mundo e suas relações com a vida. A Arte através de símbolos, sinais, manchas, linhas e forma deu origem à linguagem primeira na produção da materialidade empírica dos sentidos, “no manejo estético da cerâmica, do barro, das escritas em pedras e da elaboração mais refinada de esculturas” (GONÇALO, 2013, p. 10).

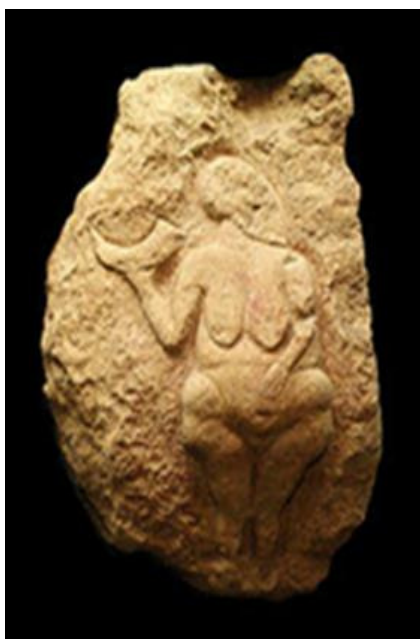
Nesse cenário icônico, as mulheres são identificadas como a rainha do céu, a mãe divina de todo o universo, mãe suprema e rainha das colheitas. Elas espalham os resíduos dessas fontes vivas de historicidade em todas as grandes civilizações estudadas pela arqueologia e antropologia, quer na civilização suméria, indoeuropeia, celta, babilônica, egípcia e na América pré-colombiana. “No Egito Isis, a hindu Laksmi, a Cibele da Ásia Menor, a Tanir cartaginesa, a asteca Tetlo-Inau e a mamahanan dos Incas” (HENNIG, 1974, p.152).

Na cultura megalítica (assim denominada por ser a forma de arquitetura monumental), as grandes obras icônicas são monumentos em louvor à Mãe, artefatos em coluna muito altos erguidos em direção ao céu. A primeira deusa é menir, um monumento feminino em homenagem à fertilidade (GONÇALO, 2013). As primeiras esculturas sobre as mulheres como ícones supremos desse contexto arcaico, traduzidas pelo conjunto iconográfico como a Grande Deusa e que foram descobertas somente no início do século XX, são denominadas de Vênus de Laussel. A figura de mulheres é hegemônica nas manifestações artísticas, o que consagra no ambiente social o matriarcado como fonte da vida, por isso, o culto como à Grande Deusa.

Podemos identificar como as cosmologias do sagrado feminino são representadas na produção em cerâmica de diversas civilizações pré-históricas (ALMEIDA 2009). Estamos a falar dos primórdios da história humana dos quais temos registros em suas primeiras manifestações há 40 mil anos (MAUDUIT, 1964) esculpidas nos ‘Livros de pedras’ (LASCARIZ, 2011). Nesse mundo arcaico e proto-histórico a linguagem codifica signos do

materno exaltando a fecundidade da Grande Deusa Mãe, no seio da Terra Mãe. As pesquisas sobre a arte rupestre desde o paleolítico, as inscrições megalíticas do neolítico e os petroglifos da Idade de Ouro e do Bronze (MAUDUIT, 1964) marcam o signo do sagrado materno em uma relação mística de comunhão e criação do objeto estético, constituindo uma relação de devoção e louvor à vida gerada (LASCARIZ, 2011).

Figura - 10: Vênus de Laussel. 20.000 a 18.000 a.C.
Dordogne - Musée d'Aquitaine, Bordeaux – França



Fonte: Almeida (2009, p. 47).

O matriarcado inscrito nas cerâmicas e demais artefatos criativos dos primeiros homens da Pré-História é uma relação de comunhão absoluta com o mistério. Vem das mulheres, o mágico, o incomensurável ao entendimento: a vida gerada que se perpetua. A única forma de relação que o homem tem com o mundo que o cerca é perpetuar o mistério, glorificando-o na Arte e compondo uma estética de reverência e devoção que são as primeiras estátuas do corpo feminino de que se tem conhecimento. A iconografia artística das sociedades recoletoras do neolítico é abundante no que diz respeito às relações integradas do ser, com o mistério chamado maternidade e por muitos milênios. Muitas outras organizações sociais posteriores - em vários sítios do mundo - preservariam incólume essa sacralidade, que retomará caminhos diferentes pelas diversas linguagens reificadas, quer da paixão, da poesia, razão, religião e ciência.

As grandes transformações da Pré-História irão desencadear todas as revoluções de socialização e sedentarismo dos antigos hominídeos nômades. A fixação dos humanos estabelece o agregado social e político em terras férteis, onde a agricultura e a produção dos alimentos passa a ser os elementos primordiais de fixação e entrelaçamento comunitário.

Uma sociedade da fertilidade é criada e a relação desses homens e mulheres com a terra, a vida na terra, é mantida por uma cosmologia integral, holística e a Terra é Mãe. Predomina uma relação matriarcal nessas sociedades e o feminino é a maternidade sacralizada, que cria divisões sociais e hierarquias, mas no topo da valorização está o sagrado da Terra-Mãe, Deusa-mãe, Deusa da Vida a impregnar as representações da maternidade não misógena em sua integralidade misteriosa e holística.

“É a Terra-Mãe, a Grande Mãe, que simbolizava o poder e a força geradora do universo, responsável pela criação do mundo, pela renovação da natureza e pela eternidade” (ABREU, 2007, p. 24). Aqui está a primeira leitura do sagrado feminino. “A personificação da energia que dá origem às formas e as alimenta é essencialmente feminina. A Deusa é o próprio universo. Tudo quanto você vê, tudo aquilo em que possa pensar, é produto da Deusa” (CAMPBELL, 1990, p. 177).

O culto à Grande Deusa será, por muitos milênios, a prova do sistema matriarcal de poder⁷⁹. A vida é mulher, fonte de toda a fertilidade, a Mãe Gaia a Grande Deusa e “no panteão matriarcal também há deuses homens e que estabelecem uma relação de devoção, filhos e amantes da Grande Deusa. Essa relação não é de oposição de forças que lhe ameçassem o poder e a soberania” (ABREU, 2007, p. 26). Deusa da natureza dominava o céu, a terra, o mar e os infernos. “Reinava sobre o mundo animal e vegetal, e regia a vida e a morte, útero divino e que reinou com caráter exclusivo aproximadamente 30.000 a.C.” (ABREU, 2007, p. 25) até seu epistemicídio pelas cosmologias e racionalidades pós-helênicas jônicas e depois judaico cristãs.

Abreu, (2007) cita Brandão (1977, p.49-74), que justifica como a ocupação das ilhas gregas pelos Jônios trouxe a cultura patriarcal indo-europeia, cujas cosmologias eram

⁷⁹ A Gaia. ‘eu cantarei Gaia, a mãe de todos, a de firmes fundações. A mais antiga, a que alimenta tantos quantos vivem nela: os que percorrem o solo, o ar e também os que voam. Todos se alimentam de sua riqueza. Através de ti, belas crianças e belos frutos se formam senhora, e a ti cabe dar e tirar a vida dos homens mortais. Feliz é aquele que honras, bondosamente, com teu sopro; para ele tudo vem em abundância, a terra que dá vida fica carregada de grãos; nos campos, os rebanhos prosperam e a casa se enche de riquezas. Eles governam com justiça uma cidade de belas mulheres, e muita riqueza e abundância os acompanham; seus filhos exultam de alegre juventude, suas filhas dançam com o coração alegre, coros multifloros, saltando sobre as delicadas flores da relva. Eis o que acontece a aqueles que tu honras deusa augusta, divindade benfazeja! Salve mãe dos deuses, esposa do estrelado Urano; concede-me bondosamente, por este canto, vida aprazível. A seguir, eu me lembrarei de ti e também de outro canto. (RIBEIRO JR. **Hinos. Homéricos**. 2010, p. 358).

patriarcais “e detentoras de uma religião olímpica que sufocou a civilização anatólica ctônica e agrícola, o que justifica o desaparecimento da Grande Deusa, ou Grande Mãe”. Os Jônios instalaram o culto ao deus guerreiro Pai. Assim, a civilização irá nas pegadas de um mundo da escassez e não da fertilidade, optando pela guerra num mundo de homens, que cobravam do Pai o tributo e depois a veneração.

Um mundo do homem, e os deuses da destruição e da guerra cobravam o seu tributo. Durante dois mil anos, o ego masculino correrá sem o freio do seu par feminino. Esta obliteração do sagrado feminino, que causará aquilo a que os índios Hopi da América chamavam *koynisquatsi* – “a vida sem equilíbrios” marcada por guerras inspiradas pela testosterona fará surgir uma pletera de sociedades misóginas e um crescente desrespeito pela Terra-Mãe (CHANDELE, 2005, p. 33).

Figura - 11: Vênus de Willendorf 30.000 a 25.000 a.C. 12 cm – calcário.



Fonte: Museu de História Natural, Viena (ALMEIDA, 2009, p.53).

Mas como identificar nossa Mãe Primordial? A iconografia desse patrimônio sagrado da humanidade atravessa o período paleolítico e o megalítico onde habitavam os povos da Europa e o Médio Oriente, testemunhando a partir de um primeiro êxtase artístico religioso essa Deusa Mãe que foi soterrada pela misoginia. “Se os arqueólogos estão certos a Mãe Primordial é negra, a Xamã Ancestral a *niger sapientia*⁸⁰, que os deserdados e oprimidos, poetas e excluídos” (LASCARIZ, 2011, p. 125) irão reverenciar em novas reificações sob vestimentas híbridas que enlaçam as estéticas do sagrado e profano nas cosmologias da resistência. Interditadas pela sacralidade branca desde o advento oficial do

⁸⁰ “A verdade, no entanto, é que ela tem uma titularidade muito maior e mais complexa, diria até terrível e selvagem, pois ela implica a morte de nosso ego social: a de ser a Dama das Visões, a Senhora dos Animais Selvagens e Guardiã dos Mortos, a Líder dos Extáticos. O seu reino é o mundo subterrâneo, esse mundo alegre e liberto do confinamento terrestre” (LASCARIZ, 2011, p. 147).

Cristianismo, essas novas reificações atravessam toda a Idade Média e Renascimento e com o Iluminismo a ciência e a filosofia consagram o seu estatuto de subalternidade, de inferioridade.

São várias as culturas que narram as lendas e poéticas da Suprema Deusa, tendo como fonte as referências de sua sacralidade e sabedoria. Nas lendas do xamanismo siberiano, indígenas americanos, mexicanos, africanos, gregos e romanos revelam como esta Mãe é detentora da sapiência singular, preservada no mistério de seu ventre fecundado, mas que, ulteriormente, foi destituída de seu esplendor pelas decisões das instituições religiosas controladoras do poder e da verdade reveladas pelos profetas do judaísmo e, depois, suas filiações políticas, racionais, lógicas e científicas reificadoras.

O mundo em diferentes contextos culturais e civilizatórios conviverá com as residualidades da mulher-mãe como ancestral mítico de toda a humanidade sob novas conjurações. No passado pré-histórico, o matriarcalismo é registrado por vestígios da supremacia da Deusa-Mãe num contexto de mundo e de comunidade integrado, sem as dicotomias tão características das formas como rotulamos as relações sociais e políticas binárias entre homens e mulheres a partir das instituições ocidentais advindas do Judaísmo e depois seu herdeiro fiel, o Cristianismo.

Durante o neolítico e posteriores sociedades e civilizações, houve uma cultura de muitas deusas e suas hipóstases⁸¹, advindas da Deusa Mãe,⁸² que iriam fazer parte do panteão sagrado de muitos povos, tais como pré-cristãos, gregos, egípcios, romanos, indo europeus, atravessando a Idade Média, a América pré e pós colombiana até nosso contexto contemporâneo⁸³. Dessa forma, construía-se um longo percurso de um sentido primordial da maternidade e do sagrado feminino, como mistério e milagre integrados à fecundação na terra

⁸¹ O panteão feminino encarna o poder sobre a vida e a morte em vários contextos culturais e pré-cristãos antigos. Hipóstases no mundo anatólico grego, romano, celta, indo-europeu, e americano. Guerreiras, fecundadoras emergem do fundo da terra, conhecem seus segredos, elaboram e tecem a felicidade ou não da humanidade. Encontramos nesse tecer tão bem representado pela Deusa Fortuna, uma das questões que mais amedrontaram (e amedrontam) os sistemas religiosos cristãos, temerosos dos malefícios das bruxas, feiticeiras, macumbeiras, Mães de Santo. No passado medieval as condenações, contemporaneamente, conversões e processos assimilatórios impositivos das catequese salvadoras, purificadoras.

⁸² “Com o avançar dos séculos, apesar das alterações significativas na evolução dos povos no seu percurso de fundação de sociedades patriarcais, todas as culturas pré-cristãs continuaram a postular poderosas forças que controlavam a vida dos heróis e, por vezes, até dos deuses. A deusa Fortuna, por exemplo, continuava a ser personificada numa figura feminina ou numa tríade de figuras femininas. Relacionada com o poder derradeiro da vida e da morte, simbolizava o fiar, o tecer, e o cortar o fio da vida, fazendo a tecelagem, a mais vulgar das atividades da mulher, um símbolo de poder ímpar – o poder sobre o destino do homem” (ABREU, 2007, p. 33).

⁸³ Considero que nossa Deusa Iemanjá cultuada nos sistemas religiosos de matriz africana no Brasil consolide a trajetória insurgente das Deusas, bruxas, feiticeiras que sempre assombraram as representações do patriarcado judeu-cristão. A sorte que antes era tecida pela deusa Fortuna ressurgiu no contexto de intenso sofrimento que os povos oprimidos pela escravidão, encontram para desafiar o opressor.

poder e glória⁸⁴, que mais tarde serão enfrentados em diversos cenários: lutas; fogueiras santas; Santa Inquisição; o gineceu aprisionador; as normalizações morais; a Ciência e o controle dos corpos das mulheres; e, finalmente, o parto como um evento deslocado da Terra para a Medicina, que fragiliza copos sobre os quais desde Aristóteles estão marcados como imperfeitos e inferiores.

Figura - 12: Deusa Entronada 5750 a.C. 20,3 cm – Terracota
Museu da Civilização de Anatolian, Ankara.



Fonte: Almeida (2009, p. 55).

O matriarcalismo é uma prática social impregnada de mistérios e um discurso hibridizado, que condensa um louvor à vida e que irá cobrar concepções ou reificadas de sua ancestralidade matriarcal ou misoginia. A caracterização desse discurso hibridizado está nas articulações não hierárquicas opositivas, “numa mestiçagem ou a hibridação com a consciência das relações de poder que nela intervêm uma epistemologia não fundacionalista e antiessencialista” (SANTOS, 2006, p. 29).

A relação Homem x Mulher na sociedade matriarcal não é de oposição, dominação, subalternidade e sim de ‘de tradução’ (SANTOS, 2006), onde a mulher não é superior ao homem ou vice-versa. As cosmologias desde a Pré-História atravessam diversas outras civilizações, preservando o sagrado feminino integrado a uma organização simbólica em esferas de hierarquias sistêmicas e complexas, em redes de solidariedade dos diversos papéis sociais entre homens e mulheres, guerreiros, xamãs etc.

⁸⁴ “A Terra, a Deusa Gaia, era representada como divindade feminina, adorada e aplacada em rituais agrícolas e de fertilidade que subsistiram durante séculos. Durante os rituais dessa deusa telúrica, esses povos acreditavam que a mulher comum adquiria poderes especiais, podendo ser-lhe pedido para que fosse aos campos ou permanecesse afastada deles, que tocasse as sementes ou não as tocar. Alguns rituais em que se derramava sangue ou se faziam sacrifícios, a menstruação da mulher, contrariamente às conotações maléficas que mais tarde viria a lhe ser imputadas, era vista como uma força poderosa que ligava a mulher às profundas fontes de poder: a terra, às estações, o tempo, a vida e a morte” (ABREU, 2007, p. 36).

O culto à vida e a Terra como uma Deusa⁸⁵ é uma prática sistêmica de muitas dessas comunidades e povos indígenas, que mesmo após o genocídio judaico-cristão continuam a preservar a constituição mítica dessa representação cosmológica. Em muitos povos na Colômbia e em vasta região da América Latina continuam as práticas ancestrais. No Brasil, os povos Timbira (Krikati, Gavião, Canela, Krahô e Apinajé) adotam práticas holísticas de culto à terra e às mulheres, encarnadas na Grande Deusa (ÁVILA, 2013), como também entre povos Guarani/Kaiowá (FERREIRA, 2013).

Os povos andinos em suas diversas tribos continuam a manter intactas suas cosmologias, apesar dos epistemicídios contumazes contra as suas práticas e convicções culturais. Há resistências diante dos assassinatos de líderes indígenas, que defendem a Madre-Terra e seus seres espirituais, que os acompanham.

Muitas são as discussões e os apelos das autoridades indígenas, que tentam defender o Território ancestral de Jambaló na Colômbia, por exemplo, em contínuas manifestações contra as violações do direito à vida e suas cosmologias desses povos, que não querem destruir suas identidades e práticas sociais integradas a uma complexidade de respeito às matas, águas, à Terra, à Grande Deusa e Mãe. Da Grande Mãe, a fertilidade e o parto são cultuados em uma sacralidade compartilhada por todos.

O “sofrimento” é compreendido em outra esfera cognitiva. As dores da Mulher, da Grande Deusa são um evento comunitário integrado à vida em todas as suas manifestações, portanto, sagrada (ÁVILA, 2013). A sacralidade interpreta o sofrimento como uma dádiva da Grande Deusa, que renova no ato da parição a germinação que se perpetua. A leitura do parto é completamente diferente das nossas cognições patriarcais.

Na Grécia arcaica, as cosmogonias da relação entre deuses e deusas não são assimétricas, o que evidencia nessas sociedades que as divindades tanto masculinas como femininas têm um papel de relevância isonômica. Nas cosmogonias cantadas por Hesíodo, o deus Urano é casado com a deusa Gaia (a Mãe Terra).

Nas teogonias do Olimpo, as mulheres não são consideradas inferiores durante o período mítico-poético-homérico, o que indica como um sistema social sob a influência exercida pelas mulheres é muito forte, estando intimamente ligado ao supremo poder criador e ocupando um lugar primordial ao lado dos deuses (LAMAS, 1952, V.1 p. 461).

⁸⁵ “Terra Mater, Mãe universal, venerável que nutre em seu solo tudo o que existe. É a ti que pertence o dar a vida aos mortais, bem como o toma-la de volta... glorifica a Terra, que dá luz a todos os seres, nutre-os e depois recebe deles de novo o germe fecundo”. *Hino homérico à Terra* (ELÍADE, 1992, p. 69).

A gênese dos deuses olímpicos gregos tem também como matriz uma Grande-Deusa ou Grande Mãe - a Gaia, de Hesíodo -, que representa o princípio da Terra Cosmogônica. “Trata-se de uma mãe telúrica, mulher-mãe, símbolo da função materna adorada e aplacada em rituais agrícolas e de fertilidade que subsistiram durante séculos, a Terra é Deusa, é mulher de poderes supremos” (ABREU, 2007, p. 33).

Com a passagem do matriarcalismo para o patriarcalismo, há profundas mudanças em relação ao homem e à natureza. A natureza é vista como objeto de dominação e exploração. A Mãe Terra agora é dominada: seu papel passa a ser o de subserviência aos interesses da acumulação do capital excedente das fertilizações.

Nas civilizações pré-clássicas e depois clássicas, helênicas e romanas as cosmologias irão valorizar uma espiritualidade desmembrada da Mãe-Terra. O matriarcado primordial “tem a mulher como a mãe, a garantia de continuidade da família com fins econômicos, por meio da sucessão uterina, a única tida por alguns povos como indiscutível” (LAMAS, 1952, V. II, p. 590). Ele será substituído por uma nova concepção, que rompe a integralidade entre home-mulher, natureza e sociedade.

6.2.1 Nasce a misoginia: o sofrimento assume uma nova textualização

Nas cosmologias do patriarcado, a grande leitura do mundo exorta a dualidade metafísica originária da vida. Se no matriarcalismo, a maternidade – a Grande Mãe é solo germinador – com o advento das cosmologias do outro mundo, não acessíveis aos olhos, somente ao espírito.

A vida já não é germinada, mas fecundada: é dada ao homem numa relação transcendental por uma pai, um deus. O poder da vida não pertence à Mãe Terra. Esse poder está na zona do interdito, o sagrado homogêneo metafísico (BATEILLE, 1987). Os deuses não habitam o solo, e sim os céus. A terra passa a ser um espaço de castigo e sofrimento.

A vida cessou na materialidade germinadora da Grande Deusa. Consolida-se uma nova religiosidade. O mistério que antes vinha da terra, Deusa Fecundadora, passa a ser dos deuses invisíveis aos limites da vida. Foi preciso localizar o mistério em outro mundo e sua sacralidade ‘interditada e compreendida apenas pela percepção da violência da finitude’ (NIETZSCHE, 1998; BATAILLE, 1987).

A sacralidade do interdito (BATEILLE, 1987) e a violência da morte irão cobrar dos mortais a moral. A religião é uma nova forma de fixação dos atores sociais à vida política

e social regida por códigos divinos. Um Pai eterno (monoteísmo judeu) ou os pais eternos (cosmologias gregas e romanas) têm todo o poder de dar a vida.

A força da criação da vida é também da moral e surge uma ordenação ética do mundo partido, desintegrado, dividido entre mortalidade e imortalidade, vida e morte, céu e inferno, onde poderosos e fracos, fortes, vencedores e vencidos são alinhados nas esteiras das relações assimétricas de poder. Referimo-nos ao fenômeno histórico, filosófico, em que o patriarcalismo estabelece-se doravante no Ocidente e consigo irá esmagar “o panteão da civilização anatólica centrada na força sagrada da Deusa Mãe” (ABREU, 2007, p. 27), que será suplantada pelos deuses do Olimpo ou do Céu, demarcando nesse cenário histórico, daqui em diante, o lugar da misoginia no mundo ocidental.

O expansionismo judaico-cristão pelo mundo categorizará em suas cosmologias o patriarcalismo e o lugar das mulheres no mundo em sua subalternidade, e o feminino em sua insignificância transitória. As mulheres recipientes da vida já não geram a vida, mas são receptáculos da fecundação, que é dada. Assim, constituindo-se em suas diversas configurações, sua sacralidade dependente de uma relação direta com a obediência e servidão.

O divino passa a ser masculinizado pela misoginia. Condenada pela desobediência, a mulher, que é criada para a eternidade no paraíso, é banida para a Terra, agora lugar da maldição e purificação, que irá marcar para sempre seu corpo e seu útero com as marcas do pecado em dores do parto (GÊNESE, Bíblia).

O discurso do sagrado feminino, contudo, sob esse interdito resistirá na heterogeneidade desse mundo dos vivos, livre e composto do excesso e da abundância das potências criativas das deusas e deuses proscritos (BATEILLE, 1987). As forças e poderes de *eros* das Hipóstases da Grande-Deusa estarão presentes em muitos contextos culturais religiosos e cosmológicos, transgressores por todo o mundo, nos quais as bruxas, feiticeiras e prostitutas continuarão suas práticas misteriosas, sedutoras, renegando o protótipo da desobediência de Eva que o judaísmo leu no Mistério do Éden.

“O mistério em que inicialmente se envolvia a mulher, nunca desvaneceu inteiramente. A mulher foi sempre tomada como enigmática” (LAMAS, 1952, V. II, p. 596). Continua a sê-lo. Ao longo dos milênios, estamos assistindo as diversas formas desse fascínio misterioso desafiar a ‘racionalidade’. Mulheres, fecundadoras, feiticeiras, bruxas, impuras, sedutoras.

Quantas foram à fogueira? Quantos milhares, ontem e hoje violadas? Amaldiçoadas? No entanto, por mais que muitos conhecimentos tenham sido produzidos e estejamos contemporaneamente sob diversas abordagens epistemológicas e sociológicas, essa

fonte primordial misteriosa continua vívida, atuante, a desafiar os sistemas e seus cânones colonizadores e patriarcais.

As resistências da Deusa, a Grande Mãe, estão a nos espreitar em muitas lutas e tragédias, a despeito das recriações humanas diante do apogeu do patriarcado e suas tiranias esmagadoras. Tal como um mistério da Grande Deusa, a Mãe Terra continua sua trajetória de fecundação da vida, mesmo sendo assassinada, violentada, discriminada, numa luta desconhecida, por vezes invisível nas brumas das produções epistemológicas do Ocidente.

A paternidade misógina suplantou a Grande Maternidade, que mergulhou nas brumas da resistência. Será cultuada nas sombras, nas margens resistirá a toda sorte de imposições, mas não perderá o que mais perturba o patriarcado, o mistério. E nada fará que ao longo dos milênios perca sua fascinação.

No fundo do mar ou sob feições obscuras, em faces de mulheres bruxas, feiticeiras, matronas, vestais, prostitutas, cortesãs, hierodulas, hetairas, concubinas, plebeias, escravas, libertas, adúlteras, pecadoras, desnaturadas, entre outras designações, as filhas e hipóstases das antigas deusas resistem mesmo diante dos massacres e todas as arbitrariedades impostas pelo patriarcado.

Nesse sistema de conhecimentos, a mulher descendente de Eva assume o protagonismo misógino: mãe e pecadora, sobre a qual o sofrimento e as dores no parto são uma imposição do castigo. Se antes as dores do parto eram um evento de louvor compartilhado por todos os membros da comunidade⁸⁶, saudado como um ritual sagrado a vida fecundada e germinada, agora elas representam o suplício imposto pelo castigo da desobediência a Deus.

Para além dessa fonte inspiradora cosmológica, estão condições as desigualdades sociais, que tornam o evento parto impositivo de mais sofrimento às mulheres pobres, as deusas obscuras desencantadas, as peregrinas e suas parcerias com as misérias.

⁸⁶As mulheres trazem ao mundo os seus filhos com a participação dos homens, os quais, deitando-se, dão penetrantes gritos, cobrem a cabeça, fazem preparar um banho e alimentam-se delicadamente. Metem-se na cama e imitam as contorções da mulher durante o parto.” Esse costume atravessou vários contextos históricos posteriores e na Grécia havia o culto à MULHER A DAR À LUZ- culto a Ariadna onde os homens gregos passavam rituais de imitação do ato de parir, de dar à luz.(Textos remotos de Plutarco e Santo Apolônio descritos por LAMAS, (1952, V II, p. 558-559). Na Península Ibérica, essa prática foi contínua por muitos séculos, e foi denominada de COVADA (Simulação do parto) ou Parto de BISCAIA. Os textos de Tácito, o grande historiador romano dizem que os *Bárbaros* eram sociedades matriarcais e o parto também é citado como um evento coletivo e honrado como um culto sagrado à Grande Deusa Mãe por todos (LAMAS, 1952). Também as cosmologias indígenas norte-americanas, brasileiras e andinas, ainda preservam o parto como um ritual coletivo e integrado aos sistemas espirituais de louvor à Mãe Terra, a Grande Deusa.

Nos sistemas matriarcais, o parto significa o mais importante ritual religioso em louvor à Grande Deusa Gaia⁸⁷, causa e efeito de tudo que vibra no universo. A parição é um evento compartilhado por toda a comunidade, homens, mulheres e crianças. Todos participam com extrema contrição como partes desse Grande Mistério, cabendo ao marido honrar a solidariedade conjugal, pela qual dará prova da sua participação na procriação do filho.

Os cultos e as práticas religiosas das deusas são extraordinariamente uma força de resistência ao patriarcalismo, principalmente no panteão egípcio, grego, romano, indo-europeu e celtas (ABREU, 2007), onde dezenas e dezenas de autoridades femininas foram cultuadas.

Na Grécia, o culto ao deus Dionísio era feito exclusivamente por mulheres chamadas mênades ou bacantes⁸⁸. Embriagadas, possuídas, endemoninhadas, lançando sobre si cinzas e pó da terra, as seguidoras de Dionísio⁸⁹ o entregavam-se aos cultos por longos dias.

As bacantes - ao banharem-se com o humo da terra - enaltecem a fecundação e a vida, embriagam-se e dançam de forma desmedida. O culto místico feito ao um deus proscrito, estrangeiro ao panteão oficial do apolíneo e cultuado por mulheres.

significa para Nietzsche, a negação dos valores principais da cultura apolínea. Em vez de um processo de individuação, é uma experiência de reconciliação entre as pessoas e das pessoas com a natureza, uma harmonia universal e um sentimento místico de unidade (MACHADO, 2006, p. 212).

As práticas transgressoras das deusas e suas auxiliares são ainda presentes em diversas cosmologias no mundo inteiro e, em nossos dias, nas cosmologias africanas no Brasil, encontramos cultos: às Rainhas Mães; à Deusa Iemanjá; a Rainha das Águas e da Fecundação; da Riqueza e suas Hipóstases; as Mães de Santos; as Rainhas-Mães do Candomblé; as Macumbeiras; as Pombas Giras; as Lavadeiras das Escadarias de Nosso Senhor do Bomfim; as Ciganas; as Mães de várias esperanças; Mães Parteiras; Mãe Sara que

⁸⁷ “Gaia é a grande nutriz, simboliza o feminino e é uma metáfora da mãe humana, reduzida à ideia de nutriz, de seio maternal. Inspiradora de vários oráculos. Gaia possuía os segredos dos Destinos. O Culto a Gaia é anterior às cidades e à economia urbana, é um culto eminentemente agrário, dos primórdios da vida rural (MARQUETE, 2010, p. 360-361).

⁸⁸ As bacantes de Eurípedes “canta a união das mulheres com a natureza no qual o chão regurgita de leite, de vinho, do néctar das abelhas. As mulheres usam em vez de cintos serpentes que lhe lambem os rostos. Outras segurando filhotes de corças e de lobos selvagens, dão-lhe os seios ainda túrgidos” (MACHADO, 2006, p. 213).

⁸⁹ “O culto das bacantes é o culto manifestado nos cortejos orgásticos de mulheres que, em transe coletivo, dançando, cantando e tocando tamborins em honra de Dionísio, invadiram a Grécia vindas da Ásia, para fazer seu deus ser reconhecido, glorificado pelos gregos.” (MACHADO, 2006, p. 211).

traz a pessoa amada; Mãe Jussara do Codó do Maranhão⁹⁰; capaz de resolver todos os perigos da vida; as Mães Benzedeiras; Curadoras; Rezadeiras. Enfim, são dezenas e dezenas de muitas outras deusas e suas auxiliares veneradas. Consultadas, leem cartas, destinos e traçam os caminhos da prosperidade, das esperanças. Panteão proscrito e condenado, que continua a desafiar as autoridades religiosas etnocêntricas, brancas e cristãs.

No catolicismo brasileiro, uma Rainha Aparecida do fundo de um rio é a Padroeira do Brasil. Negra, preserva da terra o humo sagrado: Nossa Senhora Aparecida. A figura da Mulher Mãe de Todos os Aflitos, Virgem, Santa, Imaculada, Mãe de Deus. Uma maternidade isolada e uma sacralidade singular não comum às Evas e suas descendentes.

O símbolo da paternidade de uma Virgem é a solitária Mulher, desprovida de sexualidade, presença da castidade fecundada pelo Espírito Santo. Suas diversas ressignificações e hipóteses em dores no ato do parto ao dar à luz ao Cristo são compartilhadas como solidárias pelas mulheres no Gonzaguinha, a maternidade examinada nesta tese.

6.2.2 Hierofonia no parto

Mulheres em dor de parir transitam sobre o espaço do sagrado “porque este se manifesta, se mostra como algo absolutamente diferente do profano” (ELIADE, 1992, p. 13). O ato da manifestação do sagrado é o que Eliade (1992) denomina hierofonia. O encontro entre o profano e o sagrado é um ato misterioso “equivale a um poder que não pertence ao nosso mundo”, afirma Eliade (1992).

Mulheres em vias de dar a luz são tragadas pelo mistério, a realidade por excelência. Nesse campo, os artefatos, as imagens, as fitinhas, os terçinhos, os adornos, flores, em Nossa Senhora, a Bíblia Sagrada são objetos consagrados, saturados desse poder, porque revelam a hierofonia.

Nunca será demais insistir no paradoxo que constitui toda hierofonia, até a mais elementar. Manifestando o sagrado, um objeto qualquer torna-se outra coisa e, contudo, continua a ser ele mesmo, porque continua a participar do meio cósmico envolvente. Uma pedra sagrada nem por isso é menos pedra; aparentemente (para sermos exatos, de um ponto de vista profano nada distingue de todas as demais

⁹⁰Codó, município no Estado do Maranhão, preserva um imaginário de magias poderosas. Lá habitam feiticeiras com muitas forças, que conhecem códigos e pontos de poder e cura, que são comentadas nas cosmologias das bruxarias e trabalhos do Candomblé e outras práticas religiosas de matrizes indígenas e africanas no Brasil. No Ceará, é muito comum serem veiculadas notícias de que Mães Poderosas, vindas do Codó do Maranhão, são capazes de solucionar todos os problemas pelas quais uma pessoa esteja atravessando, quer financeiros ou conjugais. Vir “direto do Codó do Maranhão” é um capital de poder simbólico, usando o termo de Bourdieu.

pedras). Para aqueles a cujos olhos uma pedra se revela sagrada, sua realidade imediata transmuda-se numa realidade sobrenatural. Em outras palavras, para aqueles que têm uma experiência religiosa, toda a natureza é suscetível de revelar-se como uma realidade cósmica (ELIADE, 1992, p. 13).

Figura - 13: Nossa Senhora do Bom Parto no “sofredor”.



Fonte: Arquivo pessoal.

Nota de campo: à mulher maculada
Gonzaguinha, Júlio, 2010

Ela é Nossa Senhora do Bom Parto, do Bom Futuro, Mãe do Menino Jesus de Praga, que também é mãe da Cristina da Serra da Preguiça, ou Aninha da Jubáia, Madalena do Amanari...várias delas que conheci. Mulheres em agonias com as quais juntas invocamos as forças sagradas dessa Santa Mãe que tem nos corredores do Gonzaguinha sua imagem carregada de dores e cores, anotadas em bilhetinhos escritos, laços, fitinhas...Todas nós a tocamos. A dor compartilhada entre o sagrado e o profano, Virgem Imaculada e pecadoras. Um diálogo entre um Eu e Tu numa interrelação de aflições em compaixão, num lugar no qual o mundo destinou à mulher maculada, outras esferas de sofrimentos e agonias.

Um *Eu* e um *Tu*, mulheres maculadas e a Virgem, que se encontram unidas na solidariedade do sofrimento, restaurando as cosmologia dos mistérios, campo real não acessível àqueles incapazes de serem tocados pela experiência do êxtase místico e sagrado nas hierofonia dar à luz.

6.3 Algumas considerações

O discurso médico-paciente apresenta seus significados como forma de ação, representação e identificação dialeticamente situados com a prática social, o evento discursivo parto, e textos. De acordo com a Análise de Discurso Textualmente Orientada – ADTO – (MAGALHÃES, 2004), os gêneros discursivos (relatos, notas de campo e o parto) constroem

as seguintes representações: discurso da religião, discurso político e discurso do sagrado feminino e que estabelecem relações dialógicas (BAKHTIM, 2998).

Os discursos estão situados numa rede intertextual complexa, que alcançam uma polifonia heterodoxa, transitam entrecosmologias, sofrimentos, parto, mulheres, identidades maternas, discurso médico, prática social da Medicina, saúde pública e exclusão social de mulheres na ‘geopolítica do Sul do sofrimento’ (SANTOS, 2006).

A intertextualidade complexa e heterogênea tem um ponto misterioso de partida: as brumas da Pré-História naquilo que os primeiros escritos na arte rupestre do neolítico inscreve a vida santificada e sacralizada no feminino. Mulheres, maternidade, Terra, mãe e humanidade fecundam a vida, recolhem a morte e transitam sobre os segredos cósmicos.

Os cenários são escavados e revisitados no recuo antropológico no feminino, colocando-nos diante das identificações (estilos) históricas e simbólicas, culturais das mulheres no mundo, revelando como guerreiras, feiticeiras e mães são constitutivas das cosmologias, que demarcaram a trajetória civilizatória no Ocidente. Nos textos cosmológicos, palavra revelada pelos profetas do Gênese, narrativas míticas, são retextualizados pelos sistemas canônicos de Conhecimento, Ciência, Filosofia, Religião.

Neste capítulo, a presença dos médicos, médicas e mães protagonistas contribuíram com seus textos, “são os próprios sujeitos desses discursos com a multiplicidade de vozes e consciências independentes e imiscíveis” (BAKHTIN, 2008, p. 4), portanto, uma polifonia. Cada ator preserva as trajetórias demarcatórias de seus contextos políticos, em zonas de contato onde se confrontam crenças, conhecimentos, mas também desejos, valores sociais, imagens de si e do outro, relações sociais (FAIRCLOUGH, 2003).

Santos (2006, p. 130) conceitua zona de contato como “campos sociais onde diferentes mundos-da-vida normativos, práticas e conhecimentos se encontram, chocam e interagem”. Mulheres e médicos no evento discursivo parto interagem nas agonias, convergindo aflições em comunhão, relações dialógicas como relações de sentido que se estabelecem entre enunciados (BAKHTIN, 2008) diante de uma prática clínica da Medicina obstétrica assentada numa racionalidade do risco que podemos chamar de moral, higiênica, reificadas pelas parturientes, submissas, medrosas.

As cosmologias dos sofrimentos analisadas não são a única fonte de verdade para explicar os sofrimentos das mulheres, pois não é interesse dessa tese “provar verdades” nem estamos preocupados com fontes únicas de verdade. Porém, o debate nessa zona de contato é interessante na medida em que cosmologias da racionalidade pós-helênica e jônica - que se constituem a partir de uma visão romântica e ideal do masculino ou falocentrismo - está

presente em todos os sistemas de conhecimentos colonizadores do mundo dito civilizado. Minha reflexão em busca do sofrimento das mulheres no evento discursivo parto está nesse cenário conflitivo, polifônico no qual a hibridização do discurso médico se refere à mistura do laico com o sagrado, do físico com o metafísico, do secular com o milenar.

A cosmologia pré-jônica ou matriarcal mulheres sofrem, o evento parto é igualmente revolto em dores, a natureza assim perpetua a espécie a milhares de anos. Contudo, o diferencial desse processo de parto é como os sistemas simbólicos enquadram mulheres em sua relação com a germinação (fecundação), com a natureza ou a Terra, que se estendeu para o feminino enquanto lugar de geração e manutenção da vida. O simples resgate de uma matriz social matriarcal não demarcará daqui para frente mudanças nesses sofrimentos. Como lembra Prigogine (2009) a natureza é caótica, adversa e a ação humana (práticas sociais, sistemas de conhecimentos etc.) sempre se deparará para seguir caminhos alternativos - “as setas da vida”, reorganizar o caos, transitoriedade, contingência, devires, poder (Nietzsche, 1998) -, um mundo que não tem equilíbrios em si mesmo, adverso, catastrófico e sombrio (ZIZEK, 2011), pois nossa existência é, em última instância, contingente e além de nosso controle (BATAILLE, 2013).

O nascimento da misoginia e a instituição magna do patriarcado requer uma ‘renovação da teoria crítica’ (SANTOS, 2007) para pensarmos as possibilidades de redirecionar novas linguagens em novos roteiros, que resgatem o discurso vívido da dignidade das mulheres lido pelas lentes da racionalidade médica de forma equivocada. E isso vale para os discursos, os sujeitos, os papéis sociais, as instituições, os eventos, os gêneros, enfim, toda e qualquer construção sociodiscursiva.

7 SOFRIMENTOS E O DISCURSO MÉDICO

Com o surgimento das cosmologias do Olimpo e Éden, como vimos no capítulo anterior, o sagrado feminino é lido como castigo. Os sentidos dessa representação atravessam a história no Ocidente, gerando práticas sociais e discursos, que irão definir o lugar da mulher, o sofrimento e a misoginia epistemológica, científica, tendo como herdeiro dessa grande tradição o discurso médico-paciente.

7.1 Desnaturada és tu, mãe?

Nota de campo
Gonzaguinha,
Maio 2012.

Início minha nota de campo nesse dia logo após sair na sala de parto com a Dra. Vênus de Millus e outras testemunhas, de parto de longa duração. Faz mais de 24 horas desde a primeira vinda de Madalena à Maternidade. Idas, vindas, retornos da peregrina em sofrimento e finalmente é internada às 7 horas da manhã do dia seguinte, em franca evolução parturial. Seu parto foi finalizado às 18 horas e trinta minutos. Ao final, conversei com a Dra. Vênus de Millus:

Nádia: Dra. Vênus de Millus, por favor, fale-me da sua prática médica;

Dra. Vênus de Millus: Escolhi a obstetria... eu era uma criança ainda e sempre fui apaixonada pela vida. A obstetria me dá essa satisfação, todas as vezes que o nenê nasce eu acho assim uma coisa muito linda, e não gosto de atrapalhar o curso natural do parto. Não gosto de dar ocitócico, nem cortar o perineo, e no nascimento da criança as enfermeiras não gostam muito de minha prática clínica porque eu não deixo que elas levem logo o bebê. Deixo o nenê com a mãe, deixo bem muito, não tenho pressa de cortar o cordão umbilical, deixo assim a mãe abraçar..... boto logo prá mamar.... Aqui no Gonzaguinha é que eu acho que às vezes eu curto o parto mais que as mulheres. Algumas delas não querem abraçar o bebê assim que nascem, às vezes elas dizem que vão dar, e não querem nem olhar, viram o rosto. Eu observo e às vezes tento intervir. Sei lá o que se passa na cabeça delas... De fato, Nádia, as mulheres que planejam um filho, a recepção é outra coisa. Vejam como é um parto num hospital da Unimed da vida, chic minha filha, precisas ver: tem pai, avô, fotógrafo, tudo. Pompa e circunstância, além evidentemente, de muito mais recursos técnicos, ainda tem o afetivo. Aqui, além de faltar minimamente, às vezes um simples lençol, falta ainda pediatra, sei lá qualquer coisa importante aqui falta, pois sabemos como são as coisas no serviço público, né..., ainda tem que a gente ver que quando muitos bebês nascem são rejeitados pelas mães....Eu acho que essa situação de rejeição é mesmo porque esse bebê não foi esperado, planejado, querido. Elas ficam revoltadas até quando digo: tem que mamar, o neném tem que mamar. Elas às vezes rejeitam mesmo. Elas enjeitam mesmo, e me dizem: Dra. a senhora não conhece quem queira um menino não? Ufa! Detesto ouvir essas coisas, tô cansada de ouvir essas histórias, mas que fico triste fico. A primeira pergunta que faço é: Por que você engravidou? Não tem tantos métodos, pílula, camisinha, e o diabo a quatro? Não venha me dizer é porque não sabia, né. Qual a mulher hoje em dia não sabe evitar uma gravidez? Fico revoltada com essas coisas dessas mulheres que não assumem seus erros e suas consequências; e ainda botam filho nesse meio de mundo pra dar. A maternidade é um dom de Deus que toda mulher tem, é um presente da natureza exclusivo da mulher, é sublime a maternidade, e ainda aparece essas mulheres, parecem que são sem coração, mães desnaturadas, ave meu Deus do

Céu, e aqui é só que chega são essas assim que vivem pra fazer menino sem responsabilidade. (...) eu tenho pena é das crianças, sei lá, se querem dar e não conseguir, com certeza serão maltratadas. Chamo logo a Assistente Social, pois não quero nem mais perder tempo com elas. Faço a minha parte: obrigado mesmo, todas elas a darem de mamar. (...) (Dra. Vênus de Millus)
Relato 75.

O relato da médica é um fragmento em que há inúmeras ‘realidades,’ práticas, epistemologias e discursos. Ao discorrer sobre suas práticas clínicas de intervenção no parto, apresenta-se dissidente da maioria de seus colegas, que “aceleram” o parto com a aplicação de ocitócico para a estimulação precoce das contrações uterinas, como também não opta em fazer a episiotomia⁹¹ por ser um procedimento invasivo que compromete a funcionalidade e a fisiologia da mulher.

Essas são práticas médicas que, na verdade, são exceções no cotidiano da grande maioria dos plantonistas. Há, portanto, uma discussão problemática fomentada na própria sugestão da humanização da prática obstétrica no parto, no Brasil. Considero esse ponto importante para explorar o evento discursivo da maternidade.

Dra. Vênus de Millus também, em sua breve narrativa, fala de escolhas em pólos assimétricos: de um lado, um sonho de uma profissão conquistada em sua grande maioria por uma elite social preparada para o embate competitivo da profissão médica; do outro, mulheres em estado de precarizações e suas escolhas em ser mães santificadas ou não.

Será que a *maternidade* é um fascínio sublime aos sentidos nem sempre ‘despertados’ em todas as mulheres? Quais são as mulheres que a vida relega ao escárnio quando o fruto não é bendito? Mães santas *versus* mães desnaturadas? Como situar as fronteiras dessas experiências? Será que o discurso da maternidade é disciplinar? Será que as mulheres para conquistarem sua dignidade precisam ser mães? Que mulheres participam de uma genealogia do *discurso da maternidade sagrada? Discurso da maternidade transgressora?*

Seria possível buscar em algum ponto dessa teia complexa da ordem do discurso *os discursos da maternidade* nos quais mulheres são forjadas, construídas? Que mulher, mulheres, o mundo e os discursos criam? Ser mulher é ser mãe?

⁹¹ Episiotomia: “é um corte cirúrgico feito no períneo, a região muscular que fica entre a vagina e o ânus. O corte é feito durante o parto normal. Sua realização provoca dor, incontinência urinária e problemas de cicatrização. A episiotomia hoje é refutada por ser considerada uma abordagem cirúrgica que pode comprometer a integridade e saúde da mulher. No entanto, é realizada no cotidiano obstétrico do Brasil, sem restrições, e sem consultas às mulheres pelos obstetras, configurando-se como uma violência contra a mulher” (BRASIL, 2009). Uma pequena cirurgia, ‘um cortezinho de nada, uma lasquinha aqui para ajudar o bebê a nascer’, afetivamente colocado pela linguagem médica no diminutivo, vela o que subjaz ao ato cirúrgico. Nesse sentido, um procedimento cirúrgico considerado simples, veiculado como simples, tem repercussões complexas e pode representar um transtorno para mulheres de forma irreversível.

Para responder, não quero evidentemente dar conta do ‘mundo’, mas, no rastro dos discursos aqui registrados, sou inspirada a seguir as pegadas do sofrimento das mulheres. As inquietações suscitadas pela Dra. Vênus de Millus e demais mulheres convergem para uma busca dessa *maternidade constituinte* das mulheres e vice-versa.

Sofrer no parto é uma obrigação

Nádia: Dona Graça como a Senhora vê as dores de parir?

Dona Graça: Eu sempre digo pra todas as mulheres: a dor de parir é um dever de nós com Deus. Desde que o mundo é mundo que é assim mesmo, nós padecemos pelo pecado, mas Deus dá o conforto, né, a gente sofre, mas é da vontade de Deus. Derde minina réia que aprendi com minha vó que sofrer no parto é obrigação das mulheres tudim no mundo, Por isso eu entendo a dor assim, desse jeito mermo, como uma coisa de Deus. (Dona Graça)

Relato 76.

Deus dá força

Nádia: E as dores do parto, Fatinha?

Fatinha da Jubáia: Se nós tem que passar por isso né só Deus mermo prá dar a nós força. Eu fico é vendo essas otras gritari ai e eu acho que é mode sem vergonhice mermo;E ela ali que tarra dizendo que vai dar o minino também é mode sem vergonhice,Eu conheço é muitas mulher que dá os fi. É mode senvergonhice, minha fia, tá vendo, eu morro mais meus fi mas nun dô nem um.

Relato 77.

Nádia: Helena, e seu bebe?

Helena do Cacimbão: Tão bunitim o bichim , né., bem gordin.Mas eu tô vendo se dô êle , é que ás veis é melhor dar do que sofrer nesse mei de mundo mais eu.

Helena do Cacimbão: Pois se pra felicidade deles eu prefiro dá Dra., prefiro de dar prá ser bem criado do que passar assim comigo. (...)

Nádia: Helena, quer falar um pouco pra mim sobre sues filhos?

Helena do Cacimbão: Eu tinha 8 anos e minha mãe me deu pra Madrinha. Eu mim lembro como se fosse hoje. Chorei tanto agarrada nas pernas dela, mas aí fiquei na casa da madrinha em Fortaleza, lá na 13 de maio enfrente ao 23. Sofri o que o cão injeitou no inferno, apanhava muito, era muita traquina, com 13 anos fugi com um soldado e tirre meu primeiro minino. Dei ele pra uma tia dele criar. Depois com 15 anos tive mais uma moça que morreu assim que nasceu, acho que foi de inframação, eu tinha muita. Depois eu tinha 20 anos fui pro Rio de Janeiro me empregar na casa da fia da minha madrinha, ser ama dos fi dela.Mas eu sai de lá, ela era ruim igual a mãe dela. E por lá me peguei um bucho. Eu tive ele lá na casa do Dr. Ribamar aí eu dei ele né. Ele é criado como um príncipe, já vai fazer 10 anos. Vim me imhora de novo pro Maranguape, e arranjei esse aqui, já tô com 30 anos e já tá na hora de sussegar. Mas acho que vou criar o bichinho.(...) eu perguntei a Dra. se ela conhecia é porque eu tô sem trabaiaar, o pai desse minino morreu tava devendo e mataro ele, acabaram com nosso quartinho, os vagabundos foram lá e tocaram fogo, não tenho mais nada, né e aí eu pensei... e foi por isso que eu perguntei, né, assim prá ver se ele tem uma vida melhor que a minha.

Relato 78.

Nos relatos, há um elo comum às espreitas da moral a iluminar os desatinos das peregrinas e suas ‘escolhas.’ Além do *discurso da maternidade disciplinar*, os textos estabelecem forte ligação com o *discurso religioso* matriz constituinte de uma relação complexa de saberes e seu ‘poder de verdade’⁹², que emolduram vários sistemas de conhecimentos no mundo.

As formas do discurso estabilizados na língua (BAKHTIM, 1979) são os repertórios ativados nas cognições sociais, que reinscrevem os desatinos em “várias instituições sociais, em desigualdades econômicas, na linguagem, nos próprios corpos de cada um e de todos nós” (MERQUIOR, 1985, p. 169).

Os textos transcritos realçam a co-presença das vozes de personagens.

Textos são inevitável e irremediavelmente dialógicos no sentido de que qualquer totalidade é uma conexão entre uma cadeia muito complexa e organizada em outras totalidades com as quais os textos entram num tipo de relação (BAKHTIM, 1989 *apud* FAIRCLOUGH, 2003, p. 43).

Portanto, “a intertextualidade refere-se a uma gama de possibilidades” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 39). Diante dessa abertura, as vozes presentes nessas narrativas “através da intertextualidade acentuam a dialogicidade do texto, o diálogo dos autores e de outras vozes” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 41).

O estudo da intertextualidade alcança um mundo de textos, que circulam como constituídos e constituintes “das práticas sociais” (MAGALHÃES, 2005, p. 235) em relações dialógicas (BAKHTIN, 2003) com outros textos o que são considerados por Fairclough (2003) como interdiscursos. “As relações sociais são mediadas intertextualmente, pois os textos recorrem a discursos particulares” (MAGALHÃES, 2011, p. 222) situados nos sistemas de conhecimento e controles normativos/ideológicos de poder e saber na *Ordem do Discurso* (FOUCAULT, 2011) em contextos históricos determinados, portanto, em práticas sociais, institucionais, políticas. “O texto é a dimensão semiótica da prática social; contribuição discursiva produzida em um contexto social para ser retomada, incorporada, questionada, ecoada, ironizada ou transformada em outros contextos espaciais e temporais” (MAGALHÃES, 2011, p.221).

É a inter-relação entre textos e discursos na ordem do discurso, que permeia a discussão e problematização da humanização da prática obstétrica no parto no Brasil, e o

⁹² Termo que faz parte fundamental no pensamento de Foucault e é método de pesquisa adotado em sua genealogia para responder o porquê do surgimento dos saberes e como estes se transformam.

evento discursivo da maternidade, criando representações, crenças e identidades considerando que:

A profissão médica, a Medicina, a prática médica tem por função manter todos os grandes tabus da moral, da moral burguesa, da moral de nossa sociedade e, por conseguinte, quando a lei moral, os hábitos morais, os tabus morais de nossa sociedade são atacados, é papel fundamental da Medicina passar imediatamente à primeira linha e lançar a contraofensiva. Trata-se, aqui, da Medicina como guardiã da moralidade, da moralidade simplesmente (FOUCAULT, 2011, p. 306.)

7.2 O discurso da maternidade sagrada e da maternidade transgressora

As representações do feminino são encobertas pela dominação de uma racionalidade da sensibilidade, da leveza, que determina codificar nos primeiros discursos científicos da Medicina na Grécia de Hipócrates e Galeno, um corpo psíquico e político dotado de caracteres biológicos inferiores ao sexo masculino: uma antropologia da inferioridade.

Mulheres foram relegadas às funções da procriação e do amor instintivo legitimadas pelos dogmas morais e religiosos, que dialogam com a Ciência, filtrando suas inspirações e sinalizando fluxos intensos de articulações epistêmicas.

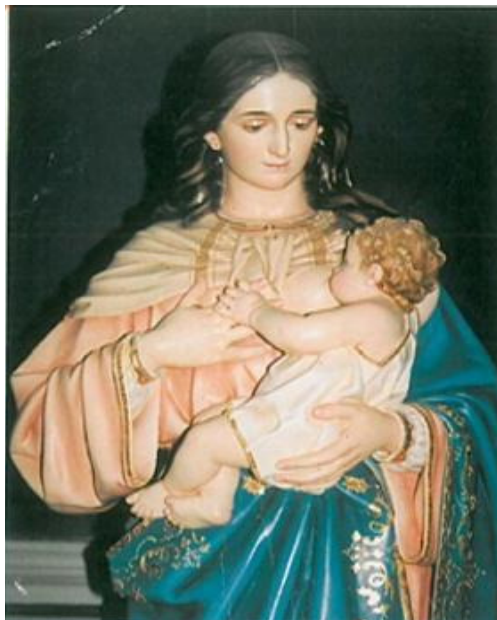
Uma ontologia das mulheres é estabelecida sobre instituições moralizadoras referenciais das matrizes da racionalidade pensante tratadas como ignomínias, desvios de performances, mulheres da vida, do pecado, geradoras de filhos bastardos, filhos das maldições: mulheres dos desvios morais.

O estereótipo arquetípico dominante canônico sobre mulheres será recontextualizado, posteriormente, com as retificações criadas pelo catolicismo quando impõe o culto à sacralidade da Virgem Maria. Uma longínqua polifonia ancestral dos arquétipos míticos primordiais é revestida de novas significações: inspiração de sacrifício, devoção, dedicação à maternidade santificada.

No contrafluxo, bruxas queimadas, mães condenadas ao castigo dos conventos da purificação, aprisionadas aos valores impositivos da restauração do pecado maculado pela virgindade ultrajada. Mulheres em sistemas disciplinares devotam-se ao noivo intangível, para no casamento-opressor regenerar a vida para Deus. Se não cair em desgraça, a instituição casamento sacraliza a maternidade, pois é a única possibilidade de pacificar o castigo com as

bênçãos do noivo encarnado sob o altar sagrado da Madre Igreja⁹³ e consigo todas as outras instituições religiosas derivativas dos cânones religiosos e civis no Ocidente.

Figura - 14: Mãe Santíssima.



Capa do livro de Formação Sobre Maternidade⁹⁴.
 Fonte: Centro de Formação Social e Rural de Lamego,
 (FERNANDES, I.,1997).

Em relação à questão de gênero social, Magalhães (2008, p. 62) destaca que “no Brasil o discurso de controle (tradicional) e o discurso de liberação (emancipatório) são, dessa forma, distintas representações de gênero no Brasil, com posições contrárias.” O discurso conservador da tradição será ao longo desse desvio, o lugar dos conflitos epistêmicos gerados a partir dos preceitos científicos e morais purificadores. Esses preceitos são assombrados com as resistências das mulheres em luta no mundo para a afirmação e o deslocamento dessas matrizes fundadoras: “misoginia, sexismo, patriarcados e feminismos” (SANTOS, 2006).

Mas essas histórias serão narradas de outras formas: velhas angústias ousam refazer caminhos da resistência e é marcadamente nas sociedades modernas, que o sofrimento de mulheres serão revisitados e reconfigurados na crítica feminista, no contexto

⁹³ Madre Igreja também resgata o arquétipo mítico primordial da Mãe Terra como a Grande Deusa da fecundação que é encontrado nas sociedades coletoras do neolítico. Aliás, a figura primordial está retextualizada em residualidades antropológicas em diversas culturas e patrimônios intangíveis da humanidade.

⁹⁴ A fotografia de uma riqueza polissêmica complexa semiotiza o olhar do Patriarcado e suas instituições de poder e controle ético, estético no ocidente eurocêntrico, branco e cristão. Maternidade negada das oprimidas, negras, escravas, e de outras matrizes étnicas. A santificação mítica remete à pureza tendo como padrão inspirador a Virgem Imaculada. Mulheres colonizadas negras, mestiças são inexoravelmente obrigadas à conversão assimilatória pelos instrumentos de catequese e salvação.

européu do pós-estruturalismo no século XX, sob a maré do construcionismo social e a crise do positivismo clássico científico.

O que é posto em causa apresenta novos pontos de conflitos epistêmicos: a ciência ancorada sob o dualismo sujeito-objeto e a neutralidade solapa diante daquilo que os feminismos em sua constituição defendem: uma posição ética e a defesa das convicções ideológicas em busca da libertação diante da opressão que a Ciência construiu de forma androcêntrica e misógena (HARDING, 1986).

Entretanto, o feminismo é um caldeirão teórico tenso, reflexo dos desmontes ideológicos das grandes narrativas da modernidade iluminista e suas utopias são atualmente bastante questionadas. Numa crise de esperanças, o feminismo significa uma bandeira de luta, que congrega uma leitura das epistemologias do Norte e seu caráter canônico. Toda uma vasta produção emancipatória é sustentada em oposição aos critérios universalistas e colonizadores da forma como o Ocidente entende as mulheres como arquetípicos morais, espirituais e políticos.

A universalização é uma categoria problemática atrelada ao pensamento hegemônico iluminista, pois essencializar a outra, o outro, acaba por impor uma construção ideológica da diferença como sinônimo da inferioridade nas dimensões desse essencialismo de ordem sexual e social. No Discurso do Essencialismo da igualdade, “o sistema de exclusão assenta no essencialismo da diferença, seja ele a cientificização da normalidade e, portanto, do interdito, ou o determinismo biológico da desigualdade racial e sexual.”(SANTOS, 2006, p. 281-282).

Os ventos, nas últimas três décadas, levaram-nos a desejar novas categorias descolonizadoras como o multiculturalismo e abrir caminho para o pluralismo, acatando as diferenças de mulheres em diversos contextos culturais. Vivemos um contexto de diásporas, de contingências, e as identidades das mulheres, ou identidades da maternidade em trânsito no parto podem apresentar para os nossos mapas cognitivos éticos, étnicos, colonialistas, universalistas verdadeiras contradições aos nossos modelos mentais ideacionais em discursos e representações.

Hemmings (2009) identifica e analisa as histórias dominantes que acadêmicos e acadêmicas contam a respeito do desenvolvimento da teoria feminista ocidental, e critica como são elaboradas teorizações acerca das mulheres no mundo, marcadas por posições ideológicas e defendendo padrões representacionais cognitivos eurocêntricos.

A relação homens superiores e mulheres inferiores são territórios teóricos, que se degladiam no interior do feminismo denominado de emancipatório, contudo, ineficaz perante

um mundo plural e diversificado, o que leva a autora a fazer duras críticas ao feminismo científico europeu e americano.

É no interior da própria Ciência que o problema reside. Uma ciência que tem como pressuposto uma não relação de pesquisadores com o objeto a ser pesquisado, em nome de uma ideologia da neutralidade científica, insensível, silenciosa, esmagadora, que perde o caráter ético posicionado para compreender e assimilar as diferenças no mundo. É notório o silenciamento do feminismo francês contemporâneo diante das Leis desse País, que proíbem o uso da burca por mulheres árabes em seu território.

Spivak, nos anos 90 do final do século XX, no interior dos Estudos Culturais, elabora uma epistemologia crítica à crítica epistemológica ocidental por impor conceitos etnocêntricos no modo de interpretação de práticas de mulheres na Índia por um feminismo branco, europeu e de classe média alta. Para a escritora de origem indiana, esse feminismo é uma violência epistêmica, pois impossibilita dar voz ao outro, o oprimido, o subalterno, o colonizado.

Os modos de impor ao colonizado práticas e saberes despreza integralmente a validade de constituições de valores do subalterno, impondo a conversão assimilatória em nome das razões ocidentais superiores. Spivak (1994, p.66-111) discute a questão da consciência e da conscientização de resistência do subalterno, a partir de um evento cultural da Índia tradicional – *sati, satee*: que é um ritual do luto de mulheres viúvas que optam pelo suicídio na pira funerária de seus maridos para salvar seu próprio corpo em encarnações futuras – e sua representação pelo discurso colonizador e pela sociedade hindu é lida como uma questão problemática e que afronta ao feminismo etnocêntrico.

“Pode o subalterno falar?”, é como Spivak inicia sua tese, ao deixar claro que as viúvas suicidas são interpretadas por analistas colonizadores como mulheres sem razão e, por isso, as leis inglesas durante o período de dominação na Índia foram bastante repressoras dessas práticas de mulheres em seus sistemas representativos e simbólicos culturais, que, de certa forma, agridem o povo colonizador.

Spivak conclui que o subalterno não pode falar, e que a posição da mulher subalterna é ainda mais grave, pois os colonizadores ocidentais calam e silenciam qualquer possibilidade de colher desses rituais e dessas mulheres a voz que possa explicar as ancestralidades dessas práticas abominadas pela racionalidade epistêmica ocidental. O feminismo ocidental não foi capaz, nessa altura, de discutir as escolhas de mulheres, pois o viés emancipatório e libertador de suas constituições ideológicas desconhecem diálogos interculturais, e não sabem fazer a ‘tradução intercultural’ (SANTOS, 2008), esmagando

completamente qualquer possibilidade de uma interpretação a partir das cognições do subalterno colonizado.

Sob as epistemologias feministas, vozes de mulheres no confronto e nas resistências, propõem suas agendas de luta, que chamo de deslocamento e reinvenção de novos arquétipos contra-hegemônicos, no interior das epistemologias pós-coloniais em trânsito e em nosso cenário contemporâneo. Mulheres modernas, *livres*, independentes, mulheres trabalhadoras, ativistas e protagonistas dos movimentos sociais, políticos, enfim, um cenário de muitas histórias e muitos eventos de confronto às imposições hegemônicas, inclusive do discurso médico no parto. Por exemplo, o movimento de mães no Brasil, que nos últimos dois anos estão muito presentes nas mídias nacionais, enfrentando as práticas disciplinares da obstetrícia, defendendo o parto não cirúrgico, domiciliar e, se hospitalar, com a presença das doulas no momento do parto.

Essas são conquistas importantes e concessões políticas do Estado brasileiro, que formalizou no dia 12 de janeiro de 2013 a profissão das amigas do parto (doulas). A luta travada é muito grande, pois de acordo com o Ato Médico⁹⁵ a prática médica é impositiva de regras legais do poder médico no parto, que não acata as demandas do movimento das mães.

A mãe desnaturada que ronda Dra. Vênus de Milus evidencia o estatuto opressivo das assimetrias e subalternidades de mulheres que, no contexto que caracteriza as identidades sociais das Peregrinas, não tem como contra-argumentar diante das imposições morais dominantes. Nesse sentido, afirmo que o discurso médico é derivativo de uma epistemologia colonizadora e mantenedora das desqualificações diante da *outra* que em sua *diferente* forma de estratégia de sobrevivência, afronta uma identidade universal de mulher essencialista, determinante eurocêntrica da maternidade como um patrimônio de suas práticas e saberes higiênicos, atrelado a uma moral do cuidado materno *natural* da mulher.

O Discurso Médico é um dispositivo de normalização “que, como tal, é simultaneamente qualificador e desqualificador. A desqualificação como inferior, louco, criminoso ou pervertido consolida a exclusão é a perigosidade pessoal que justifica a exclusão” (SANTOS, 2006, p. 281).

⁹⁵ Ato Médico: Lei .703/06, que regulamenta o exercício da Medicina no Brasil, aprovado em 17 de junho de 2013 pelo Congresso Nacional, foi sancionado com vetos pela Presidenta Dilma, nos pontos que envolvem diagnósticos e intervenções clínicas comuns as demais profissões da área de saúde, o que tem sido duramente criticado pelas instituições médicas do Brasil. Fazer diagnóstico, prescrever medicações e intervir invasivamente (por exemplo, fazer sutura perineal pelos enfermeiros obstétricos, cortar o cordão umbilical, instalar sondas entre outros procedimentos invasivos), para o Ato Médico são atos exclusivos da Medicina. O Conselho Feral de Medicina considera que o Ato Médico garante a dignidade da Medicina e uma melhor qualidade de assistência aos pacientes. (JORNAL DA MEDICINA, abril, 2013).

As mães *desnaturadas*, dezenas, milhares delas no Sul do sofrimento, ao darem seus filhos o fazem por escolhas *outras*⁹⁶, de racionalidades existenciais não mediadas pela ética dominante do colonizador: o discurso da *maternidade transgressora*. A Medicina obstétrica conserva discursos aliados do patriarcado sendo muito mais forte esta presença no contexto das subalternidades. A violência obstétrica contra as mulheres é desconhecida. Ela é sutil, moral, científica.

No cenário em trânsito é próprio de nosso contexto as diversas perdas e os desarranjos cognitivos, estéticos, morais, filosóficos e científicos, mas os fios das heranças misóginas nos enlaçam tão fortemente, que o parto e a maternidade não rompem com tais estruturas e sistemas cognitivos e suas lentes moralizadoras.

A maternidade e sua sacralidade são protegidas pelos discursos e práticas institucionais jurídicos e políticos. Por isso problematizado no Brasil, o *discurso da humanização* da prática médica, sendo reclamada muito intensamente pelos movimentos sociais das mães, considerando que o parto hoje no Brasil é elencado como mais um qualificador em sua violência contra a mulher. A maternidade é um objeto moral e às vezes imperceptível de sua violência social. A miséria constitui cognições, inspira decisões nem sempre pacificadas com a moral colonizadora. Estamos a contextualizar a mãe *desnaturada* que povoa esse imaginário estético, danificando as sacralidades recomendadas. As descendentes de Eva tornam a escolher em desobediência e pecado.

O aborto também é um fenômeno que requer inúmeras ações purificadoras na esfera social e política. Um verdadeiro cenário de guerra pelo mundo carrega as vozes de Evas em litígios ideológicos, religiosos e científicos. A Medicina no Brasil é proibida de práticas cirúrgicas abortivas, só lhe sendo permitida em casos de estupro ou risco de vida da mãe. Nesse entremeio, o pecado mortal ilumina decisões médicas, políticas e religiosas. Um tema por demais complexo, que também ressoa polifonicamente no ‘discurso tradicional conservador da mulher’ no Brasil (MAGALHÃES, 2009).

Mãe, maternidade e mulher tecem uma unidade moral indissolúvel sob as bênçãos dos Patriarcados em suas diferentes ressignificações, e nas margens obscuras as outras mães pervertidas despem seus corpos, nuas em grupos, desvairadas, embriagadas e possuídas de

⁹⁶ O abandono dos filhos é uma prática muito recorrente nos Sul dos Sofrimentos no Brasil, tendo seus registros históricos a partir da colonização portuguesa. “Durante o período colonial, muitas mulheres viram-se diante da necessidade de abandonar os próprios filhos. Não é exagero afirmar que a história do abandono de crianças é a história secreta da dor feminina, principalmente da dor compartilhada por mulheres que enfrentavam obstáculos intransponíveis ao tentar assumir e sustentar os filhos legítimos ou nascidos fora das fronteiras matrimoniais” (VENÂNCIO, 2011, p. 189). O ambiente de pobreza e maternidade negada no passado não é muito diferente das periferias e misérias no século XXI em seus guetos e favelas reatualizando cenários e vozes de sofrimentos marcantes nas vidas de muitas mulheres.

força dionisíacas como as bacantes denunciam a misoginia do gineceu científico. Em seus ventres grávidos e descobertos, inscrevem as denúncias, condenam o parto medicalizado, desejam parir em casa.

Uma nostalgia primordial resgata a Grande Deusa Mãe, a Gaia⁹⁷, os gritos dessas mulheres proclamam pelos direitos ao parto natural, que não são realizados nas maternidades brasileiras em sua absoluta maioria, quer na esfera pública como privada. Todas as textualizações do *encontro místico primordial* funda a racionalidade cósmica presa num *dédalo de mistérios*⁹⁸ narrados pelos deuses, deusas, rapsodos, poetas, a força dessa assunção que será convertido mais tarde na genialidade da sistematização do modo de conceber as coisas do mundo: Filosofia e depois Ciência.

Nesse labirinto discursivo as angústias médicas e das mulheres convergem à uma memória cósmica religiosa, para além, no fundo da *Terra Mater*⁹⁹ e seus deuses ctônicos¹⁰⁰, e com toda a exuberância e poder operam os “*milagres*” diante dos eventos complicadores do parto espreitado pelo deus Tanatos¹⁰¹. Médicos, médicas e mulheres metamorfoseiam-se em águias, bichos valentes, devoradores, xamãs, como se pudessem num átimo da inteligência humana sugar os segredos que somente a Terra Mãe - que dá nascimento a todos os seres, deuses e mães - conhecem.

Neste grupo de deusas valentes não estão em coro as mulheres com as quais mergulhei minha angústia no exercício da pesquisa etnográfica. A ‘realidade’ de suas histórias sinaliza outros percursos transitados por coros em sofrimento, uma tragédia não

⁹⁷ “Gaia: a mais importante das divindades primordiais, a partir da qual surgiram todas as demais, personificação do planeta Terra e de sua fertilidade, início e fim de todos os seres - Terra Mãe.” (RIBEIRO JR, 2010, p. 63).

⁹⁸ Dédalo é uma referência ao labirinto das cosmogonias do Olimpo. Está correlacionado ao sentimento hierofônico da humanidade. O sagrado como resposta epifânica diante da perplexidade humana, aquilo que Aristóteles chama de espanto. A grande diferença é que Aristóteles trabalha a categoria do espanto (*pathos*) como a primeira forma de estimular a reflexão crítica em busca do conhecimento do mundo. Mas não deixa de ser hierofônica, pois o ‘sagrado’ permeia e funda toda a construção do saber magistralmente sistematizado pela genialidade grega na filosofia.

⁹⁹ “A crença de que os homens foram paridos pela Terra espalhou-se universalmente. Em várias línguas, o ser humano é designado como aquele ou aquela que nasceu da Terra. Crê-se que as crianças vêm do fundo da terra, das cavernas, das grutas, das fendas, mas também dos mares, das fontes, dos rios. Sob a forma de lenda, superstição ou simplesmente metáfora, crenças similares sobrevivem ainda na Europa. [...] até entre os europeus dos nossos dias sobrevive o sentimento obscuro de uma solidariedade mística com a Terra natal. É a experiência religiosa da autoctonia: as pessoas sentem-se gente do lugar. E este sentimento de estrutura cósmica ultrapassa em muito a solidariedade familiar ancestral” (ELIADE, 1992, p. 70).

¹⁰⁰ Cetônicos diz respeito ao fundo da terra. As metáforas do Olimpo (superior) e terra (inferior, mundo sobre qual os deuses decaídos habitam.) Nas cosmogonias gregas dezenas de deuses e deusas do panteão olímpico foram condenados e expulsos para o fundo da terra, mas não perderam suas habilidades e potencialidades. Nas cosmologias judaicas Deus expulsa a mulher do paraíso para o fundo da terra onde habitará, reproduzirá e parirá com dores do parto. (GÊNESE)

¹⁰¹ O deus Tanatos habita os lugares do fundo da terra. Ele ajuda na boa morte. Uma outra deusa do fundo dos pântanos é Artêmis, a deusa do parto. Conhecedora dessas profundezas sabe identificar com extrema habilidade as complicações que podem ser esclarecidas pela suprema Mãe: a Terra, a Gaia.

pedagógica, denunciada pelas bacantes lidas por Nietzsche (1872), no *Nascimento da Tragédia*. Cá nessas paragens há poucas interações com ‘o mundo’ em nossa volta.

A serra de Maranguape ou nos sertões esturricados no Sul do sofrimento, mulheres em agonias no parto não aprenderam ainda sobre lutas de outras mulheres contra o gineceu ortodoxo científico. O diálogo médico ou médica-parturiente toma decisões sobre um corpo aristotélico, no qual aceitar a subordinação do senhorio é a virtude exaltada determinante. “*Ficar quietinha, abrir as pernas, colaborar, não precisar ser escandalosa, atrevida, mal educada, não dar trabalho*” (Dr. Asclépio). A submissão, subserviência, tem como resultado “*um parto feliz*” (Dra. Vênus de Milus), sob “*intervenções cirúrgicas protocolares seguras, científicas*” (Dr. Apolo) irreprováveis ao gineceu.

7.3 De que lado estás, gineceu?

Na Medicina moderna iluminista, o gineceu controla seu corpo e sua alma, ancora as inspirações misóginos sobre *esse ‘animal desvairado’* (PLATÃO, 2007) que voa no corpo das mulheres, e que tem uma história *natural* com determinantes essencialistas, ontológicos e biológicos. “A cientificização da normalidade é, portanto, do interdito, ou o determinismo biológico da desigualdade sexual” (SANTOS, 2006, p. 282) irá garantir ao gineceu práticas sociais higiênicas, moralizadoras, ideologias legitimadoras das desigualdades e das exclusões. O gineceu, nas periferias da miséria social e política, investe com a violência científica e discursiva com seus mantras da sujeição sobre ‘corpos nus’¹⁰². No que diz respeito aos processos reprodutivos, a sexualidade, será objeto das mais inúmeras prescrições e interdições disciplinares.

Tais concepções e práticas sociodiscursivas serão pioneiras para a constituição do discurso médico moderno positivista¹⁰³, que resgata a nostalgia cósmica¹⁰⁴ da ordem diante de

¹⁰² Termo utilizado por Agamben (2002) quando contextualiza a biopolítica segundo as reflexões de Foucault como um mecanismo disciplinar e opressivo sobre as pessoas.

¹⁰³ O positivismo segundo Comte (1939) é uma concepção mística da ordem cósmica para o mundo. Um sistema filosófico tal como uma religião da verdade, irá iluminar o método científico e a ciência com a única, a verdadeira e final palavra da evolução da humanidade. Para Comte a ciência é o primado sagrado da perfeição. Somente a força mística da ciência é capaz de superar o caos, transformando o mundo em *ordem e progresso*, uma perfeita orientação ética da vida social. O Positivismo dotou a ciência médica de sacralidade ímpar, uma mística de poder que nesse aspecto se revela para a humanidade como um poder sagrado, tal é sua força no combate às *des* ordens dos corpos biológicos, políticos e morais. O adoecimento é um sinal do desvio das leis da natureza e seu manancial de perfeição originário do cosmos de onde tudo foi gerado.

¹⁰⁴ Considero que a nostalgia cósmica seja a saudade manifesta das realidades sagradas e suas hierofonias primordiais das que temos notícias da humanidade. O cosmo, afirma Eliade (1992), é em si mesmo a grande hierofonia que terá no primado das narrativas míticas, poéticas e posteriormente filosóficas, o marco desafiador da busca pelo mistério sob o qual a humanidade se sente desafiada a compreender. O discurso médico resgata

um mundo lido como caótico pela primeira e duradoura forma de sistematização do conhecimento que foi o *logos* grego.

Atravessamos, assim, a evolução de um discurso da doença das mulheres ligada ao seu corpo erótico desde Antiguidade Clássica, até a constituição moderna e política da Medicina, isso diante às várias reificações moralistas do pecado contra a castidade, mesmo sob fortes dispositivos de interdição, desde as primeiras fogueiras sobre as quais eram atiradas as mulheres histéricas, bruxas e mulheres indecentes às loucas ao aprisionamento em hospícios ou monastérios.

A doença sob essa concepção científica tem uma história *natural*, intrínseca ao corpo biológico, e esse paradigma foi determinante na Medicina moderna e contemporânea nas décadas áureas da Guerra Fria do século XX. Estamos a contextualizar uma disciplina médica denominada *Epidemiologia*, que tem como objetivo o estudo das doenças nas populações, suas causas e formas de tratamento, e intervenções políticas e cura. (O corpo gera a doença e esta passa a ser compreendida em sua gênese primordial do corpo causador). Com a Medicina Preventiva e Social ressurgem as concepções da História Natural da doença hipocrática e galênica com um viés inclusive ideológico.

A epidemiologia de orientação norte-americana concebe o adoecimento como natural, determinístico, uma desordem do corpo biológico e irá centrar uma forte constituição de modelos de prevenção, intervenção e cura no campo biológico, natural da humanidade. O contexto discursivo do nascimento da epidemiologia coincide com as lutas ideológicas das grandes superpotências no Pós-Guerra, conhecido com Guerra Fria, nos anos 1950. No ocidente liberal a doença é natural.

No mundo comunista uma epidemiologia de orientação marxista irá tratar a doença como um processo dinâmico, social e político, e não natural, determinístico das desordens biológicas. O embate ideológico e epistemológico demarca as fronteiras entre as superpotências e a luta travada pela Guerra Fria contra o comunismo no campo teórico: adoecer é biológico e natural *versus* adoecer é político, social, econômico, um processo determinante, histórico e dialético. Arouca questionará:

Quais são as regras desta prática discursiva que faz renascer no interior do discurso médico a História Natural, como uma das ciências da ordem, fazendo com que elementos da episteme clássica incidam sobre a Medicina contemporânea? (AROUCA, 1975, p. 117).

esse sentimento nostálgico como manifestação do poder dessa sacralidade, que o *logos* grego traduz como *cosmologias da ordem do mundo*. O cosmo, infinito, misteriosos, desafiador (sagrado) e a terra (o mundo profano) exigirá da profissão médica um poder que se estabelece nesse espaço abissal entre a de vida e a morte.

A complexa resposta de sua tese pode ser brevemente a seguir respondida. Ela também ilumina minhas inquietações a respeito desse essencialismo sobre as mulheres.

A História Natural, como uma ciência da ordem, através da estrutura, articula todas as variáveis que podem atribuir-se a um ser e, pelo caráter, marca este ser e o situa em um campo de generalidades, de tal forma que ao designar-se este ser pelo seu nome, este nome conduza a todo o campo de conhecimentos sobre este ser. A Medicina Preventiva toma a História Natural em toda a sua dimensão e faz com que ela opere a reorganização do conhecimento médico. Assim, trata-se inicialmente de definir uma estrutura. A primeira estrutura organiza a História Natural das Doenças em uma totalidade que compreenda simultaneamente a presença e a ausência da doença. Totalidade que se articula com as fases e níveis de prevenção, ou seja, o natural justapondo-se ao técnico, o encontro de uma História que se faz natural com a racionalidade da intervenção e do controle (AROUCA, 1975, p. 118).

As práticas discursivas da Medicina dispõem de poderes e controle sobre os corpos e, ao situar especificamente o das mulheres toda a epistemologia do discurso médico, determina práticas sociais e a legitimação de discursos de controle em nome da ordem.

O lema positivista da ordem e do progresso norteia para a Medicina preventiva e social práticas educativas ideológicas relacionadas à da higiene moral, assim, construindo identidades sociais ideais da maternidade. Um gineceu extremamente complexo e duplamente atuante em nome da ordem, pois além dos dispositivos de intervenção clínicos e cirúrgicos, dispõe de inspirações moralistas em nome de um encontro da Ciência com a história natural, que a racionalidade hipocrática e galênica determinou para o discurso médico. Não estamos a falar de um passado, e sim de nosso contexto contemporâneo sobre o qual a polifonia desses ecos discursivos é forte e inspiradora para muitos eventos do gineceu.

7.4 Um discurso sobre mulheres e impurezas

“Não creio que o homem tenha alguma chance de jogar um pouco de luz sobre as coisas que o assustam antes de dominá-las.”(George Bataille).

Para além de um essencialismo focado nas impurezas do sangue uterino a inundar a bile e tornar todo o corpo negro e pútrido, outra concepção essencialista das cosmologias sagradas do judaísmo ronda mulheres: o mito da castidade com poderosas concepções para enquadrá-las. Porém, não tratarei desse ponto aqui.

No centro do discurso sobre a relação entre mulheres e impurezas, está o erotismo. O erotismo é considerado como sensualidade pervertida e maldita. “O erotismo nasce com a sexualidade envergonhada” (BATAILLE, 1987, p.21). Associado à mulher, o erotismo será fonte do castigo e fará para todo o sempre revolver o corpo das mulheres em dores do parto relacionadas a uma ontologia do interdito e da transgressão numa relação de vida e morte.

A menstruação, o parto e a maternidade terão nas cosmologias judaicas do Antigo Testamento uma normatização do interdito, pois são condições de impureza do essencialismo determinístico das mulheres. O estado de impureza da menstruação e da maternidade é tido como contaminador, e, portanto, onde estão as mulheres, sob tais condições biológicas são recomendadas restrições e processos de purificação. O texto sagrado de Levítico, no Antigo Testamento, é o livro que assenta as recomendações das Palavras de Deus.

De acordo com as cosmologias judaicas, o sangue menstrual e o sangue do parto emanam das impurezas desse interdito erótico em excesso considerado nos corpos, gerando as forças das potências transgressoras. O erotismo é uma força associada ao pecado e, como fruto do pecado, Deus ordena como castigo que o corpo das mulheres sofra em abundância pela culpa em dores do sangramento, da menstruação e do parto¹⁰⁵.

Estes líquidos são tidos como as manifestações da violência interna do corpo da mulher. Por si só, o sangue é signo de violência. O líquido menstrual tem mais o sentido da atividade sexual e da impureza que dele emana: a impureza é um dos efeitos da violência. O parto não pode ser desligado de um tal conjunto: não será ele mesmo um dilaceramento, um excesso transbordando o curso dos atos em ordem? Não terá o sentido da desmedida sem a qual nada poderia passar do nada ao ser, como o ser ao nada? (BATAILLE, 1987, p. 35).

As questões suscitadas por Bataille (1987) não são simples de serem respondidas sem que antes resgatemos como o discurso médico reificará as impurezas da violência interna do corpo das mulheres sob os dispositivos de controle e poder do *gineceu*, que antes era o lugar da interdição-reclusão das mulheres e que será transferido para a ciência médica com

¹⁰⁵ A mulher depois do parto (Levítico 11, 12, 13) requer um ritual de purificação que é estabelecido pelas características do nascimento do filho. “Se uma mulher conceber e tiver um menino, será imunda por sete dias; como nos dias da sua menstruação, será imunda. Depois, ficará ela trinta e três dias a purificar-se do seu sangue; nenhuma coisa santa tocará, nem entrará no santuário até que se cumpra, os dias da sua purificação. Mas, se tiver uma menina, será imunda duas semanas, como na sua menstruação; depois, ficará sessenta e seis dias a purificar-se do seu sangue cumpridos os dias de sua purificação por filho ou filha, trará o sacerdote um cordeiro de um ano, por holocausto, e um pombinho ou uma rola, por oferta pelo pecado, à porta da tenda da congregação. O sacerdote o oferecerá perante o Senhor e, pela mulher, fará expiação; e ela será purificada do fluxo do seu sangue; esta lei da que der à luz, menino ou menina”. (A BIBLIA SAGRADA, Levítico, 1996, p. 151-152).

fortes marcas morais em nome dos ordenamentos de uma sociedade, colonizada por cosmologias sexistas, patriarcais e capitalistas.

A ciência obstétrica organizou uma complexidade operatória e interventiva esplendorosa, magistral, com incontáveis avanços. O parto é um saber que foi adotado pela ciência, embora por milhões de anos tenha sido parte das práticas populares pertencentes aos saberes e sistemas holísticos. Nessas práticas, as primeiras observadoras são as parteiras, ou mulheres mais velhas do grupo comunitário, figuras de um protagonismo milenar no manejo do parto.

Com o advento das práticas médicas científicas, a obstetrícia irá intervir nesse protagonismo, deslocando para o hospital o evento que, agora médico, perdeu sua história natural para uma prática cirúrgica e invasiva. Não estou a renegar os avanços que a ciência médica trouxe para a humanidade. Principalmente, as conquistas da ciência vieram romper com as estatísticas de um passado recente em que a mortalidade no parto era uma questão grave de saúde pública no mundo pobre e periférico, ocasionando ainda milhares de mortes maternas nos contextos geográficos do Sul do Sofrimento.

As palavras da Dra. Vênus de Millus a seguir transcritas, ao defender uma prática profissional diferente de seus colegas, deixa muito claro que há uma opção insurgente contra o grupo de colegas e mesmo de profissionais não médicos que participam do evento discursivo parto.

A natureza determina outras estratégias

Nádia: Dra. Vênus de Millus como você vê o parto humanizado?

Dra. Vênus de Millus: Não corto mulher por cortar, não aplico ocitócico pra acelerar, pra me ver livre logo, se corto a mulher é a última coisa que faço é só quando a vida do bebe corre risco. Se não, não faço mesmo, eu espero, deixo a natureza agir, a natureza vai abrindo os caminhos, é um longo percurso, mas devagarinho vai abrindo e o canal de parto foi preparado pela natureza para que o bebê passe todo, bem direitinho. Infelizmente conheço muitos colegas meus, não só aqui como em outros cantos que não tem essa paciência, e simplesmente cortam e pronto, tá feito. Mas as consequências estéticas e funcionais pra mulher a curto, médio e longo prazo são muito más. A recuperação do parto é extremamente dolorosa, a mulher toda cortada, coitada até pra dar a mama é ruim nos primeiros dias, e depois afeta os músculos do períneo, elastecem-se, e as mulheres relatam que as atividades sexuais são diferentes. E são né, afinal de contas elas dizem que estão mais frouxas,coitadas. E o pior, cortou uma vez somos obrigadas a cortar todas as outras vezes, pois com as contrações o processo de laceração epitelial é violento. Uma vez cortando, a mulher será condenada a sempre cortar o períneo, mesmo que o médico diga: é só um cortezinho, só uma lasquinha de nada, eu acho que se desnecessário eu acho uma violência enorme. Aqui no hospital eu sou a única diferente, e tenho recebido médicos que foram meus pupilos na Residência, eles aprenderam comigo quando eu era tutora deles. Quando chegam aqui ficam fazendo disso uma rotina. Fico danada com eles, mas pronto, que fazer? o plantão é de apenas 12 horas eles não querem deixar as mulheres aí pros outros colegas, e às vezes essa pressa, faz isso mesmo, aprendem modos errados de fazer a rotina.

Ocitócico é um deles. Avisam pras mulheres que o sorinho na veia é pra ajudar na aceleração, ajuda, sim ajuda muito, mas eu num queria pra mim, pois a aplicação dos ocitócicos causa uma contração em cima da outra, e é dor, é dor, a mulher fica em transe de tanto sofrer. A aceleração eu só faço quando tem indicação. Não tendo eu não faço, mas também tem outra questão. É que o parto demora muito mais e as mulheres ficam muito ansiosas, pensam que vão morrer, a gente explica pra elas é mesmo que nada, entra num ouvido e sai no outro. Eu às vezes me canso, deixo pras enfermeiras irem falando, mas agora nem elas querem mais falar, parece que também estão cansadas, por isso eu mulheres, a gente fica assim conversando umas coisinhas, conversando, e assim vão acalmando as mulheres. E mesmo eu acho que não é nosso papel ficar ao lado da mulher no mínimo 12 horas, indo até 23 horas, por isso a grande maioria dos médicos que faz consultório marca o parto cirúrgico. É seguro, é rápido, os riscos são quase zero se houver uma estrutura hospitalar eficiente. Pra que então não optar? Hoje em dia Nádia quem faz parto natural ou é artista, milionária, ou é pobre miserável que não tem direito de escolher. Mas eu sou conservadora, radical mesmo, em todo o meu plantão eu acompanho a mulher, não é ficar em pé o tempo todo, mas a cada 45 minutos, 1 hora, de acordo com a evolução, ir vendo o processo. Quem fica assim integralmente ao lado das mulheres é a mãe, acompanhante mesmo. Sou muito vigilante mesmo. Fico super ligada e deixo acontecer tudo fisiologicamente, naturalmente, não acelero parto, não dou lasquinha em períneo, não faço manobra que deixe mais sofrida a mulher, e fico muito triste com a conduta de meus colegas, e eles foram meus pupilos na R1 quando eu era tutora deles na Residência, pois o parto é decidido pela natureza, a gente só deve intervir quando a natureza determina outras estratégias, e é nelas que a obstetrícia tem seu arsenal científico disponível, o problema é que o arsenal tecnológico vai precisar de toda uma estrutura que as maternidades, e todo o sistema de saúde é falho. Essa é a conversa mais importante. Se a mulher complica, se você não tiver um amigo, um contato, ela não será recebida numa maternidade de referência, e aqui em Fortaleza só tem duas, e na recepção o que tem de mulher nos corredores não é fácil, nunca tem vaga.

Relato 79.

Um dos longos relatos da Dra. Vênus de Millus expande nossa reflexão para um aspecto que merece uma abordagem explanatória crítica: a violência sutil da ciência obstétrica que tem um potencial gerativo de mais sofrimentos em sequelas desconhecidas e insondáveis aos subalternos e leigos, banalizadas e invisíveis, mitigadas em diminutivos: “um sorinho”, “um cortezinho de nada”. A violência científica é irrecusável ao desconhecido e jamais é assim percebida. No máximo ouvimos as analogias das “mãos leves” ou “pesadas” que as pacientes relatam. “*O Dr. era bacana, mas tinha as mãos tão pesadas que na hora que ele apertou aqui minha barriga pensei de morrer*” (Angélica do Rato de Baixo). Ou: “*gostei do meu parto o Dr. tinha as mãos leves, bem levinhas, parecia uma pluma, quase não senti ele me pontiar. Só doeu mesmo foi as picadas das agulhas, mas eu levei 28 pontos, acho que me rasguei toda*” (Cícera das Lages).

Na sequência dos relatos das mulheres é muito comum reclamarem do exame de toque vaginal. Um exame invasivo, que tem o objetivo de identificar a evolução da expulsão do feto. O exame de toque serve basicamente para avaliar a evolução da dilatação no trabalho de parto, a apresentação do útero e a posição do bebê e causa uma dor descomunal. Praticada

inúmeras vezes durante a evolução parturial (de hora em hora), o exame é um grande auxiliar intervencionista, uma exigência protocolar da obstetrícia em atender como a evolução do parto está sendo processada. As mulheres do Sul do sofrimento, atendidas em maternidades públicas, são mais “tocadas” pelos estudantes da obstetrícia.

Chega um grupo de estudantes e o preceptor orienta como fazer, evidentemente fazendo, e depois em sequência, alguns estudantes selecionados. Se o turno virar no plantão, e outra equipe assumir, o processo continua. Somos, assim, corpos nus desprotegidos, de tal forma, que as instituições públicas na área de saúde, principalmente, nos torna cobaias sob martírios invisíveis e banalizados.

A seguir mais relatos nos sofrimentos:

Tô passada na casca do alho

Nádia: Rita, Por favor, como foi ter esse filho?

Rita de Cássia do Rato de Cima: Eu já sei, tô passada na casca do alho, já sei como são as coisas por isso só venho pra maternidade nas últimas, mas mesmo assim a Doutora fez dessa vez foi mais melhor, ela mim avisou, e tem as mãos pequena igual de criança, aí deu certo né, as mãos da Doutora era bem levisinhas, mão de fada mesmo, doeu assim um pouquinho deu pra aguentar ela avisou que de hora em hora vinha, mas graças a Deus só meteu a mão três vezes. Eu cheguei mei dia em ponto, quando foi três horas da tarde o menino nasceu, tive muita sorte dessa vez.

Relato 80.

Uma mão do tamanho do caralho de asa

Nádia: Teve algo no seu parto que não foi legal?

Antônia da Cachoeira: Eu acho as mãos deles dentro da gente pior do que a dor de ter a criança. Se eu pudesse eu num queria, não, se a gente já tá do jeito que tá ainda vem eles de instante em instante meter as mãos aqui na gente eu só falto é morrer. Se êle tivesse pelo menos as mãos leve né, mais o bicho parece que tem mão de gigante, e eu uma tampinha desse tamanho né, ave meu Pai do Céu, é horrível. Eu naquela hora tava com tanta dor aí ele vei e eu com a outra mão atraquei ele, e num deixei: Dei um puxado com os quartos pro outro lado e ele disse que eu ia era matar meu filho mas eu sou baixinha e arribitada disse: morro eu e meu filho mas num deixo não, uma mão do tamanho do caralho de asa. Ele, mim deu um carão e disse que exigia respeito e foi simhora, aí mandou Dona Santa falar mais eu pra convencer. Minha mãe disse que Dona Santa fez os partos dela e nem tinha isso de meter a mão em mulher. Pedi pelo amor de Deus para ela dizer pra ele que num fizesse mais, mais a Dona Santa disse que aqui no hospital é pra fazer que eu ficasse quieta ela ia fica comigo mim ajudar. Ai na derradeira vez eu deixei só Deus sabe, ainda bem que ele quando meteu a mão avisou que tava perto. Mas ainda meteu a mão umas pouca de vez. Horrível!

Relato 81.

Os relatos das participantes são diferentes de contextos holísticos em que as variáveis e estímulos do meio ambiente são totalmente opostos ao nosso modelo. A epidemiologia da mortalidade materna ocorre preferentemente em países periféricos, com condições de desigualdades sociais que determinam condições adversas à saúde de mulheres,

frisando sempre que a concepção de qualidade de vida é condicionada aos mapas políticos de uma sociedade capitalista.

O *sofrimento* é uma categoria muito ligada às esferas filosóficas, existenciais e categorias morais. Uma dor pode ser subjetiva, fruto de uma mulher “*escandalosa, histérica*”, de uma “*descompensada, “mal criada,” “mal educada”, “exagerada”, “nervosa,” “sem vergonha”, “desnaturada”*. Se silenciada, “*educadamente resignada”, “colaborativa”*, esta mulher tem mais “*bons princípios*”, sabe “*se comportar com respeito*”.

De um modo geral, nas práticas científicas invasivas do parto vaginal, os médicos estão no comando interacional proferem com muita frequência essas palavras. E tenho observado não só os médicos, mas membros da equipe de assistência. Ressalto que no grupo de meu estudo, as únicas que assim não se reportaram são as ex-parteiras, que sempre demonstram uma afetividade contagiante, carinhosa, solidária com as parturientes. Parecem estar contagiadas por rituais matriarcais de louvor à vida.

7.5 O sagrado materno em mistérios

O útero continua como a miragem de um animal desconhecido, com um signo: um essencialismo maléfico que espreita vigilâncias, disciplinas e seus sistemas de controles que circulam na sociedade. Se nos sistemas matriarcais as cosmologias nos inspiraram o mistério da fecundação sob as virtudes da Grande Deusa, a enfeitiçar a vida, gerando a vida, há paz nesse mistério.

O próprio *mistério* é o guardião da generosidade e segurança de seus filhos e filhas. O animal infecundo que vaga no corpo das mulheres continua encoberto sob os mistérios que serão lidos pela recente reificação da sacralidade do feminino pela psicanálise freudiana e seus seguidores. Freud (1974) resgatará a linguagem da poética e da mitologia gregas para decifrar das mulheres mais do que uma *matriz e receptáculo da vida*, a caixa de pandora (inconsciente) que vela os mistérios constitutivos do ser em redes, labirintos, perversões, recalques, paranoias, esquizofrenias, histerismos, e demais complexos edipianos.

O inferno do Olimpo e suas cosmogonias são reinantes nesse constructo epistemológico que, de forma magistral, o pai da psicanálise recolhe da mitologia primordial, para desencantar o insondável mundo feminino e sua relação com o eros.

O *sagrado materno* sob os dispositivos misóginos é um texto que se alterará durante os séculos, preservando, porém, constituições primordiais, essencialistas. A *matriz* passa por diversas conceituações e sob à luz do judaísmo, como uma cosmologia dominante

e poderosa é revestida de forte cunho moral, ancorada numa subserviência ao pecado, ao castigo primordial.

Com a instalação do patriarcalismo no mundo ocidental, o lugar do feminino, da menstruação, do parto e da maternidade, da proteção dos filhos, do lar, passa a ser encarado como condição essencialista do lugar das mulheres. Assim o essencialismo é parte de um discurso ontológico sobre o estatuto natural das mulheres com essas condições “na qual mulheres foram excluídas das atividades consideradas mais nobres ou importantes, como a guerra, a filosofia ou o estudo dos livros sagrados” (ABREU, 2007, p. 31).

Nesse contexto, a sacralidade do discurso materno passa a ter uma nova dimensão representativa, duradoura e atual. O materno é revestido de uma sacralidade com “atributos, como passividade, a submissão, a doçura e a humildade” (ABREU, 2007, p. 33), permeado pelo ato sacrificial da doação da vida, um martírio redentor que estabelece um discurso do materno como a condição essencial da dignificação das mulheres: quando ser mulher é ser mãe com todos esses atributos. A “*desnaturada*” é uma condição não só imoral como contra à natureza no essencialismo ontológico do modelo patriarcal que gestou a maternidade.

Das cosmologias de que temos registros no Ocidente, a partir da cultura judaica, conhecemos uma narrativa primordial comum, uma polifonia que recupera a Eva mulher criada para inundar o paraíso de felicidade, até que a desobediência e o pecado selarão para todo o sempre o sofrimento no parto, como castigo sagrado para reparação do maior dos delitos: desobedecer a autoridade divina, masculina, o Deus Pai todo Poderoso. “Vou fazer com que sofras os incômodos da gravidez e terás que dar à luz com muitas dores. Apesar disso sentirás forte atração pelo teu marido, mas ele há de mandar em ti” (GÊNESE 3:16).

Vimos que as cosmologias do parto estão interpretadas em dois grandes marcos na história: como dádiva e como castigo. Vimos também que o parto nas cosmologias da dádiva reveste-se de uma mística da doação e o sofrimento tem uma conotação sublimada em função do objeto de adoração à vida tal como a Deusa-Mãe fecunda cada ser vivente. O sofrimento não é como o concebemos segundo as racionalidades quer políticas, quer cosmológicas, que são sistemas sobre os quais constituímos nossas representações e cognições. Uma ecoafetividade recíproca interliga sistemas em sociedades holísticas, e o parto é um desses eventos do qual todas as forças ambientais, espirituais e simbólicas compartilham e no qual participam ativamente.

Na perspectiva da dádiva, as mulheres e os homens compartilham da parturição como uma experiência comunitária. Não é um fato isolado. É um ritual de toda a família. Não é uma patologia. Requer cuidados como todas as rotinas e processos ritualísticos.

Os sistemas de cuidados são realizados pelas mulheres mais idosas assessoradas pelos deuses da terra. Celebrado como um evento sagrado, o *sofrimento* desse corpo é um misterioso ato laboral intermediado pela Grande Deusa da Terra. Inserido nas redes sistêmicas e integradas à vida, recebe a devoção de toda a comunidade (ÁVILA, 2013). O ato de devoção é compartilhado por todos, idosos, homens, outras mulheres e crianças.

Cada grupo tem um papel importante nesse processo. Cânticos, louvores, mantras, danças, oferendas à mulher e o corpo fecundado pelas germinações da vida que se renova. Porém, nas cosmologias integradas da Mãe-Terra, o parto como evento sistêmico é realizado no ambiente familiar, observado pelas parteiras que aprenderam a manejar ao limite das suas possibilidades, a lidar com as deusas em experiências da parturição.

O sofrimento sob o aporte de tal cosmologia tem outra representação, incomensurável diante de nossas concepções e cognições desde há muito dominada por dois grandes sistemas de poder: o sistema médico, portanto, ligado à Ciência, e o sistema patriarcal, matriz moral e espiritual sobre as cognições do sofrimento.

É impossível traduzir *o sofrimento* sob o aporte da cosmologia da dádiva sem a construção de um diálogo que sustente a verdade de outras práticas e saberes, principalmente nós que fomos colonizados pelas Epistemologias do Norte dominante, que disponibiliza apenas a partir do cânone cientificista como único capaz de gestar conhecimento válido e rigoroso (SANTOS 2008). Comparando as práticas e saberes dos povos em cosmologia integrada à Grande Deusa e aos solos Sagrados de seus filhos e filhas, não podemos estabelecer uma correlação de forças diante do sofrimento no parto.

O parto de nossas práticas sociais é um evento isolado, médico, hospitalar; o corpo das mulheres é objeto de controle total da Medicina, que desenvolveu nos últimos 100 anos um arsenal tecnológico cirúrgico obstétrico. É verdade, que a Medicina tem vindo a contribuir enormemente com a redução da mortalidade materna. Contudo, quanto a essa questão, minha posição é que no contexto de nossa civilização capitalista são muitos os fatores que podem agravar e potencializar a mortalidade materna, tais como o acesso aos serviços de saúde, a realização do pré-natal de qualidade, as condições socioeconômicas de mulheres, água potável, contextos sociais de violência, pobreza e ausência de políticas públicas de cobertura mais eficiente das práticas preventivas na atenção primária de saúde as mulheres.

As impurezas do sangue atravessam desde as cosmologias misóginas, alquimia e a química moderna em inúmeros fármacos que ainda hoje em nosso contexto ocupam lugar de destaque. Quem não se lembra das pílulas do Dr. Rossi, *as cor de rosa*, que purificam o

sangue das mulheres? Ou os elixis de várias denominações, que além de regular o fluxo menstrual *eliminam todas as impurezas do útero*, e também as famosas garrafadas da Medicina, popular tonificantes e purificadoras das *doenças das mulheres, dos corrimentos e das inflamações*, além das *pílulas do mato*, as prateadas que cobrem todas as doenças das mulheres, da tísica, à tuberculose, à sífilis e às impurezas da menstruação.

Desde que o patriarcado judeu domina no mundo como um sistema disciplinar e de controle misógino, suas cosmologias sagradas destacam nas mulheres a impureza nas três marcas desse essencialismo ontológico: “a maternidade, o parto e a menstruação” (ABREU, 2007, p. 51). A mulher em tudo de sua corporeidade passa a ser reconhecida como impureza. O seu sangramento menstrual, visto como castigo, revela essa ontologia negadora do Paraíso. Sob a desobediência divina, as mulheres guardam uma tensão avassaladora, misteriosa, a intrigar e desafiar os padrões canônicos herdeiros dessas cosmologias colonizadoras.

O estatuto ontológico do corpo biológico das mulheres como um recipiente impuro faz do parto e da maternidade condições de absoluta sujeição aos castigos ancestrais das descendentes de Eva. O parto no judaísmo patriarcal é um evento moral, fruto de uma prática de fornicção e as ritualísticas do pós- parto são todas elas de isolar mulheres em rituais de resguardo, penitências e inúmeras sessões místicas de purificação¹⁰⁶ (ABREU, 2007).

Nas civilizações herdeiras do judaísmo, o saber médico racional e científico de acordo com as primeiras formas de narrativas do conhecimento no século V e VI a. C., recolhe e recontextualiza as impurezas da mulheres, elaborando uma taxonomia da impureza. Os textos médicos de referência para a literatura de então (Aristóteles e seus seguidores) “classificam a menstruação como algo perigoso e contaminador” (ABREU, 2007, p. 53).

O corpo das mulheres é um receptáculo de impurezas e as medidas higiênicas são estimuladas através de práticas assépticas e do distanciamento das mulheres e de seus fluxos impuros, que se tornam mais poderosos no pós-parto.

O discurso médico, nas origens de sua sistematização, incorpora a polifonia da impureza em suas várias abordagens clínicas e de prescrições dos cuidados com uma forte influência moral, no momento em que a sociedade grega do Século do Esplendor e da sistematização do discurso racional e filosófico contemporizava com um sistema jurídico e político misógino. As leis mais famosas da época são estabelecidas através do Código de Sólon que não reconhecia a mulher como detentora de parentesco sobre os filhos.

¹⁰⁶ Levítico 11,12, 13, 14, 15.(A Bíblia Sagrada).

No que se refere à maternidade, a política grega, em sua organização doutrinária e jurídica proibia as mulheres de terem qualquer poder sobre os filhos. Não muito diferentes, as leituras dos textos de Sólon espreitam e inspiram as inventividades do moderno Iluminismo, que estabelece luzes ao mundo do homem, referendando às mulheres seu estado de dependência, submissão, muito inspirado pelas reflexões de Aristóteles do século V. a. C.

Em *Política*, Aristóteles de forma seminal destaca a diferença entre homens e mulheres, que são dotados de assimetrias biológicas naturais e espirituais, deterministas pelas leis da vida. Quanto ao sexo masculino, é dotado de características sexuais e psíquicas superiores. As virtudes das mulheres inferiores, tais temperança e coragem. “*A coragem do homem é uma coragem de Senhor, a da mulher uma coragem de subordinada e assim acontece com todas as virtudes.*” (ARISTÓTELES, [Séc. V. a. C.], 1997).

A visão sobre as mulheres, sob a ótica da racionalidade ou da moral misógina, comporá uma prática médica iluminada por essas fontes fundadoras. A Medicina clássica nascente diante de um corpo atravessado por sangramentos não irá identificar os fluxos menstruais como processos fisiológicos ‘normais’, e sim vinculados às imperfeições e impurezas, defeitos biológicos e morais característicos desse corpo considerado inferior.

Galeno, o maior nome da sistematização médica na Grécia Clássica, elabora um tratado médico que até hoje representa um dos maiores patrimônios intelectuais da pesquisa e da escrita médica. Tal como Hipócrates, que o antecederá, Galeno é uma referência fundadora para a Medicina no mundo. Assim refere-se às mulheres: “A mulher é um homem imperfeito, um homem às avessas: os ovários, por exemplo são os testículos menores e menos perfeitos”. Portanto, nessa ótica, a falta de perfeição na mulher é resultante de uma determinação natural das leis de reprodução da espécie. Só poderá ter a reprodução através desse mecanismo anômalo e imperfeito das leis da vida (GALENO *apud* ABREU, 2007, p. 52).

Nos tratados médicos romanos de então, os poderes maléficos das mulheres e suas imperfeições e impurezas menstruais são citados por Plínio¹⁰⁷ na obra prima da humanidade, *História natural*.

O sangue da mulher em contato com o vinho novo o azeda, se a mulher menstruada passar numa safra será toda estragada, as sementes secam, as frutas das árvores

¹⁰⁷ Caio Plínio Segundo (23-79 d. C), médico naturalista romano, sua obra prima é a *História Natural*, hoje dividida em 37 livros, fonte primordial do conhecimento científico de que a Antiguidade Clássica era possuidora, e que inclui o que hoje abordamos em disciplinas científicas distintas como a Física, a Matemática, a Astronomia, a Geografia, a Botânica, a Zoologia, a Medicina, a Farmácia, etc (Biblioteca Nacional de Lisboa. Biblioteca-CDI da Faculdade de Medicina de Lisboa - Os Livros do Mês. Disponível em: <http://www.fm.ul.pt/pub/biblioteca/livro_do_mes_expo.pdf>. Acesso em: 25 fev.2013.

caem antes do tempo, os enxames de abelha morrem, o bronze e o ferro ficam imediatamente tomados pela ferrugem, e o ar fica empestado com um odor horrível; prová-lo enlouquece os cães e contamina as suas mordeduras com um veneno incurável. (PLÍNIO *apud* por ABREU 2007, p.54).

Para a Medicina moderna, os textos fundadores da prática médica remetem às cosmologias da purificação a inspirar cerimoniais, juramentos e práticas. Seu passado, em muitas das questões morais e mitológicas de seus ritos protocolares, é relido e reformulado noutras esferas científicas com avanços que, para Galeno ou Hipócrates, talvez fossem impossíveis de pensar. O saber médico representa a inspiração política, moral e religiosa como sustentáculos para suas taxonomias. A Medicina encarna ideologias sexistas, patriarcais, colonizadoras.

É muito tênue a fronteira entre mito, moral e ciência e por vezes há estranhas redes de interlocução e isonomias. O gineceu, que era lugar da segregação das mulheres na Antiguidade Clássica e Helênico-Romana, transformou-se em Ciência: a ginecologia, e como ciência irá tratar das afecções e patologias femininas, imprimindo nos últimos 200 anos uma forte carga higiênica purificadora sobre este objeto as mulheres e seus desregramentos maternos, morais. Um gineceu, a cuidar da saúde dos órgãos reprodutores sexuais das mulheres fontes de muitas misérias biológicas, espirituais e morais.

Atravessando o gineceu, o discurso médico moderno faz ressurgir a mitologia e suas agonias gregas, passionalidades e perversões na alma na psicanálise freudiana, que reifica o feminino como fonte das tramas humanas. Freud irá dizer que toda a causa das misérias humanas estará na nossa incompetência natural de não termos um pênis – o que torna difíceis as interlocuções e diálogos com a moral civilizatória.

O complexo de castração peniana das mulheres gera as loucuras e barbaridades humanas descritas nas diversas patologias dessa inveja, que a civilização consolidou nos seus critérios morais. Nesse espaço discursivo as mulheres, a sexualidade e a moral são determinantes na constituição do sofrimento da humanidade *e do mal estar na civilização* (FREUD, [1929], 2011).

7.6 Que animal és tu, útero?

Por muitos milênios, a fecundação será um mistério para os sistemas de interpretação da humanidade. Insondável, é narrada pelas cosmologias, cosmogonias,

*lógos*¹⁰⁸, socrático, platônico, aristotélico, médico hipocrático, galênico etc., É da Grécia que somos irremediavelmente tributários dos sistemas de conhecimento e suas magnas inquietações.

A fecundação faz das cosmologias primordiais o objeto mágico, intrigante, pacificado pelo mistério ornado de escuridão e luz. O sonho da razão no Ocidente constrói inúmeras possibilidades para decifrar enigmas; contudo, o mistério do útero irá conduzir ao longo do caminho mulheres em trajetórias morais e espirituais de intenso sofrimento. O útero envolto em diversos enigmas selará as mulheres com uma cumplicidade intrigante aos homens, enfeitando-os e amedrontando-os. Esse fascínio foi determinante para compor o estatuto da opressão e violência contra as mulheres da sociedade misógina.

A anatomia da era esplendorosa da Grécia destaca a imperfeição do corpo da mulher em relação ao corpo do homem “e os médicos a partir do século IV a. C., aventaram a hipótese de a menstruação ser sangue que circula pelo corpo, podendo provocar a tuberculose se penetrar nos pulmões” (ABREU, 2007, p. 53).

Para Platão, o útero é compreendido *por suas reminiscências* como um animal insatisfeito e zangado por estar infecundo. O genial filósofo do mundo das ideias perfeitas afirma que esse órgão vagava pelo corpo das mulheres desde que infecundo e, como um animal desgarrado, causa muitos problemas psicossomáticos às mulheres: “é um animal dentro de um animal” (ABREU, 2007, p. 55). Posteriormente, o discurso médico destacará as patologias do feminino como originadas no útero. Essas patologias irão dominar as epistemologias científicas, causando histerias, convulsões, psicoses, possessões demoníacas, e demais patologias, que, para além da obstetrícia e da religião, desaguarão na psiquiatria e posterior psicanálise.

A Medicina, ao longo da história ocidental, incorporou os mitos, mistérios e reflexões dos primeiros pensadores e médicos da Antiguidade Clássica e depois, com as prescrições do judaísmo cristão, conceberá as mulheres como corpos imperfeitos, impuros. Essas crenças serão iluminadas pelas interdições morais do patriarcado, que irão desencadear ao longo da tradição ocidental um marcante processo de flagelação e sofrimento à mulher.

O discurso médico no contexto da era clássica grega e depois romana, medieval, moderna e iluminista constituiu o corpo feminino como modelo de imperfeição anatômica, fisiológica e funcional, diante do corpo masculino perfeito. Quanto ao corpo feminino, perduram discursos de uma ontologia misógina: o corpo das mulheres imperfeito, é

¹⁰⁸Lógos: “Termo da semântica grega que concentra os significado de razão, pensamento, discurso e realidade conhecíveis” (CHAUI, 2002, p. 39).

importante para a procriação da espécie. A função reprodutora vai encontrar na modernidade um discurso médico propício para estudar esse modelo de imperfeição biológica, mas responsiva aos interesses higiênicos populacionais e da saúde pública para a sociedade capitalista.

A Medicina hipocrática, galênica, que tanto contribuiu para a constituição da prática científica médica nas posteridades históricas do Renascimento e modernidade assevera, que o corpo feminino é um homem às avessas. Vesálio (*apud* Rodrigues, 2013) em *De Humani Corporis Fabrica* [1543], considerado o criador da moderna anatomia, identifica a matriz (útero) com um pênis invertido, uma deformação do corpo masculino.

O útero e as mulheres serão, ao longo da evolução científica da Medicina, um fascínio carregado de mistérios a desafiar a objetividade científica que, mesmo diante da rigidez lógica da racionalidade ampliada com os inúmeros avanços da radiologia e da computação do século XXI, consegue sustentar o aparato dessa linguagem mágica, híbrida entre o profano e o sagrado.

Rodrigues (2013, p. 12), ao comentar sobre o mistério do parto, sugere que “é um momento privilegiado da passagem entre o segredo do útero e a realidade da vida, através da qual um novo ser vai ter acesso à identidade terrena, o que gera um fenômeno de religiosidade inevitável e de contornos filosóficos variados e profundos”.

A vida gerada, e a sua sequência embriológica e fetal, até evoluir para o nascimento, não deixa de ser tecida sobre a fé, a espiritualidade, a religiosidade e o misticismo, tal como os eventos que encantavam os homens primordiais ao debruçarem-se no colo da Deusa Mãe. O parto é em si mesmo um evento mágico, que sempre desperta em de todos os protagonistas angústias, incertezas e mistérios, como assinala o Dr. Apolo:

O parto é um segredo que só a mãe e Deus sabe.

Nádia .Deseja falar mais alguma coisa do parto?

Dr. Apolo: Não há em nenhum deles, certezas apenas fé e esperanças. Por isso eu duvido em sua consciência, duvido que haja qualquer obstetra que diante do parto, seja normal ou cirúrgico não seja envolvido numa carga de stress, ansiedade e até um certo medo. O parto é um segredo que só a mãe e Deus sabe e a gente tá ali como observador, por isso o nome obstetra quer dizer o que observa, e nesse processo não há como não apelar para os Santos, Deus, sei lá o quê, mas que você não faz um parto sem essas conexões não faz. É muita emoção, emoção da mulher, quando ela escuta o choro do filho, a gente aprende que esse momento de fato é muito especial, muito misterioso, muito importante.

Relato 82.

7.7 Uma epistemologia médica contra-hegemônica

A pior alegação contra mim é a de que não vim de suas escolas nem escrevo com base em seu conhecimento. (Paracelso, século XVI).

Paracelso¹⁰⁹, no século XVI, no alvorecer da modernidade científica, é um médico¹¹⁰ que desenvolveu estudos defendendo suas teorias na arte de curar contra o sistema médico dominante. A primeira teorização médica europeia opõe-se à teoria dos humores preconizadas pelos médicos da tradição aristotélica-hipocrática-galênica, baseada na teoria dos quatro humores existentes na humanidade gerativas das doenças, e que foi refutada por Paracelso no alvorecer da ciência nascente na modernidade (GOTTLIEB, 2007, p. 496).

Suas teorias são importantes contribuições para uma prática da Medicina humanizada no cenário contemporâneo, ressurgindo no momento em que a ordem discursiva médica no Brasil está sendo questionada pelo *discurso da humanização em saúde*¹¹¹ patrocinado pelo Ministério da Saúde.

O discurso da humanização - não como um programa de governo, mas uma política de Estado - preconiza uma ação médica na qual o paciente seja tratado em sua integralidade biológica, psicológica e social. Um desafio da arte de cuidar para além de protocolos eminentemente clínicos, ressalta a performance médica como *humana*, ou mais próxima do paciente, menos assimétrica e resolutiva¹¹².

E no tocante às pesquisas bioquímicas, farmacológicas e clínicas aliadas a uma prática da Medicina com total dedicação e humanitarismo ao paciente, Paracelso é acusado de ser um mago, pois alia para além da dedicação pessoal aos estudos e pesquisas das morbidades, considera que não há tratamento de doenças apenas, e sim de doentes. Nesse sentido, o *humano* de Paracelso alcança o processo comunicacional medico-paciente, o diálogo como meio de propiciar caminhos de entendimento e fortalecimento do vínculo terapêutico. Vejamos uma de seus escritos:

¹⁰⁹“Como o médico pode conhecer o homem, no qual todo o céu e a terra estão presentes, se não conhece o firmamento, os elementos e nem o mundo?” (PARACELSO, 1493-1541).

¹¹⁰ Theophrastus Philippus Aureolus Bombastus – Apelidado de Paracelso (1493-1541). (GOODRICK-CLARKE, 2007). *Para* quer dizer além, superior a Celso, o médico romano mais importante da antiguidade clássica que elaborou diversos tratados médicos, sendo o mais conhecido os sinais clínicos da inflamação (dor, calor, rubor e tumor) até hoje absolutamente insuperáveis diante de todo o avanço científico da ciência.

¹¹¹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 26 jul.2012.

¹¹²Evidentemente que o discurso da humanização centraliza-se no desempenho individual do médico ou médica, e falha por não apontar aspectos estruturais e políticos fundamentais da gestão e justiça na saúde pública no Brasil, uma discussão ética bastante problemática.

Acusam-me de que meus textos não são como os deles; o que não é minha culpa, mas uma falha de seu entendimento, pois meus textos fundamentam-se não só no experimento, mas na evidência...[...] Eles têm boa causa para se queixar de meus escritos, porque ninguém grita, a não ser que esteja ferido; ninguém é ferido, a não ser que seja sensível, passageiro e impermanente. Clamam porque sua arte é frágil... [...].gritam porque os ofendi; este é um sinal de que estão doentes em sua Medicina; essa doença é a luta contra mim (GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 79).

No que tange à mulher, Paracelso empreende a pesquisa em busca das curas das doenças como um mago, um ocultista e todas as referências sobre suas proposições epistemológicas estão no discurso médico, como míticas e lendárias. O útero receberá de Paracelso uma concepção médica ligada à natureza das mulheres, à sexualidade e à reprodução. Sua compreensão de mundo, saúde e doença, nas relações entre o *microcosmo* e o *macrocosmo*¹¹³, destaca que a mulher é um evento complexo, integrado à teia da vida, fazendo parte, portanto, de uma integralidade com a natureza, na dádiva da vida pela Mãe Terra.

Nas primeiras décadas de 1980, no Brasil, o movimento sanitaria higienista refutará essas histórias, mas Paracelso¹¹⁴ não será citado em nenhum texto. Sua voz continua isolada no alto Renascimento europeu e ele é lembrado no Iluminismo científico e filosófico como um místico, um bruxo, um escritor obscurantista e, como uma lenda, permanece enfeitado para as páginas ortodoxas das epistemologias colonizadoras e canônicas¹¹⁵.

A recente redescoberta de Paracelso vem com o novo movimento ecológico no mundo neste início do século XXI, que busca entender suas ideias que se relacionam ao o holismo, e à expansão de um movimento de prática alternativa de uma Medicina voltada para a integração dos seres humanos com homem e natureza, o movimento das mulheres pelo direito ao parto natural no Brasil, ao movimento de mulheres em âmbito mundial, que lutam pela dignidade das mulheres, expondo em eventos de protestos seus corpos despidos.

As epistemologias do Sul, Santos

¹¹³ Microcosmo e macrocosmo são concepções inventadas por Paracelso em sua obra: *Astronomia magna* ou toda a sagaz filosofia do grande e do pequeno mundo (GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 34).

¹¹⁴ “Segui-me, pois, Avicena, Galeno, segui-me, e não eu a vós,[...] segui-me, vós que sois gregos, árabes, israelitas, segui-me, e não eu a vós. Paracelso, sec. XV, I.viii.56, (GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 80)

¹¹⁵“A pior alegação apresentada contra mim é a de que não vim de suas escolas nem escrevo com base em seu conhecimento. Se eu escrevesse dessa forma, como escaparia da punição por mentir, visto que os escritos antigos são abertamente falsos? O que, então, pode vir deles senão a falsidade? Quando quero escrever a verdade sobre a Medicina que praticam, sobre seus estudantes, mestres e preceptores, parecem se unir em comum acordo, pois de repente todos se põem a gritar sobre o que é Medicina e seu clamor precisa ser exposto tanto quanto a arte que praticam. Assim, se tento escrever a verdade a respeito, devo ressaltar em que bases apoiam a verdadeira Medicina, para que as pessoas julguem se tenho ou não autoridade para escrever (PARACELSO, 5,2,DAS BUCH PARAGRANUM) - Paragrano era o nome que Paracelso dava às partículas mínimas empregadas na composição dos remédios (1529-1530 *apud* GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 80).

visa a propor a recuperação dos saberes e práticas dos grupos sociais que, por via do capitalismo e do colonialismo, foram histórica e sociologicamente postos na posição de serem tão só objeto ou matéria-prima dos saberes dominantes, considerados válidos (SANTOS, 2008, p. 12).

Ao trazer ao debate o discurso médico contemporâneo e o posicionamento de uma epistemologia da prática médica, segundo Paracelso, chamo atenção para um discurso médico contra-hegemônico, que emerge num contexto distante historicamente de nossos cenários, não considerado válido pelos saberes dominantes ontem e hoje.

Um posicionamento rebelde de Paracelso diante do domínio intelectual das autoridades antigas e dos textos da tradição, que predominava tanto no contexto medieval como renascentista, reivindicam “a insistência de Paracelso no tocante à união entre pesquisador e objeto” (GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 38), crucial aos modos de pensar as epistemologias contra-hegemônicas.

Paracelso, contra-argumentando a Medicina clássica de bases aristotélicas, hipocrática e galênica, refuta a tese da doença e adoecimento como um evento originário do campo biológico. Paracelso elabora a primeira grande proposição de uma Medicina da complexidade e situa a doença como um processo sob determinantes e variáveis sociais, políticas, espirituais, que situam o ‘útero como um animal errante a voar no corpo da mulher’, a gerar humores ou fluidos biliosos e impuros.

O útero, até então chamado *matriz*, é defendido por Paracelso como um *receptaculum* que gera as sementes da vida. Evidentemente, esse receptáculo será mantido também por uma mística, pois aos olhos do *Alquimista* seria mesmo difícil não reverenciar nas entranhas da mulher o altar sagrado da perpetuação da espécie.

A Medicina hipocrática e galênica está constituída “na teoria dos quatro fluidos, ou humores, principais do corpo (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra), que determinam o temperamento do indivíduo” (GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 42). A predominância do sangue sobre outros humores constitui os dispositivos geradores da saúde e da doença. Nesse aspecto, o corpo das mulheres é inundado por sangues menstruais em abundância causados por essa imperfeição *natural* do corpo feminino, com impurezas, portanto, geradores de afecções e outras mazelas produzidas por seus sistemas internos, advindos desse “animal infecundo a voar perdido no corpo da mulher” (PLATÃO, Século VI. a. C.). Nessa perspectiva, o corpo feminino é afetado com desequilíbrios da coragem, torna-se apático, em

consequência “da bile enegrecida provocando consequentemente irascibilidade, melancolia, promovendo introspecção, tristeza e depressão” (GOODRICK-CLARKE, 2007, p. 42).

Segundo Goodrick-Clarke (2007, p. 43), Paracelso “construiu uma epistemologia médica pioneira que se opõe à antiga Medicina Humoral e às ideias relacionadas”. Ele nega e rejeita a suprema importância da constituição e sua ordem interna na patologia antiga” como é defendida pela Medicina galênica, ou a patologia ou humores, principais do corpo (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra).

O discurso médico sob a inspiração de Paracelso sugere que a prática profissional médica não pode ser dissociada de um profundo envolvimento entre o *Eu e o Tu*, como defende em sua obra *Labyrinthus medicorum errantium* (1583), “*O labirinto dos médicos errantes*” (GOODRICK-CLARKE, 2007).

Uma obra prima da clínica, da investigação e da escuta, processo que só teria êxito numa profunda interação face a face entre médico e paciente, perscrutando a complexa subjetividade do ser integrada à natureza biológica, psicológica e social. A escuta clínica não de um órgão, ou apenas de um sintoma isolado, mas esse *labirinto muitas vezes errante*, pois exige do médico um esforço intelectual, teórico e humanista para detectar como a doença é atravessada pelas condições culturais, espirituais do ser, nessa interação entre o micro e o macrocosmo.

Labyrinthus medicorum errantium (1583) está para além de um tratado clínico transgressor: é revolucionário no que diz respeito à ação médica eticamente comprometida com a vida. Paracelso sugere uma práxis ousada na arte de intervir, escutar e curar o doente. O caráter errante dessa prática resgata o papel do servo andarilho pelas estradas do mundo a socorrer os aflitos. A errância como uma marca epifânica do médico ou da médica seria uma força capaz de deslocar a cognição para além dos limites impositivos do conhecimento, e ousar atravessar o impossível em busca das forças curativas.

O ato médico seria uma *missão sagrada* que diante do sofrimento nada impediria o espírito de sacrifício, a devoção e a pesquisa em busca de soluções e curas. Era um obstinado pesquisador da química em busca de soluções para os casos, pois os médicos confinavam muitas das doenças de então irremediavelmente ao fracasso e à morte das pessoas.

A Medicina de Paracelso soa às nossas cognições como uma profissão para além dos limites humanos. Essa crença tem contribuído em todas as esferas do conhecimento médico para o alcance de grandes conquistas no âmbito da saúde o que tornaria o médico ou a médica mais que um profissional da vida e da morte. *Um (a) xamã, um (a) alquimista?*

No tocante ao útero (*matriz*), Paracelso afirma que ele tem como essência o *corpuslimbus*, o barro da vida, de onde proliferam as sementes da fecundação. A Medicina tradicional atribuía que a geração de um novo ser as sementes inoculadas pelos homens, sendo que o útero materno é apenas o receptáculo para a uma progressão germinativa.

Paracelso nos fala da *matriz* na interação de um *corpuslimbus* integrado ao micro e macrocosmo político e social. Essas ideias vão além das concepções canônicas da Medicina clássica. Paracelso, nos primórdios do século XXI, é patrocinador de uma *Epistemologia do Sul*¹¹⁶, que necessita ser revisitada. Mas as explicações de Paracelso e suas proposições para uma práxis médica avançada e humanista perderam-se diante das imposições canônicas que continuariam a patrocinar muitos sofrimentos às mulheres por disporem de “um animal” no útero. Elas, mães, mulheres, santas ou feiticeiras por muitos instrumentos continuariam a receber os castigos desse essencialismo ontológico inscrito nos sistemas de conhecimentos, que ainda transitam e são reverenciados em muitas instituições dos patriarcados, colonialismos e capitalismo (SANTOS, 2006), categorias que nas ‘bifurcações’¹¹⁷ (PRIGOGINE, 2009) da História podem encontrar novos discursos que reinventem alternativas e experiências possíveis ao pensamento dominante¹¹⁸.

O discurso médico, preso aos modelos epistemológicos da tradição na obstétrica, vem encontrando uma resistência nas ruas em favor do parto natural e da presença das doulas, no ambiente hospitalar, um dado interessante na agenda política brasileira. Nesse cenário de lutas temos como pano de fundo o discurso da humanização do parto, que nos últimos anos é um discurso institucional, veiculado pelo Ministério da Saúde no Brasil, conclamando uma assistência mais humana da práxis médica.

¹¹⁶ Epistemologia do Sul é um termo defendido por Boaventura de Sousa Santos e representa a contra produção de conhecimentos das vozes periféricas e insurgentes contra o colonialismo epistemológico do Norte imperialista e seus conhecimentos hegemônicos e canônicos, que estão a dominar o mundo ocidental desde a modernidade. A esse respeito comentamos no Capítulo 4, seção, 4.1.2, p. 126.

¹¹⁷ “Estamos diante do fim das certezas e do aparecimento de uma pluralidade de futuros. Essa assertiva conduz a uma visão histórica da natureza. A geometria era o modelo da física clássica, modelo esse cujo exemplo supremo reside na relatividade geral de Einstein. Mesmo nas ciências duras vemos agora aparecer um elemento histórico narrativo. A flecha do tempo implica o aparecimento de acontecimentos, de novas manifestações que atestam a criatividade da natureza” (PRIGOGINE, 2009, p.111). O diálogo transdisciplinar das ciências duras com as ciências sociais são exemplos de traduções, inteligibilidades e podem sugerir a criação de mudanças que superem o pessimismo determinístico causal das leis da natureza (físicas, sociais e políticas) impeditivos da emancipação social.

¹¹⁸ “Na América Latina os movimentos feministas, indígenas e de afro-descendentes têm estado na frente da luta por uma ecologia dos reconhecimentos. O reconhecimento da diversidade social e cultural dos sujeitos coletivos que lutam pela emancipação social, a variedade das formas de opressão e de dominação contra as quais combatem e a multiplicidade das lutas em que se envolvem. Esta diversidade conferiu uma nova visibilidade aos processos que caracteriza, as dinâmicas diferenciadas e desiguais do capitalismo global e as formas como nele se geram diferentes tipos de contradições e lutas (SANTOS, 2006, p. 111).

O parto é um evento discursivo, que está na pauta das insurgências nos movimentos das mulheres que denunciam a violência do gineceu e conclamam para a humanização da prática obstétrica, que é o parto natural, fisiológico sem abordagens aceleradoras, invasivas e ou cirúrgicos (cesarianos).

O Brasil é um dos países que mais se faz parto cesariano no mundo e o Ministério da Saúde vem aditando práticas de estímulos ao parto natural. Inclusive na tabela do SUS, há 10 anos, a intervenção cesariana era supervalorizada em detrimento ao parto normal. Hoje é o contrário: o parto normal é um procedimento mais caro. Mas, nem por isso, os profissionais em sua grande maioria optam pelo parto normal e, de acordo com os participantes desse estudo, a questão é de tempo e facilidade na evolução do parto cesariano, que do ponto de vista de planejamento é muito mais cômodo para todos, com riscos mínimos para as mães. Contudo, o parto humanizado hoje é compreendido como o natural, não cirúrgico. A este respeito, o Ministério da Saúde desde (2002) instituiu o programa nacional do parto humanizado que considera um importante conjunto normativo e protocolar para superar a mortalidade materna. Sobre essa legislação vejamos o relato:

A mulher sofre muito mais é com o parto natural, o que considero mesmo desumano

Nádia: E o parto humanizado? Como o Dr. vê a posição do Ministério da Saúde?

Dr. Asclépio: Esta é legislação só funciona para mulheres pobres, pois quem pode pagar um plano, ou mesmo particular, não quer sofrer no parto vaginal. É nas maternidades públicas que mulher morre de parto e suas complicações, duvido que numa maternidade de boa qualidade, com toda a infraestrutura técnica e científica venha uma mulher rica morrer de parto cesariano. Mas também essa exigência de não se fazer parto sem dor é uma coisa muito sem lógica, pois para mim, a mulher sofre muito mais é com o parto natural, o que considero mesmo desumano.

Relato 83.

A legislação do parto humanizado, segundo o Ministério da Saúde, preconiza que a mulher deva ser tratada com dignidade, sem isolamento, acompanhada por familiares, parceiro, marido, ou namorado, e o parto deva ser sem procedimentos invasivos e cirúrgicos, até que se esgotem todas as opções clínicas que possam garantir a evolução laboral do parto vaginal sem complicações.

Uma das questões em pauta é sobre a presença das doulas ou amigas do parto, que podem assistir mulheres nas maternidades públicas, oferecendo às parturientes gestos de amizade e solidariedade que consta da legislação do parto humanizado. O parto humanizado no Brasil (2002) é considerado como o não cirúrgico ou cesariano. Esse discurso é refutado pelos médicos obstetras desse estudo, pois defendem que todo parto é humanizado: “Uma cesariana é tão humanizada tecnologia médico-cirúrgica, como é o parto vaginal não invasivo.

O que torna o parto humano ou desumano não é a escolha operatória, e sim o cuidado e a ética profissional neles empregados” (Dra. Helena de Troia).

O protagonismo dessas mulheres surge no momento em que a ordem discursiva da Medicina e a interação médico ou médica e mulheres nas maternidades no *Sul do Sofrimento* é colocado como problemática. Para além de uma boa assistência médica, pautada numa racionalidade protocolar científica e clínica, o *humano* parece para muito desses momentos, *intraduzível* pelas fronteiras e margens ‘abissais’¹¹⁹, entre médicos e mulheres. Ao utilizar o termo ‘abissal’, faço-o por considerar que no evento discursivo parto as posições entre médicos, médicas e mulheres, em muitos desses encontros entre *EU e TU* são de fato insondáveis.

Eu tinha 6 anos e entrei no mundo das drogas.

Nádia: Antônia, do que você lembra no seu parto, poderia falar para mim?

Antônia: Sobe na minha cabeça essas coisas assim, quanto eu penso e que me maltrata tanto... Eu tinha 6 anos e entrei no mundo das drogas. Uma mulher me levou...comecei a cheirar entorpecente. Aí fiquei menina de turma, fazendo tudo. Minhas amigas, meus amigos todos já morreram, só escapou eu. Eu tinha 14 anos tava lá na pracinha e um home me chamou. Você quer ficar comigo? e eu tiro você dessa vida. Ele tava bebendo e perguntou se eu não queria ficar mais ele. Eu tava na praça dançando, bebendo. Ele me chamou. Ele é o pai dos meu quatro menino.

Nádia: Você conversou essas coisas da sua cabeça com a médica que fez seu parto?

Antônia: Não, eu tenho vergonha, com as Dra, a gente só diz mesmo as coisas que ela pergunta. Mas ele tinha uma mulher, ela dava às coisas prá ele, e agora eu peguei esse bucho dele de novo. Mas ele num deixa ela, meus fi, minha mãe toma de conta, esse aqui eu acho que vou dar. Eu num consigo sair das drogas. Tô nessa vida mermo, e só falta eu pra morrer, mas num queria morrer não, agora desse minino que pode ser um dia a minha salvação, né cuidar de mim quando eu ficar velha... assim essas coisas que eu mais me alembro na hora que eu tava tendo minino. Relato 84.

Já teve um horror de minino e dá escândalo desse jeito!

Nádia: Dona Francisca, gostaria de dar um palavrinha com a senhora, é possível?

Dona Francisca: depois não minha fia.

Nádia: Gostaria de saber como foi acompanhar o parto de sua filha, estar assim ao lado dela, ajudando nessa hora.

Dona Francisca: ela deu muito trabaio como sempre. Ela dá muito trabaio derde minina que mim dá trabaio. Nesse parto deu um escândalo, botou muito boneco¹²⁰, desrespeitou a Dra., chamou um bucado de nome. Fez todo o tipo de estripolia, o minino nasceu avoadado. Ela não se segurava na cama e o minino saio sozinho e a Dotora. pegou o minino parecia um peixe voador. Já teve um horror de minino e dá escândalo desse. Eu sei que todo mundo tem dor, mas essa aí é assim mermo. Ela é tão mal-educada que num sabe segurar a dor. Toda mulher tem que saber segurar as dor. Deu chute, gritou, (...) fez a maior esculhambação (risos).

Relato 85.

¹¹⁹ Abissal é um conceito de Boaventura de Sousa Santos, que significa a não possibilidades de diálogos entre oposições de conhecimentos e saberes. Ao discutir como o conhecimento canônico do Norte epistemológico não contribui com as mudanças sociais no *Sul do Sofrimento*, defende o espaço de diálogos possíveis denominado diálogos pós-abissal entre epistemologias do Norte e do Sul e crítica pós-colonial.

¹²⁰ “Botar boneco” é uma expressão do cearençês que significa implicar, resistir deseducadamente, criar problemas, confusão, teimar, imbuanceira, briguenta. As mulheres que ‘botam boneco’ no *Gonzaguinha* geralmente o fazem em transes dolorosos de sofrimentos.

Tipo da mulher mesmo bonequeira, escandalosa.**Nádia:** Dra. Helena de Troia e o parto da Antônia?**Dra. Helena de Troia:** O parto foi simples, o bebê quis nascer logo. Foi tranquilo, mas a mãezinha estava muito, muito chorosa, gritava muito, e é o tipo da mulher mesmo bonequeira¹²¹, escandalosa. Chutou, falou palavrão, e nessa hora dos palavrões eu dei um basta. Fui lá e disse: olhe, eu sei que você está sofrendo, mas não posso evitar esse sofrimento. Você está sofrendo e a dor só passará quando o neném nascer. Não adianta falar palavrão, gritar desse jeito, desrespeitar as pessoas assim, isso eu não admito. Estamos aqui para fazer o melhor para você e seu filho, deixe de ser escandalosa. E mal acabei de chamar sua atenção, o neném nasceu rapidinho, não deu tempo nem eu colocar as luvas, peguei ele no ar, sem luvas, sem nada, quase escorrega em minhas mãos...(risos) (grifos meus)

Relato 86.

Afinal de contas, o evento discursivo parto é complexo, um labirinto que preserva a força desse mistério, um ordálio a exigir de muitas mulheres uma conversão à dádiva de difícil tradução. Lembranças ressurgem, durante os espasmos e contrações, dores transbordam outras paisagens de angústias, que talvez mereça das amigas do parto (doulas) o olhar atento e a tradução possível, não alcançadas pela escuta clínica médica, e sim pelos conluios e solidariedades das angústias de mulheres em comunhão mais próximas delas.

No *Gonzaguinha*, mulheres amigas do parto participam dessa comunhão com muita intensidade. As doulas são as ex-parteiras que agem nas *sombras* e, para além de amigas do parto, preservam do seu passado de comadres e mães os valores da tradição, que remete a lugares distantes no tempo do parto humanizado em sua feição mais holística.

7.8 Mulheres na sombra

O Ministério da Saúde, no Brasil, dá direito às doulas de participarem na assistência ao parto humanizado. No dia 1º de fevereiro de 2013, o Ministério do Trabalho no Brasil reconhece oficialmente a profissão das doulas. Compete às doulas assistirem ao parto natural em ambiente hospitalar, promovendo práticas colaborativas junto às mulheres, tais como conversar e prestar solidariedade.

A presença das doulas em relação ao campo de estudo é controversa. A maioria dos médicos com os quais desenvolvi a pesquisa etnográfica não gosta de suas presenças por considerar que o evento é médico, uma prática estritamente do domínio da Medicina, não podendo ser compartilhada por outros saberes. Nesta pesquisa no *Gonzaguinha*, a presença

¹²¹ ‘Mulher bonequeira’, “escandalosa”, “mal educada”, “atrevida.”

das ex-parteiras¹²² situa-se nessa interface: eram as tradicionais parteiras, mas seus serviços foram dispensados. Por consideração, o gestor municipal quando acabou com A Casa de Parto de Amanari resolveu reintegrá-las ao hospital, na condição de trabalharem como ex-parteiras, sem qualquer intervenção, apenas como ‘amigas do parto ou doulas’.

De suas extraordinárias vivências e sabedorias do passado, muitas lições continuam nas sombras. Apenas podem ser amigas, e nessa condição interdita pela ciência médica, as ex-parteiras desempenham de forma magistral o respeito às prescrições institucionais. Suas práticas de solidariedade são por nós relidas em inúmeras polifonias de vozes, muitas delas indispensáveis no manejo com o sofrimento, articuladas num murmúrio que sinaliza, aos meus olhos, paisagens dantes visitadas por nós na maternidade.

As ex-parteiras, no Gonzaguinha, resistem com discrição, mas não deixam de encantar a liturgia do parto com uma atmosfera residual de incontáveis lutas que travaram no exercício tradicional integrado à Deusa-Mãe, agora Virgem Maria Concebida sem Pecado, e mais suas mímeses, tais como Nossa Senhora de Fátima, Aparecida, dos Nós, da Conceição, do Bom Parto e tantas outras Virgens Marias a proteger as angústias das dores do parto.

As mulheres parturientes católicas manifestam a devoção e clamam pela Virgem Maria. A virgindade é um arquétipo que, durante a constituição dos discursos misóginos patriarcais, irá se constituir como um dos valores morais mais importantes em oposição às mulheres não castas, libertinas, imorais, que seguramente ainda povoa alguns imaginários na sociedade contemporânea.

Na Casa de Parto do Amanari, assisti a muitas práticas de purificação das parteiras, logo após o término do parto. São as “costuras do corpo”, com rezas, imposição das mãos numa ritualística mágica, xamânica. Dona Santa acendia velas, incensava o corpo, depositava sobre a placenta cinzas para deixar a terra que iria recebê-la mais fértil. No contexto da pesquisa no hospital, as ex-parteiras com sua tradição interdita pelas práticas científicas, continuam discretamente a exercer seus poderes ancestrais. Observei como Dona Graça, Dona Santa, Dona Antônia e Dona Zefinha guardam seus amuletos, seus terços, suas orações.

¹²² Hoje no Hospital minhas amigas ex-parteiras são mulheres da *sombra* e seus saberes, interditados pelo parto medicalizado. Perderam o protagonismo de seus saberes ancestrais da sabedoria no parto. Com a incorporação da Medicina científica, a saúde da mulher é objeto da ginecologia e obstetrícia. E as parteiras são impossibilitadas da prática ancestral, principalmente, pelos fortes dispositivos fiscalizadores no Brasil em defesa da prática médica do parto, como um ato exclusivo da Medicina científica. E tudo que integra práticas alternativas do parto não medicalizado é considerado charlatanismo e passível de punição.

No contato com as mulheres, tanto no trabalho de parto como no pós-parto, elas massageiam corpos, “costuram as cruces” e balbuciam mantras conhecidos. Uma cumplicidade silenciosa dessas mulheres invisíveis com as parturientes e, na sombra de suas experiências e saberes, continuam o exercício sagrado de suas práticas tradicionais num reducionismo vigilante do contexto científico hospitalar. Redes de solidariedade que vão buscar na experiência incontida a sabedoria de muitos e muitos partos, a lucidez interpretativa de lições, as convicções fortes de quem, durante a vida inteira, realizou inúmeras partos sob o aconchego das famílias, *“no mei do mato minha fia, com luz de vela e candeeiro”*. A experiência incontável de recolher as criancinhas, suas afilhadas, madrinhas de centenas e centenas delas. *“Tudo natural, sem corte, sem soro de força, sem nada; pois o parto é feito pela natureza, minha fia. Nós só acompanha e ampara a criancinha, corta o imbigio, e pronto”*.

As recomendações continuam ali ou acolá lembradas: os cuidados com a purificação do corpo, os “resguardos” e outras rotinas que incluem *“banho de assento com água de aroeira para cicatrizar e fechar o útero, pois o corpo da mulher fica aberto por 30 dias”*(DONA SANTA), e também sem esquecer de recomendar *“a galinha caipira cozida assim que chegar em casa, pois no hospital só tem galinha de granja, muito fraca essas galinhas de granja, tem que ser é galinha criada no terreiro pra mode a mulher criar força que perdeu no parto”* (DONA GRAÇA). Além disso, recomendam as doulas que o “resguardo” deve ser rigoroso em relação à abstinência sexual: *“num deixar o marido se incostar, pois se não pode atrapaçar a volta do útero pro lugar, só depois dos 30 dias”* (DONA ZEFINHA).

Alguns médicos e médicas convivem em paz com a presença das ex-partadeiras:

Elas sabem bem direitinho a evolução do parto.

Nádia: Dra. Helena de Troia como é fazer parto com a presença das ex-partadeiras?

Dra. Helena de Troia: Até gostamos pois elas sabem bem direitinho a evolução do parto e só chamam a gente na hora certa. Me dou bem com elas, pois não me atrapalham em nada, mas doula só existe mesmo é hospital público pra mulher pobre. Duvido que um grande hospital aqui no Ceará, na capital de Fortaleza, admitam essa rotina (...) Só mesmo na Maternidade Escola, é que lá eles praticam o resgatar do parto natural.

Relato 87.

As ex-partadeiras, em inúmeras conversas que tivemos sobre as novas experiências, anunciam sobre as doulas o nome que encobre o contexto generoso e familiar que as caracterizava: *“Mãe de Parto, e tudim pediam a nós as bênçãos, ainda hoje tudim me pede*

bênção além de nós ser madrinha desse mundaréu de gente no mei do mundo, minha fia”
(DONA SANTA).

Eu não admito de jeito nenhum!

Nádia: Dr. Heródoto, como é fazer parto com a presença das ex-parteiras?

Dr. Heródoto: Olha eu não tenho nada contra ninguém, mas na minha sala de parto não quero essa história de ninguém que não seja as enfermeiras. Essa história de marido, acompanhante, e agora inventaram essa de doulas eu não admito de jeito nenhum. Ora, ora, eu sei que o meu papel de médico é preservar a vida da mulher e de seu filho, e muitas vezes as coisas são difíceis, a gente não pode estar exposto diante das ignorâncias das outras pessoas que não são da área médica, depois elas vão querer se meter, vê a gente fazendo determinadas coisas, as mulheres berram, sei lá, a gente ficar exposto ao desconhecido, (...) nunca. Agora que essas velhinhas são legais são, mas aqui dentro da minha sala de parto não. A sala de parto é um espaço médico exclusivo, hospitalar. Essa história de acompanhante em nada ajuda, só atrapalha, nem aqui e nem em lugar nenhum do mundo eu aceito.

Relato 88.

Das ex-parteiras

Nádia: Que vocês acham de agora serem doulas?

Dona Graça: Um nome esquisito, prá que isso né minha fia, esta coisa de doula, parece doida, gosto não, mas é assim que tá nos papel que nós assinou quando viemos prá cá. Eu sei que nós tá velha, era prá sossegar, mas a gente precisa ganhar um bucado, tem família prá sustentar e é bom ter mais um tostãozinho no bolso né.

Relato 89.

Dona Santa: Aqui nós tá é assim fica assim mais é olhando fazendo essas coisinhas... num é pra pegar e nem fazer parto. É proibido. As únicas coisas que nós faiz só Deus sabe, né, a gente assim pede a Deus por elas né, as pobrezinhas que vem prá cá, muitas delas eu fiz o parto são fias das minhas comadres. Tudim me pede bênção.

Relato 90.

Dona Helena: Mas nós faz as impregnação de louvor e as purificação, assim pra placenta nascer¹²³ logo, eu acho que quando a placenta sai toda a mulher fica bem limpinha, se não vier inteira e nem limpinha dá hemorragia e inflamação depois no útero. Assim devagar e na surdina nós vai ajudando com nossas preces, nossas boas intenções né, o que vale é a gente fazer isso, mostrar pra elas que a gente é amiga delas. Mas né só isso não. A gente chama o médico na hora do menino nascer. É tiro e queda. Só chamo na hora.

Relato 91.

Dona Zefinha: Eles ficam por lá, e nós aqui só vendo as coisas acontecer, dando assim uns conforto. Eu sei tudo do parto, sei quando tá atravessado só pelos gritos da mulher, sei quando tá de bunda, a gente sabe minha fia, a gente sempre fez parto e nos nosso tempo num tinha sonografia não. Tudo é de acordo com as forças da lua, Tem dor de lua cheia, tem dor de lua minguante, tem dor de lua nova, é só prestar atenção na lua prá você saber o tamanho das dô. Elas as dor é do tamanho das força da água. Os dottor num sabe dessas coisas, mas nós num fala prá eles. Eu tem é vergonha, fico caladinha só espiando.

Relato 92.

¹²³ Placenta *nascer*. É dessa forma que as ex-parteiras consideram a expulsão da placenta após o parto: um novo nascimento. Elas devotavam à placenta um significado tão importante quanto o nascimento da criança.

Dona Graça e seu rosário “*abençoado pelas águas do rio Jordão do Juazeiro*”; Dona Santa; Dona Zefinha; Dona Rita; Dona Helena; Dona Januária são mulheres que agem nas sombras, inspiradas pelas cosmologias da tradição, e reelaboram breves rituais de benzenções, discretos e reconhecidos por poucos testemunhos. Quando podem ficam até o fim do parto e colaboram com a equipe para levar a mulher parturiente ao leito com o seu bebê.

Testemunhas dos sofrimentos que lhe tão bem conhecidos, generosamente oferecem algumas pistas aos jovens médicos e médicas. “*Dotor, acho que num tá na hora não senhor, daqui prá mei dia a coroa vai aparecer*”; ou “*Dotor, essas dor tem cara de que esse minino tá é afrito e num tá conseguindo ter força de nascer*”. Entre discretos palpites com os médicos ou a sós, o diálogo das *mulheres das sombras* com as gestantes e acompanhantes, é mais que uma palavra amiga.

Do passado tão rico de experiência, preservam as leituras da Mãe Terra e tecem diálogos secretos, sabendo buscar nessas fontes telúricas, no fundo da terra, as forças que também cruzam aos ventres indomáveis dessas mulheres peregrinas. Suas mãos trazem as marcas “gravadas por debaixo da epiderme onde ninguém a vê” (LASCARIZ, 2011, p. 123). Desses lugares intocados, não acessíveis a todos os mortais, as parteiras Hipóstases da Deusa Mãe sabem que o parto é um ato sagrado. É a Terra Mãe a renascer nesse percurso insondável da existência. Cada ventre revoltado é a expressão de sua força vital pronta para garantir sua perpetuação, num culto à vida.

O sofrimento em dores de parir é o renascimento da Deusa Mãe, que se apodera de cada ventre e de cada ser gerado. O significado e a forte carga valorativa que esse ordálio tem nas comunidades matriarcais garantem as passagens para novas experiências mágicas. Todas as mulheres que na Terra são escolhidas para os ordálios da parição mergulham numa energia primordial e andrógena. Estar homem ou mulher é apenas uma questão atrelada às exigências da vida social.

Um Xamã é uma Deusa, ou Deus. Só atinge o grau de suprema potência para fecundar a terra e preservar a vida coletiva quem se submete aos ordálios da parição. As iniciações, como em todas as culturas holísticas, exigirão rituais de passagem em ordálios. O parto não é um martírio tal como o conhecemos, aos nossos olhos vendados pela Ciência.

O sofrimento que nos ensinaram foi produzido pelas instituições da razão logocêntrica, pois a Medicina é colonizada por uma vontade inspirada no gineceu disciplinar normatizador, acolhendo as dores do parto em toda a sua complexa dominação determinística biológica. Os limiares, a hemodinâmica, os sinais, sintomas, todo um suporte científico a traduzir o sofrimento como uma determinação da natureza.

A textualização do sofrimento já não é um ordálio sacrossanto, e sim um martírio fruto das injustiças sociais, principalmente quando as mais afetadas são as mulheres pobres. Portanto, é preciso problematizar o sofrimento. Essas mulheres são vítimas tanto da miséria de suas condições sociais e econômicas, como também do gineceu.

O discurso médico tem poder, de salvar vidas, de matar, de garantir, até certo ponto, que as garras de sua águia possam de fato lacerar, acelerar o parto e, sob as potentes asas, guardar as mulheres na sua solidão. Muitas vezes a águia também é devorada por *tanatos*. É quando mulheres e médicos em agonia alçam voos aos anjos do céu.

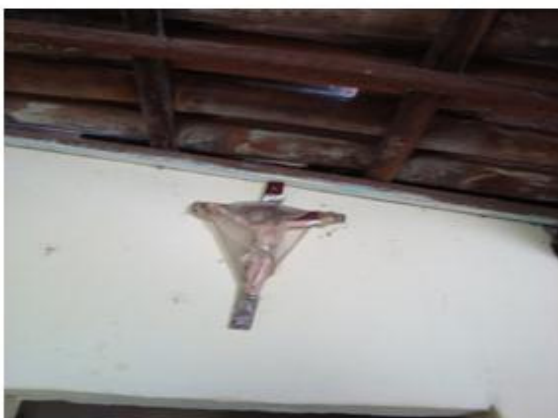
Entretanto, creio que o movimento das mulheres e a conquista da profissão regulada das doulas abram um precedente para dar voz às Hipóstases da Grande Deusa, que recupera outra forma de experienciar o parto, com uma restrição. Quanto à denominação de doulas e não parteiras, o termo doulas apaga e fere o passado cosmológico, heróico das Hipóstase da Grande Deusa. Doulas são apenas amigas, o que vem refundar a força do gineceu diante da onipotência do ato médico no Brasil.

As parteiras preservam nos locais obscurecidos no Sul do Sofrimento e, na ausência das práticas médicas científicas, um saber milenar incólume. Quantos povos das matas no Brasil ou nos países andinos preservam os segredos dos ordálios da Grande Deusa e seus sistemas integrados da saúde das mulheres como eventos coletivos e integrado à terra, à comunidade?

Por conhecer bem as cosmologias primordiais, um grande nome em terras cearenses, o parteiro Dr. Galba Araújo, nas décadas de 60/70/80 até início da década de 90 do século XX, desenvolveu um mapeamento de todas as parteiras no Estado. Reuniu todas elas e resgatou seus saberes, criando em cada comunidade rural um sistema local chamado de “Casas de Parto”. As parteiras foram localizadas nos mais longínquos municípios e distritos de todo o interior. À altura, o sistema político da saúde pública ainda não havia conhecido a filosofia sanitária, que eclodiu no final da década de 80 no Brasil e que depois fundou o Sistema Único de Saúde.

Dr. Galba manteve uma troca de conhecimentos da Medicina científica e coletou as experiências populares, mágicas das Hipóstases da Grande Deusa Mãe e dotou cada Casa de Parto com uma ambulância para que os casos graves fossem encaminhados para a Maternidade Escola da Universidade Federal do Ceará, na capital Fortaleza. O extraordinário nessa ‘ecologia de saberes’ (SANTOS, 2006) é o respeito ao acúmulo da experiência popular, rural, ancestral.

Figura - 15: Acolhimentos no parto e suas manifestações de sacralidades na Casa de Parto do Amanari.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura - 16: Mãe Rainha e o Menino Deus na Casa de Parto do Amanari.



Fonte: Arquivo pessoal

A simplicidade da Casa de parto do Amanari era um templo vívido dessa experiência. Não foi transformada e nem modernizada, preservava o espaço com tudo que lá havia.

A casa, um lar com o cotidiano intacto: crianças a passear brincando; o terreiro (quintal) com o galinheiro; animais domésticos, circulando de um lado a outro; o que havia de diferente mesmo era o meu consultório odontológico, pois tinha toda uma parafernália tecnológica, além da cadeira odontológica. Mas o quarto das mulheres parideiras era simples, sob telhas de barro, telhas de vidros que proporcionavam o desabar das estrelas naquele lugar. A Casa de Parto em que trabalhei com as Hipóstases da Grande Deusa, o parto de fato era um fenômeno natural muito fiel às cosmologias primordiais holísticas.

No contexto hospitalar, minhas amigas do passado estão na sombra. E a prática científica da Medicina não tem como recuperar a experiências dessas mulheres: apenas a solidariedade, no sofrimento, papel que qualquer uma pessoa pode fazer e muito bem. Conversar, distrair a mulher, acompanhar o longo processo da parição, companhia que pode contribuir para amenizar a solidão de mulheres até o momento em que ao médico cabe, apenas a ele, fazer o parto.

Figura – 17: Antigo consultório dentário da Casa de Parto do Amanari.



Fonte: arquivo pessoal

Neste capítulo de tese apresentei como os sofrimentos no parto são textualizados na ordem discursiva da Medicina tecnicista obstétrica contemporânea. Incidi tanto a reflexão do gineceu, como das participantes e ex-parteiras. Os sofrimentos são multifacetados, tanto do ponto de vista da intervenção conflituosa da Medicina *versus* discurso do parto humanizado, como do olhar de mulheres e médicas e médicos.

O parto humanizado é discutido por médicos como ruim, ‘*coisa para bicho*’. A humanização é a metáfora médica do sofrimento no parto que, nas maternidades públicas, mulheres pobres são obrigadas a se submeterem, pois evolui o longo processo de parição sem o desfecho de uma escolha: o não sofrer ou a opção pela cirurgia cesariana sob total silêncio de dores.

A cesariana representa essa possibilidade. O parto natural “coisa de bicho” significa parto com sofrimento. A textualização etnográfica nos impele para buscar o ‘dialógico’ (BAKHTIN, 2008), a forma alegórica, o outro falar, o outro dizer a deslocar sofrimentos do martírio no gineceu para rituais de germinações estéticas sagradas em hierofonias de louvor à vida gerada.

A descrição e a interpretação não são mais importantes do que o dialogismo, a busca do outro, que falta às angústias das peregrinas e as inquietações médicas. Por isso afirmo que nosso texto é agônico no sentido dessa busca pela superação, como também é desprovido de uma coesão narrativa sem os limites de *cronos* o deus do tempo a normatizar o dia, a noite, e tudo que neles há, tal como o campo retórico discursivo canônico, pois, como nos adverte Clifford (2008, p. 62), “os relatos específicos contidos nas etnografias jamais podem ser limitados a um projeto de descrição científica, na medida em que a tarefa principal

do trabalho é tornar o (quase sempre estranho) comportamento de um modo de vida diferente humanamente compreensível”.

Nesse contexto epistemológico agônico, dialógico, não há a necessidade de uma lei universal, uma teoria totalizadora, e está no contato etnográfico com peregrinas, médicos e médicas, a alegoria de uma compreensão científica, uma alegoria da etnografia do encontro, por si mesmo opulento, rico para gerar novas encenações desse tear de sofrimentos.

Na próxima seção, em nossas considerações finais, apresento um remate desse encontro e o que dos significados da linguagem conduziram-nos a sublinhar. Falamos dos discursos, e contextualizaremos a opção teórico-metodológico entrelaçada à reflexões importantes para a manter as dimensões dialógicas desse empreendimento estético, ético e político de nosso trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa etnográfica-discursiva é o resultado de um trabalho no campo por mais de dois anos, que somada a minha experiência profissional junto às gestantes, faz-me afirmar tratar-se de um longo período da minha vida em que lido com mulheres em situações de precarizações sociais na saúde pública, o parto e seus sofrimentos.

O parto tem um impacto muito expressivo no meu processo de convivência clínica, pois ao cuidar das situações de saúde bucal das mulheres, ajudou-me a dedicar-me à pesquisa etnográfica, com um arsenal experiencial muito afinado ao desejo de que o processo de parturição, inevitavelmente associado ao sofrimento, viesse a ser discutido em novas esferas de interesse na relação linguagem e sociedade, no contexto de uma maternidade no *Sul do sofrimento*.

As motivações para a realização desta pesquisa, como postulei na Introdução, estão inscritas na minha trajetória pessoal, como profissional que há mais de 30 anos lida com mulheres em sofrimentos, no cenário da saúde pública, agravada pelas desigualdades e exclusões sobre as quais o evento discursivo parto é parte de uma complexa rede de mecanismos sociais e políticos. Esta relação híbrida e agônica é bastante tensionada na nova ordem discursiva do atendimento ao parto no Brasil, em oposição à tradição hegemônica científica da Medicina obstétrica, conforme discutimos ao longo dos debates dos médicos e médicas obstetras no cenário de pesquisa no *Gonzaguinha*.

Meu interesse em estudar a hibridização do discurso médico-paciente no evento discursivo parto remete às questões conflituosas e assimétricas, que marcam as relações médicas com o sofrimento das mulheres, uma interação de contrários mediada pelo poder societário. A *hýbris* (desmedida, contrário) e o *agón* (luta entre os opostos), constroem as práticas sociais da Medicina obstétrica, que enfrentam outras lutas institucionais, políticas, ideológicas, revelando representações e identidades.

Retorno então às minhas questões de pesquisa: como a interação médico-paciente no evento discursivo parto constrói representações e identidades em relação ao sofrimento das mulheres? Como a problemática da humanização na práxis obstétrica é construída / representada por médicos e médicas? Como as parturientes representam e constroem identidades no evento discursivo parto no contexto de sofrimentos acobertados pelas misérias sociais? No intuito de compreender essas questões defini um caminho a percorrer e escolhi determinadas categorias analíticas que sustentaram a construção de uma reflexão crítica importante acerca do tema estudado. Passo a apresentar as minhas considerações.

Na Introdução, dedicado ao ponto de partida de minha trajetória profissional e acadêmica, também abordei a concepção epistemológica, histórica, antropológica e política da Medicina, o discurso médico-paciente e suas relações ontológicas como o saber e o poder. Discuti a práxis relacional entre médicos, médicas e pacientes, marcada pelas assimetrias relacionais. Nesse entremeio, surge na nova ordem discursiva contemporânea, o apelo para uma prática médica mais humana no processo do parto. Nesse sentido, a Introdução também cumpre a tarefa de mostrar como o discurso médico-paciente é uma relação conflituosa entre fortes (eficácia de conhecimentos) e fracos (pacientes / desigual).

O Capítulo 2 dediquei ao parto, à maternidade e à discussão por uma ontologia da humanização médica obstétrica. Expus o parto e sua natureza social e política, no contexto da reforma sanitária brasileira com a criação do SUS, como um evento de grande magnitude nas discussões da prática humanizada ao parto, como direito das mulheres. O parto é resenhado em seus aspectos anatômicos, fisiológicos, químicos, hormonais. A dor e o sofrimento é uma questão complexa, que está necessariamente ligada ao fenômeno da parição, como um evento fisiológico da natureza feminina. Destaco em relação ao sofrimento, as tensões dialógicas entre a ordem discursiva obstétrica clássica e as prescrições humanizadas do Ministério da Saúde no Brasil (uma luta dos contrários), para o manejo com o sofrimento.

O Capítulo 3 é dedicado ao arcabouço teórico-metodológico da ADC. Justifiquei o seu caráter de uma epistemologia linguística, que se constitui no cenário de mudanças na pós-modernidade, e sua contribuição decisiva na interlocução de questões de pesquisa relacionadas à linguagem e sociedade. A ADC e os diálogos epistemológicos críticos do discurso, convergem de forma responsiva para o entendimento dos problemas sociais com ampla abrangência teórica, ao lançar no debate acadêmico, possibilidades de mudanças sobre relações hegemônicas e ideológicas, estabilizadas no senso comum, que naturalizam o sofrimento no parto.

O Capítulo 4 foi dedicado às abordagens metodológicas-teóricas e ao desenho da pesquisa etnográfica-discursiva. A primeira parte do capítulo é dedicada às resenhas que contemplam as categorias de análises. Destaco o modelo de análise de discurso no enquadre da ADC de Chouliaraki e Fairclough (1999), que contemplam as análises integradas numa perspectiva explanatória e linguística e responde aos reclamos e inquietações das demandas problemáticas em práticas sociais em diversos contextos de sofrimento e linguagem. As categorias *hegemonia e ideologia e a epistemologia o Realismo Crítico* constituem o suporte epistemológico, que lançam as bases para a reflexão crítica da prática obstétrica no *Gonzaguinha*. Nesse sentido, resenhei brevemente sobre as *Epistemologias do Sul*, de

Boaventura de Sousa Santos, como possibilidade de enfrentamento de práticas hegemônicas da tradição do Norte colonial (epistêmico, científico e político), que contribui para a manutenção de ontologias obscurecidas, muitas delas naturalizadas, tais como as dores do parto, enfrentadas pela prática hegemônica da Medicina obstétrica. A articulação entre Etnografia e a Análise de Discurso Crítica, mostrou-se responsiva ao interesse de geração de dados abordados e triangulados multidimensionalmente. As entrevistas abertas, as observações participantes, as notas de campo e as fotografias contribuíram para a validação das análises.

As análises exibidas nos Capítulos 5, 6, e 7 cumpriram o objetivo de verificar representações e identidades dos sujeitos participantes desse estudo no evento discursivo parto. Para tanto, relembro minhas questões de pesquisa, que espero tenham sido respondidas por meio desses capítulos. Disponho essas questões:

1. Como a problemática da humanização na práxis obstétrica é construída / representada por médicos e médicas?

Considerações a este respeito foram desenvolvidas no Capítulo 5, com apoio em Chouliaraki e Fairclough (1999), a dialética dos significados representacionais e identificacionais Fairclough (2003) e o diálogo transdisciplinar com o Realismo Crítico do qual escolhi as abordagens Dimensão Transitiva e Dimensão Intransitiva do Conhecimento e as categorias hegemonia e ideologia. Quanto às categorias linguísticas, destaquei a modalidade, metáfora, avaliação e valores.

Na *'realidade'* identificada no campo, o sofrimento das mulheres, as precariedades médicas, hospitalares, o autoritarismo científico-médico diante das assimetrias de mulheres em estado de vulnerabilidade social, tudo isso resulta do modo como discutimos e analisamos essa *'realidade'* sob o olhar de uma concepção crítica. Um olhar crítico sobre os sistemas construtores das realidades sociais, adverte-nos Bhaskar (1989), é transitivo e *intransitivo* (uma intransitividade temporária, dialética, não atemporal e eterna, que encerre em si uma representação estática da verdade). As fronteiras entre essas categorias disciplinares se interpenetram. Mobilidade e imobilidade, mudança, transformação, utopias, afinal, como as construções epistemológicas podem questionar sofrimentos das mulheres no evento discursivo parto. Nessa perspectiva, essas discussões vêm contribuir sobre a prática social da Medicina, no atendimento de mulheres em situação de precarização e

vulnerabilidade social, identificando questões problemáticas no âmbito da assistência ao parto.

2. Como os médicos e médicas obstetras representam a práxis social da Medicina Obstétrica como questões de hegemonia e ideologia?

Essa questão foi examinada no Capítulo 5, com a contribuição da abordagem dialética de Fairclough e a análise dos significados representacional e identificacional. Destacamos o *discurso político médico*, que dialeticamente estabelece as *identidades médicas de legitimação*, demarcando a força da práxis hegemônica opositiva ao sentido da humanização prescrito pelo Ministério da Saúde no Brasil. Nesse debate epistêmico o sofrimento das mulheres é situado como uma questão ontológica essencialista à biologia feminina, determinado pela natureza.

3. Como a interação médico-paciente no evento discursivo parto constrói representações e identidades em relação ao sofrimento das mulheres?

Essa questão foi respondida no Capítulo 5 pelas análises integradas a uma perspectiva explanatória e linguística. As análises contemplaram os seguintes eixos conceituais dessa tese: 1) a relação médico-paciente no evento discursivo parto; 2) a questão da humanização do parto de mulheres em situação de vulnerabilidade e sofrimento; 3) como essa humanização é discursivamente construída pela instituição Medicina obstétrica e pelo discurso da humanização do Ministério da Saúde. As categorias linguísticas, modalidade, avaliação, metáfora, significado das palavras, as categorias de Representação dos Atores Sociais de Van Leeuwen (1997) e a dialética dos significados representacionais de Fairclough (2003) foram importantes percursos teórico-metodológicos para a identificação de representações e identidades de profissionais médicos, médicas e parturientes no evento discursivo parto. Contudo, reconheço, não esgotei todas as possibilidades analíticas dessas categorias diante dos desafios postos que não pude atingir.

4. Como as parturientes representam e constroem identidades no evento discursivo parto, no contexto de sofrimentos acobertados pelas misérias sociais?

Desenvolvi essas questões no Capítulo 6 e 7 analisando os significados ação, representação e identificação dialeticamente situados numa complexidade epistemológica diversificada: falamos dos aspectos interacionais e também em relação aos discursos e sistemas de conhecimentos sob a textualização etnográfica do encontro nas e cosmologias do sofrimento. A hibridização do discurso médico é também uma articulação cosmológica, antropológica e política. Essa discussão está também sendo analisada no Capítulo 7, em que abordo o suporte semiótico determinantes da ‘violência simbólica’ (BOURDIEU, 1998) no discurso médico a partir do Gênese e Gineceu, criando o *discurso da maternidade ideal* a partir do casamento, da família, da Medicina, da religião e do Estado, que reinam nessas principais instituições morais e éticas no Ocidente.

O *gineceu* é a força catalizadora da norma que instaura uma práxis médica obstétrica iluminada por concepções ideológicas, onde o feminino é satanizado e as mulheres aprisionadas ao sopro do Gênese, lido pelas instituições epistemológicas, como pecadoras condenadas ao sofrimento no parto. O Gênese e *gineceu* aliados *naturalizam* os gritos de mulheres tidas como pecadoras, atiradas nos abismos com seus castigos.

No Capítulo 6 e 7 apresento uma textualização etnográfica como metáfora, com o qual desenvolvo uma genealogia dos sofrimentos integrados à Arte, com algumas referências icônicas de esculturas, que revelam a estética da fecundação e da valoração do parto sob concepções diferentes das estéticas herdeiras da tradição judaico-cristãs. O sentimento religioso tão fortemente impregnado nas interações entre médicos, médicas e mulheres, no evento discursivo parto, é deslocado em minha análise para o *lugar primordial* da humanidade no encontro místico no berço da Terra Mãe, no Neolítico, com suas inscrições da arte rupestre, cerâmicas, inscrições nas cavernas, pedras, e depois na História. Esses elementos são recuperados nos versos e nas narrativas míticas de que temos conhecimento.

Os sistemas caóticos dos sacrifícios no *gineceu* também oferecem a possibilidade de surgir nas brumas dos sofrimentos o lugar possível da esperança, no qual a sobrevivência recupera a dignidade longe do senhorio, “a *sombra, o amparo do homem pai dos filhos,*” frutos às vezes rejeitados, não benditos, amaldiçoados, espúrios. Mulheres que seguem as setas da autonomia possível, os estudos são conquistados. Mulheres “*arrebidadas,*” “*mulheres*

bonequeiras” valentes, que sonham dominar as incertezas da vida na solidão de si mesmas. Tal disposição ensejaria à assunção de novos papéis sociais e exige outro olhar nosso sobre seus sofrimentos sociais e suas *dores de parto*, coletores de outras dores e tramas morais e políticos.

As cosmologias ctônicas, ou do fundo da terra, são as metafóricas formas de compreender concepções filosóficas da valorização das mulheres apagadas nas brumas da História, vítimas do epistemicídio epistemológico de racionalidades disciplinares religiosas e científicas. O poder dessa força *do fundo da terra* alcançada pela Suprema Mãe é uma linguagem da esperança. O sofrimento como ordálio sagrado é uma ascese mística integrada, holística que o *gineceu* não consegue traduzir. Esse sofrimento é, de fato, incomensurável ao entendimento da verdade sob uma racionalidade ‘preguiçosa’ (SANTOS, 2006), estreita, incapaz de identificar vozes, valores e vidas ausentes nesse reducionismo dicotômico entre o ser e o não ser das coisas. Entre *EU e TU* (MAGALHÃES, 2000), há um mundo a ser reconhecido, performatividades, multiconfigurações ausentes lidas como insurgentes e transgressoras, marcadas pela exclusão e negação.

As cosmologias paradisíacas (Éden e Olimpo) criaram novos roteiros e estabeleceram um corte dramático com a força do ordálio sacrificial das mulheres, encarnando o sofrimento no parto como castigo. Muitos profetas e poetas assim leram os relatos edênicos. Suas leituras foram determinantes para que seus seguidores, a racionalidade, as religiões e a ciência perdessem o vínculo dessa sacralidade matriarcal do sofrimento no parto e garantissem, para além da moralidade e do pecado, um sistema social misógino a transformar as mulheres em objetos imperfeitos, deslocados das centralidades de poder que serão constituídos na força do Pai, Deus, Homem, Verdade. Sob as cosmologias sagradas dos Homens, as mulheres serão a causa e consequência de suas ignomínias.

As formas de poder – patriarcado, diferenciação desigual (homem superior/mulher inferior), marcam uma taxonomia médica desde à Antiguidade Clássica e é gerativa de formas epistemológicas no Ocidente, científicas e morais, a demarcar o lugar e lugares dos sofrimentos no evento parto no mundo.

No capítulo 7, dedicado aos *Sofrimentos e o discurso médico-paciente*, retorno ao tema nas práticas de partejar (discutidos no Capítulo 5, seção 5.4, p. 176), ressaltando o papel das *mulheres na sombra* interdidas pela monocultura epistêmica médica e que podem ser resgatadas em seus conhecimentos ancestrais. A ciência médica é regulatória, normativa e despreza saberes outros que poderiam convergir no ambiente hospitalar para além das conversas e gestos de solidariedades das *doulas*. A questão é como realizar o diálogo inter-

saberes, muitos desses, impossíveis de serem compreendidos pela regulação epistêmica científica. Uma formação acadêmica no paradigma pós-moderno da Medicina, requer uma abordagem do diálogo intercultural com práticas e saberes subalternos e tradicionais.

Além de sugerir um novo paradigma integrativo epistemológico da Medicina pós-moderna (Capítulo 7, seção 7.7.p. 271), discuto a questão da dignidade das mulheres diante da realidade médica brasileira, que reproduz as injustiças sociais não atacadas pelas decisões do Estado em todas as suas áreas (federal, estadual e municipal). Uma crise política, ética e de representação no Brasil contemporâneo.

Uma contribuição para esse processo é alcançar a problematização da formação médica no sentido de redefinir epistemológica e teoricamente, o conceito do humano para que possa ser reconfigurado no conjunto da práxis médica geral. A obstetrícia e seus protocolos consagrados, devem rever conceitos ontológicos, tanto das perspectivas cartesianas dos modelos biomédicos das racionalidades clássicas, como das novas discussões da Medicina, integrada ao processo saúde-doença numa perspectiva holística, assentada em racionalidades para além do domínio cartesiano e sua racionalidade de risco sustentada sob o paradigma positivista.

Uma nova teorização da Medicina implica o reconhecimento de novos espaços acadêmicos de discussões epistemológicas, que situem o agir médico em novos paradigmas de intervenção, escuta e diálogo médico-paciente. Um paradigma integrativo numa 'pluralidade de saberes' (SANTOS, 2006) é resgatado na figura contra hegemônica de Paracelso (Capítulo 7, seção 7.7, p. 272) pode ser modelo de insurreição epistemológica contra aquilo que viria a ser a monocultura do saber médico, ainda hoje dominante, e refutada em parte pelo resgate de uma humanização da práxis médica.

Nos capítulos 6 e 7, na acepção de hibridização do discurso médico-paciente referida às muitas e distintas demandas disciplinares, políticas, culturais, simbólicas, filosóficas, antropológicas e sociológicas, o sofrimento das mulheres no evento discursivo parto, é atrelado a uma complexa rede institucional, científica, relações de poder societárias, hegemonia e ideologias, que mereceu dessa tese um debate epistemológico comprometido e eticamente posicionado com perspectivas de mudanças.

A ADC, ancorada no humanismo marxista, credita a um estágio da sociedade pós-capitalista, a conquista da justiça social, estabelecendo um percurso teórico-metodológico capaz de analisar como a linguagem é um elemento decisivo na produção de discursos e práticas sociais, que mantêm mecanismos de opressão social (FAIRCLOUGH, 2010). Contudo, situá-la no contexto geopolítico do *Sul do sofrimento* é rediscutir a complexa rede

da ordem do discurso canônica do Norte colonizador. Oferecer ao colonizador que nós os colonizados temos também nossas matrizes epistêmicas da insurreição. *Uma etnografia do encontro* nos sofrimentos é uma epistemologia a ser discutida como uma proposta de inquietações em novas pesquisas que envolvam estudos da linguagem e sociedade, em que resgate o lugar do sujeito vivo, de pessoas situadas em suas geopolíticas, o lugar epistêmico a partir do qual “os sujeitos se pronunciam epistemicamente” (GROSFOGEUL, 2008, p. 119).

As possibilidades, negações, esperanças, transformação social, emancipação social que, analisados pelo marxismo de forma ‘crítica’, dialética, transdisciplinar, iluminam as bases epistemológicas da ADC, ultrapassando os limites da linguística da tradição moderna de Saussure, acolhendo no abismo entre signo e significado, forma e função, os silenciados, ‘invisíveis’ mecanismos discursivos (hegemonias, ideologias e poderes) os quais negam, afirmam e configuram os interditos, limitam as periferias, as misérias morais e espirituais.

É na linguagem que são constituídas inteligibilidades, discursos e práticas dessa racionalidade da ordem do discurso da Medicina, que desde a modernidade faz parte de um discurso caracterizado como conhecimento-regulação-normatização moral e científica, impondo os valores e modelos que alimentam as desigualdades/inclusões/exclusões de mulheres nos vários *Sul dos sofrimentos* pelo mundo afora.

Mas do mesmo modo como discursos são razoavelmente estáveis na vida social, podem mudar e a *emancipação social* é a utopia marcante na constituição do pensamento intelectual crítico da ADC. Essa discussão ocupa um espaço teórico no mínimo inquietante, para repensar novas formas de práticas sociais discursivas e mudanças sociais em maternidades no *Sul do sofrimento*. A utopia reafirmada é um componente discursivo e ontológico, que prolifera sob as armadilhas do patriarcado, capitalismo e colonialismo.

Reafirmar impossibilidades de mudanças leva a banalizar o conceito insurgente e rebelde de *transformação* como ineficaz, descreditado à sombra das *falências* epistemológicas marxistas em seus vários cenários no mundo globalizado. Como fazê-lo? É possível alterar o percurso das mulheres em suas buscas por atendimento no parto? É possível discutir e questionar a práxis e violência do gineceu tais como os protocolos aceleradores no parto? É possível debater no nível das políticas de saúde pública, o lugar da dignidade das mulheres? O direito constitucional da saúde em seu marco filosófico e jurídico no Brasil? Ouso responder com a prudência necessária.

A primeira questão é ter a convicção que o debate suscitado neste trabalho etnográfico é responsivo na identificação do sofrimento naturalizado das mulheres pelo modelo de atendimento médico obstétrico no *Gonzaguinha*.

A segunda questão é transformar esse texto agônico num manifesto em defesa das mulheres e da possibilidade de revascularizar a práxis obstétrica do gineceu com as contribuições epistemológicas da humanização médica. Aqui está a ‘zona de contato’ (PRAT, 1999), da qual posso, a partir do conflito epistêmico e dialógico do sentido da humanização, resgatar a energia suficiente para ancorar as possibilidades de resgate da dignidade aviltada das mulheres no parto.

A terceira questão é o retorno à academia e instituições médicas, com a produção ulterior desdobrada em artigos e participações do intelectualismo/ativista em congressos médicos, linguísticos e disciplinas afins, para suscitar o debate intelectual no processo de uma nova epistemologia da formação acadêmica, tendo como alvo as relações dialógicas na interação médico-paciente, ponto de inflexão à uma formação clínica-médica humanitária.

A quarta questão, é o debate interinstitucional com a gestão da saúde pública no âmbito da assistência materna no SUS.

Mas como todas essas questões serão realizadas na prática?

Nesse ponto, destaco que o desdobramento desta tese é demarcatório no compromisso moral, ético e intelectual engajado, que não será cessado logo após o cumprimento protocolar de encerramento dos meus estudos.

No plano teórico-metodológico, a ADC é uma epistemologia linguística transdisciplinar engajada em denunciar como a linguagem pode oprimir e desumanizar. O interesse da pesquisa etnográfica eticamente posicionada é o de contribuir com mudanças no cenário da saúde pública, o lugar da dignidade das mulheres. Essas possibilidades plausivelmente construídas no debate teórico a partir de reflexões críticas deverão ser compartilhadas na volta ao campo, juntamente com os atores sociais médicos, médicas e gestores. Para além da Serra de Maranguape, ofereço à comunidade acadêmica a minha opção pelo lugar do papel social e político da linguística contemporânea.

Com humildade, e reconhecendo a incompletude deste empreendimento intelectual, espero que as lacunas que atravessam a construção deste texto agônico, encontrem proposições responsivas as quais não pude alcançar.

REFERÊNCIAS

ABREU, Z.G. **O sagrado feminino: da Pré-História à Idade Média**. Lisboa: Edições Colibri, 2007.

AGAMBEN, G. **Homo sacer: o Poder Soberano e a Vida Nua**. Tradução de António Guerreiro. Lisboa: Presença, 1998. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

AGUIAR, J.M. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

ALMEIDA, F.L. **Mulheres recipientes: recortes poéticos do universo feminino nas artes visuais** [Dissertação] UNESP. São Paulo: [s.n.], 2009. 340 f.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Tradução José Fonseca. Porto Alegre: Art-med, 2009.

ANTUNES, F. **Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Editora EDUSP. 1999.

ARISTÓTELES. [Sec.V. a. C.]**Política**. Trad. Mário da Gama Cemy. Brasília: EDUNB, 1997.

AROUCA, A. S. da . **O dilema preventivista contribuição para a compreensão e crítica da Medicina preventiva**. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.1975.197p.

ÁVILA, T. **Sistema de Parto Timbira**. Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil. Disponível em: <ANAI/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2014/thiago%20avila.pdf>; <<http://www.abant.org.br/>>. Acesso em: 20 jan.2013.

BAKHTIN, M. **Problema da poética em Dostoiévski**. Trad. Paulo Bezerra, 4. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **Estética da criação verbal**. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: MartinsFontes: 2003.

_____. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1981.

BATAILLE, G. **O Erotismo**. Tradução Antônio Carlos Viana. Porto Alegre: LePM, 1987.

_____. **O Erotismo**. Tradução Fernando Schebe. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

_____. **A parte maldita: precedida de a noção de dispêndio**. Tradução Júlio Castanõn Guimarães, 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

BAUMAN, Z. **O Mal Estar da Pós Modernidade**. Tradução: Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BEAUGRAND, R. de. **Introduction to the study of text and discourse**, Capítulo 1. Viena: UniversitätsVerlag, 1993.

BEHAR, R. **Translated woman: crossing the border with esperanzas story**. Boston: Beacon, 1993.

BIBLIA Sagrada. Traduzida por João Ferreira de Almeida. 2ª ed., Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1996.

BHASKAR, R. **Uma teoria realista e ciência**. Tradução Mario Duayer (UFF). Introdução. Realist Theory of Science. Londres: Verso, 1977.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz. Bertrand Brasil. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRANDÃO, H.N. **Introdução à Análise do Discurso**. 2ª ed. rev. Campinas, SP: Editora UNICAMP. 2004.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.84 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13>. Acesso: 04 abr.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para redução de partos cirúrgicos**. Disponível em: <<http://saude.gov.br/datasus>>. Acesso: mar.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Disponível em: <<http://saude.gov.br/datasus>>. Acesso: mar.2012.

_____. **Morte materna**. Ministério da Saúde, Saúde Brasil, 2009. Brasília, 2010. Disponível em: <Portalsaude.gov.br/saudebrasil2011_parte2_cap.4.pdf>; <<http://saude.gov.br/datasus>>. Acesso: jan.2012.

BUBER, M. **Do dialógico e do diálogo**. Tradução Marta Ekstein de Souza Queiroz e Regina Weinberg. São Paulo: Perspectiva, 2009.

BUTLLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 4ª ed. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CAMPBELL, J. **O poder do mito**. Tradução Heloysa de Lima Dantas. Cultrix. São Paulo: Palas Athena, 1990.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *In: Cad. Saúde Pública*, vol.15, Número 3,1999, p.647-654.

CARVALHO, M. S. Silvia; DEZOTTO C. M. C. Hermes, trickster e mensageiro dos deuses.p. 406-475. *In: RIBEIRO JÚNIOR (Org) Hinos Homéricos: tradução, notas e estudos*. Tradução Edvanda Bonavina da Rosa *et al.* São Paulo: Editora UNESP (FEU), 2010. (1-9).

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. Tradução de Klauss B. Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTIEL, L.D. A dominância das dimensões médicas na sociedade. *In: Revista do Instituto Humanitas – UNISINOS*. N.420, Ano XIII, 27/05/2013. São Leopoldo. RS.

CANCLINI, N.G. **Culturas Híbridas**. Tradução Ana Regina Lessa, Heloisa Pezza Cintrão e Gênese Andrade. São Paulo: EDUSP. 2008.

CHANDELLE, R. **Para Além do Código Da Vinci: o fim do mistério**. Trad. Maria Antônia Abrantes da Fonseca. Santo Graal. Lisboa : Editorial Estampa (Hermética) 2005.

CHAUÍ, M. **Dos pré-socráticos a Aristóteles**. V.1. 2. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CHOULIARAKI, L; FAIRCLOUGH, N. **Discourse in latemodernity: rethinking critical discourse analysis**. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura no séculoXX**. James Clifford. (org.) por José Reginaldo dos Santos Gonçalves. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.

COMTE, A. **O espírito positivo**. Tradução de José Arthur Gianotty e Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (Os pensadores).

CONSELHO Federal de Medicina. Ano XXVI. Número 293/ dezembro de 2011.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human condition into treatable disorders**. Baltimore: University Press, 2007.

DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia**. São Paulo: Editora UNESP. 2009.

DENZI, K. N.; LINCOLN, S. Y; **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens** Tradução Sandra Regina Netz. – Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 169-192.

_____. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In: O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. *et al.* Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Vozes, 2006, p. 21-41.

DESLAURIERS J. P.; KÉRISIT, M. O Delineamento de Pesquisa Qualitativa. *In: POUPART J. et al. A Pesquisa Qualitativa: Enfoques Epistemológicos e Metodológicos*. Tradução Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2006. p.127-53.

DIAS, B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. Tese (Doutorado Saúde Pública), Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

DIJK, T. VAN. **Discurso e poder**. Tradução Karina Falcão. São Paulo: Contexto, 2008.

DINIZ, S G; CHACHAM. A Humanização do Parto. São Paulo: **Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**, 2002.

ELIADE, M. **O Sagrado e o Profano**. Tradução Rogério Fernandes. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ELLIS, C.; BOCHENER, A.P. **Composong Ethnography: Alternative Forms of Qualitative Writing**. Wunut CreeK, CA; Porto Alegre: Altamira, 1996.

ENGEL, C. **O parto**. São Paulo: Editora Med Writeres Central medigrupo produções, 2010.

FAIRCLOUGH, N.; JESSOP B.; SAYER A. Critical realism and semiosis. *In: JOSEPH; ROBERTS J. (eds). Realism, Discourse and Deconstruction*, Routledge, 2004.

FAIRCLOUGH, N. **Language and Power**. Londres e Nova York: Longman, 1989.

_____. **Discurso e mudança social**. Tradução Izabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

_____. **Analyzing discourse: textual analysis for social research**. London: Routledge, 2003.

_____. **Language and globalization**. London: Routledge, 2006.

_____. **Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language**, 2ª ed. Inglaterra: Longman Applied Linguistics, 2010.

FALLABELA, F. B: Linguística aplicada como espaço de desaprendizagem: redescrições em curso, p. 45-63. *In: Por uma Linguística Aplicada Indisciplinar*. MOITA LOPES, L. P. DA. (org.). São Paulo: Parábola, 2006.

FERNANDES, L. **A função da maternidade**. 2ª ed. Porto: Edição do Centro de promoção Social e Rural de Lamego: Execução gráfica Simão Guimarães Filho, agosto, 1997.

FERREIRA, Benites Adão. **Retomada de Terras e Cosmologia Guarani/Kaiowá: uma Abordagem a Partir de uma História de Vida**. (UFGD/FAED). Disponível em: <<http://www.neppi.org/anais/identidade%20e%20organiza%E7%E3o%20social%20indigena/Retomada%20de%20Terras%20e%20Cosmologia%20Guarani.pdf>>. Acesso: 20 jan.2013.

FISCHER M. **Futuros antropológicos**: redefinindo a cultura na era tecnológica. Tradução Luís Fernando Dias. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

FLIK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, N. M. D. **Tempo de Nascer**. Fortaleza: Gráfica e Editor Ronda Ltda, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das Ciências Humanas. Tradução Salma Tannus Muchail. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1987.

_____. **A ordem do discurso**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 1996.

_____. **A arqueologia do saber**. 5ª ed. Tradução L. F. Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

_____. **O nascimento da clínica**. 5ª ed. Tradução Roberto. Machado. São Paulo: Forense Universitária, 1998.

_____. **Arte, epistemologia e História da Medicina**. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. Tradução: Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2011.

FOWLER, R. Sobre A Linguística Crítica. **Linguagem em (Dis)curso - LemD**, Tubarão,v. 4, n.esp. p. 207-222, 2004.

FOWLER R. Sobre a Linguística Crítica. **Linguagem em (Dis)curso**. LemD, Tubarão,v. 4, nº esp. 2004, p. 207-222.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREUD, Sigmund. **O Mal Estar na Civilização e Outros Textos**. [1929]. Tradução Paulo César de Sousa, Companhia das Letras: São Paulo, 2011.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LCT, 1989.

_____. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. Tradução: Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 1997.

GIBBS, G. **Análise dos dados qualitativos**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Rio Grande do Sul: Bookman Artmed, 2009.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro:Zahar. 2002.

GIDDENS, A; TURNER, J. **Teoria Social Hoje**. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. São Paulo: Editora UNESP. 1999.

GILBERT, A. C.; CARDOSO M.H. C. A.; WUILLAUME S.M. Mulher, Medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (05/maio/2006), p. 941-950.

GOMES, R.M.; SCHRAIBER, L.B. Humanization-alienation dialectic as a tool for the Critical comprehension of health practices dehumanization: some conceptual elements. *In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.15, n.37, abr./jun. 2011, p.339-50.

GONÇALO, C.V. **História da Cultura e das Artes**. Disponível em: <www.trabalhosfeitos.com>. Acesso em: 19 jan.2013.

GONÇALVES, R. **A Experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. p. 8-13. James Clifford. Organizado por José Reginaldo dos Santos Gonçalves. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 2008.

GOODRICK-CLARKE, N. **Paracelso**: leituras essenciais. Tradução. Sílvia M. Spada. Madras: São Paulo, 2007.

GROSGOUEL, R.. Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais: transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. *In: Revista Crítica de Ciências Sociais*, Número 80, Março 2008: 115-147.

GROULX, L. H. Contribuição da pesquisa qualitativa. *In: A Pesquisa Qualitativa*: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 95-124.

HALLIDAY, M. A. K. **An Introduction to functional grammar**. London: Edward Arnold,1985.

_____. Part A. *In: HASAN, R. Language, context, and text*: aspects of language in a social-semiotic perspective. Oxford: Oxford University Press, 1989.

_____. **An Introduction to functional grammar**. 2ª ed. London: Edward Arnold, 1994.

HARDING, S. **The Science Question in Feminism**. Ithaca: Cornell University Press, 1986.

HARVEY, D. **Para entender o capital**: livro 1. São Paulo, SP: Boitempo, 2013.

HEMMINGS C. Contando estórias feministas. *In: Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): janeiro-abril/2009, 215-241.

HENNING, R. **Os Grandes Enigmas do Universo**. Tradução Augusto Pastor Fernandes. Lisboa: Livraria Bertrand, S.A.R.L – Círculo de Leitura, 1974.

HONNETH, A. Teoria crítica, p. 503-552. *In: GIDDENS, A.; TURNER E. J. Teoria Social Hoje*. Tradução de Gilson César Cardoso de Sousa. São Paulo: Editora Unesp, 1999, p. 503-552.

HUNSTON, S.; THOMPSON, G. **Evaluation in text**: authorial stance and the construction of discourse. Oxford: Oxford University Press, 2000.

JACCOUDD, M.; MAYER, R. A observação direta e a pesquisa Qualitativa. *In*: POUPART, J e Col. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução. Ana Cristina Nasser. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p. 254-294.

JEANSON, C. **Princípios e Prática do Parto Sem Dor**. Tradução de J. Seabra Dinis e Pedro Monjardino. Edições Cosmos. Lisboa. 1955.

JORNAL da Medicina. **Publicação oficial do Conselho Federal de Medicina**. Brasília–DF, Abril, 2013.

JUNG, G. C. **O Homem e seus símbolos**. 2ª edição especial brasileira. Tradução: Maria Lúcia Pinho. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2008.

KANT, I. **Crítica da razão pura e outros textos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural. 1974 (coleção os pensadores).

KINCHELOE, L.J.; MACLAREM, P. Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa, *In*: DENZIN, K. N.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Tradução: de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 281-314.

KHUN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LAIN-ENTRALGO, P. **Antropologia médica**. Milano: San Paolo Edizioni, 1998.

LAKOFF, G; JOHNSON, M. **Metáforas da vida cotidiana**. Tradução: Grupo de Estudos da Indeterminação e da Metáfora (GEIM) Coordenação Mara Sophia Zanotto e Vera Maluf. Metáforas da vida cotidiana. São Paulo: Mercado das Letras, 2002.

LALONDE, M. **A new on the health of Canadians**: a working document: working document. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada, April 1974. Disponível em: <http://www.hc-sc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pubs/1974-lalonde/lalonde-engg.pdf>. Acesso em: 10 jan.2011.

LAMAS, M. **A mulher no mundo**. Volume I. Livraria Editora da Casa do estudante no Brasil. Rio de Janeiro- Lisboa, 1952.

_____. **A mulher no mundo**. Volume II. Livraria Editora da Casa do estudante no Brasil. Rio de Janeiro- Lisboa, 1952.

LASCARIZ, G. **Quando o Xamã Voava**. Zéfiro Edições e Atividades Culturais Unipessoal: Sintra, Portugal, 2011.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Tradução Fábio dos Santos Creder Lopes. Petrópolis: Editora Vozes, 2011.

LINCOLN, Y.S; GUBA, E.G. Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. *In*: DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa**

Qualitativa: teorias e abordagens. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2007. p. 169-92.

LUKÁCS, G. **Prolegômenos para uma ontologia do ser social:** questões de princípios para uma ontologia Hoje tornada possível. Tradução: Lya Luft e Rodnei Nascimento, São Paulo: Boitempo, 2010.

MACHADO, R. **O Nascimento do Trágico:** de Scheller a Nietzsche. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

MAGALHÃES, C. M. Percursos das abordagens discursivas associadas à Linguística Sistemática Funcional. *In: Olhares em análise de discurso crítica.* Vários autores. Brasília: Editora Brasília: 2009, p 18-31.

MAGALHÃES, I. **EU E TU:** A Constituição do Sujeito no Discurso Médico. Brasília: Tesaurus, 2000.

_____. Introdução à Análise de Discurso Crítica. *In: D.E.L.T.A.* 21 especial, 2003, (1-9).

_____. Análise do Discurso Publicitário. *In: Revista da ABRALIN,* vol. 4, no 1 e 2. Dezembro, 2005, p. 231-260.

_____. Teoria crítica do discurso e texto. *In: Linguagem em (Dis)curso - LemD,* Tubarão, v. 4, n.esp. 200, p. 113-131.

_____. **Práticas Identitárias:** Língua e Discurso. São Carlos: Clara Luz. 2006.

_____. Gênero e discurso no Brasil. *In: Discurso e Sociedad,* Vol 3(4), 2009, 714-737.

_____. Discurso e identidades – exotismo e domínio violento. *In: Cadernos de Linguagem e Sociedade.* Volume 11 [1]. THESAUROS/ NELI/ CEAM UNB/ PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO. Brasília. 2010.

_____. Textos e práticas socioculturais. *In: Linha d'Água,* n. 24 (2), 2011, p. 217-233.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Atlas, 2009.

MARCONDES, D. **Iniciação à História da Filosofia:** dos pré-socráticos a Wittgenstein. 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2010.

MARQUETTI R. F. Gaia. *In: RIBEIRO JÚNIOR,* Wilson Alves. (Edição e Organização). **Hinos Homéricos:** tradução, notas e estudos. Tradução: Edvanda Bonavina da Rosa *et al.* Editora UNESP (FEU). São Paulo, 2010, p. 360. 361.

MARTINS, L.; QUAYLE, J; LIVRAMENTO, M. L.; SOUZA, M. C. L de. Reflexões sobre a visita médica em um hospital-escola: Psicologia, Saúde e Doenças. Ano/vol. IV, número 001. *In: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.* Lisboa, Portugal. p. 69-82. 2003.

MARX, K. **O capital.** São Paulo: Nova Cultural, 1988. (Coleção Os economistas).

MAUDUIT, J.A. **Quarenta mil anos de Arte Moderna**. Editora Itatiaia: Belo Horizonte, 1964.

MENESES, M.P. Epistemologias do Sul. *In: Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.80, p.5-10, 2008.

MÉSÁROS, I. **Para além do capital**: rumo a uma teoria da transição. Tradução: Paulo César Castanheira Sérgio Lessa. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro e São Paulo: HUCITECE-ABRASCO, 1996.

MISHLER, E. **The discourse of medicine**: dialectics of medical interviews Norwood. New Jersey: Ablex Cop. 1984.

MOSÉ, V. **O homem que sabe**. Rio de Janeiro Civilização Brasileira, 2011.

MOITA LOPES, P. L. da. (org). **Por uma linguística aplicada indisciplinada**. São Paulo: Parábola, 2006.

_____. (org). Uma linguística aplicada mestiça e ideológica: interrogando o campo como linguista aplicado, p.13-42. *In: Por uma linguística aplicada indisciplinar*. São Paulo: Parábola Editorial, 2006.

MONTEIRO, J. P. **Realidade e cognição**. São Paulo: UNESP. 2006.

NERI, R. **A psicanálise e o feminino**: um horizonte da modernidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

NEVES, M. M. H. **Uma visão geral da gramática funcional**. Alfa, São Paulo, 38: 109-127, 1994.

_____. **A gramática funcional**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **Texto e gramática**. São Paulo: Editora Contexto. São Paulo. 2007.

NIETZSCHE, F. Obras Incompletas. *In: Os Pensadores*. Tradução: Rubens Torres Filho. São Paulo: Ed. Abril Cultural, 1978.

_____. **O Nascimento da Tragédia: ou Helenismo e Pessimismo**. Trad.: J. Guinsburg. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

_____. **A Gaia Ciência**. Tradução: Antônio Carlos Braga. Coleção Grandes Obras do Pensamento Universal – 45. Editora Escala: São Paulo, 1998.

_____. **A visão dionisíaca do mundo**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

NUNES, E. D.B. Relação médico – paciente e suas determinações sociais. *In: 164/ Educación Médica y Salud*. Vol. 22. No. 2. 1988.

NUNES, J.A. O resgate da epistemologia. *In: Revista Crítica de Ciências Sociais*, v.80, p. 45-70, 2008.

OSTERMAN, C.A.; FONTANA, B. **Linguagem, gênero, sexualidade** (Org). São Paulo: Parábola, 2010.

PARSONS, T. **The Social System**. New York: Glencoe Free Press, 1977.

PAULO VI. Angelus dominical, 17.08.1975. *In: Observatore Romano* 189 (18-19 de Agosto, 1975).

PIRES, P. A. Amostragem e pesquisa qualitativa - Ensaio teórico metodológico: contribuição da pesquisa qualitativa, p. 154 -211. *In: A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos – Vários autores*. Tradução: Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008.

PLATÃO. **A República**. 10ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. *In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Tradução: Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008, p 205-253.

PORATH, H. C. de. A fragmentação hipostasiada. *In: Debate. Rev. Dig.* Florianópolis, n. 3, p. 56-71, 2007.

PRATT, M. L. **Os olhos do Império**: relatos de viagem e transculturação. Tradução: Jézio Gutierre. Bauru: EDUSC, 1999.

PRIGOGINE, I. **Ciência, Razão e Paixão**. Org: Edgard de Assis Carvalho, Maria da Conceição de Almeida. 2ª ed. Ver. Amp. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2009.

RAJAGOPALAN, K. **Por uma linguística crítica**: linguagem, identidade e a questão ética. São Paulo: Parábola, 2003.

_____. Repensar o papel da linguística aplicada, p. 149-189. *In: MOITA LOPES, L.P. da. (Org.). Por uma linguística aplicada (in) disciplinar*. São Paulo: Parábola Editorial, 2006.

_____. **Nova pragmática**: fases e feições de um fazer. São Paulo: Editorial, 2010.

RAMALHO, V. Hibridismos discursivos na comunicação em saúde. Brasília: Programa de Pós-Graduação em Comunicação da Universidade de Brasília, 2011. *In: Anais do I Colóquio Internacional Mudanças Estruturais no Jornalismo*, p.316-323. Disponível em: <www.mejor.com.br>. Acesso: 12 abr.2011.

RESENDE, V. M. **Análise de Discurso Crítica e etnografia**: O movimento nacional de meninos e meninas de rua, sua crise e o protagonismo juvenil. Tese Universidade de Brasília Instituto de Letras, departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas. Programa de Pós-Graduação em Linguística. 332. Brasília, Junho de 2008.

_____. **Análise de Discurso Crítica e realismo crítico**: implicações interdisciplinares. Campinas: Pontes. 2009.

_____. Representação discursiva de pessoas em situação de rua no “Caderno Brasília”: naturalização e expurgo do outro. *In: Linguagem em (Dis)curso*. Tubarão, SC, v. 12, n. 2, p. 439-465, maio/ago. 2012.

REZENDE, M. **Ginecologia e Obstetrícia**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

REZENDE, V. M.; RAMALHO, V. M. **Análise de Discurso Crítica**. São Paulo: Contexto. 2006.

_____. **Análise de discurso (para a) crítica**: o texto como material de pesquisa. Campinas: Pontes, 2011.

RIBEIRO J. R. (Org). **Hinos homéricos**: tradução, notas e estudo. São Paulo: Editora UNESP. 2010.

_____.; SCHRAIBER, L. B. Autonomy and Work in Medicine. *In: Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (2) A: Apr/Jun, 1994, 190-199.

RODRIGUES JÚNIOR, A. S. Análise crítica do discurso: modismo, teoria ou método? **RBLA**, v. 9, n. 1, 2009. p. 99-132.

RODRIGUES, T.I. **A gravidez e o parto nas centúrias de Amato Lusitano**. Disponível em <http://www.fmvuba.org.ar/histoMedicina/VoII_N1_2009/2.%20AGRAVIDEZ.pdf>. Acesso em: 25 fev.2013.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

_____. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Biotempo, 2007.

_____. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. *In: Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.80, 2008. p.11-43.

_____. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 8ª ed., 2011.

SAYER, A. **Realism and Social Science**. London: Sage, 2000.

SCHWANDT, A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: inter pretativismo, hermenêutica e construcionismo social. *In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, S. Y. O Planejamento da Pesquisa Qualitativa*: teorias e abordagens. Tradução: Andra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006, p.193-257.

SESA/CE. Coordenadoria de promoção e proteção à saúde/núcleo de vigilância epidemiológica. Disponível em: <www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: abr.2012.

SILVEIRA, P. R. C. **Apresentação do livro Olhares em ADC**: VIEIRA, A. J. *et al.* Brasília: CEPADIC, 2009, p. 7-14.

SOUZA, R. N. D. de. **Formação médica, racionalidade e experiência**: o discurso médico e o ensino da clínica. Tese: Doutorado em Medicina (Psiquiatria). Rio de Janeiro: UFRJ, IPUB, 1998. xiv, 290f.

SPIVAK, G.C. Can the subaltern speak?. *In: Colonial discourse and post-colonial theory: a reader.* New York: Columbia University Press, 1994, p. 66-111.

STENGERS, I. **A invenção das ciências modernas**. Tradução de Max Altman. São Paulo: Editora 34, 2002.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Tradução: Grupo de Estudos sobre Ideologia, Comunicação e Representações Sociais da PUC-RS. Petrópolis: Vozes, 1995.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *In: Estudos Feministas.* n.483, v.2, 2002.

TZVETAN, T. **Apresentação da obra**: Mikhail Bakhtin - A Estética da Criação Verbal. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

VALE, N. B.; VALE LÚCIO, F.B.; CRUZ, J.R. Tempo e a Anestesia Obstétrica: da Cosmologia Caótica à Cronobiologia. *In: Revista Brasileira de Anestesiologia*, v.59, n.5, 2009, p: 624-64.

VAN LEEUWEN, T. A representação dos actores sociais. *In: PEDRO, E.R. (Org.). Análise crítica do discurso*: uma perspectiva sociopolítica e funcional. Lisboa: Caminho, 1997.

VENÂNCIO, P. R. Maternidade negada, p. 189-222. *In: História das mulheres no Brasil.* DEL PRIORE, M. (Org.). 10ª ed. São Paulo: Contexto, 2011.

WITTGENSTEIN, L. **Investigações Filosóficas**. 3ª ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Coleção Pensadores).

WODAK, R. Do que trata a ACD: um resumo de sua história, conceitos importantes e seus desenvolvimentos. *In: Revista Linguagem em (Dis)curso*, v. 4, n. especial, 2004.

_____.; MEYER, M. **Métodos de análises crítico del discurso**. Trad: Tomás F. e Beatriz E. Espanha: Ed. Gedisa. 2003.

ZIZEK, S. **Em defesa das causas perdidas**. Tradução: Maria Beatriz de Medina. São Paulo: Boitempo. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A–Protocolo de pesquisa

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 105/10

Fortaleza, 28 de maio de 2010

Protocolo COMEPE nº 113/ 10

Pesquisador responsável: Nádia Marques Gadelha Pinheiro

Deptº./Serviço: Prefeitura Municipal de Maranguape

Título do Projeto: “Pesquisa etnográfica discursiva da interação médico paciente na saúde pública”

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 27 de maio de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para as parturientes**I – DADOS SOBRE A PESQUISA COM OS USUÁRIOS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: Pesquisa etnográfica discursiva da interação médico paciente na saúde pública

Pesquisador: NADIA MARQUES GADELHA

Documento de Identidade Nº : _____ Sexo: () M (X) F

Cargo/Função: Estudante na pós-graduação: doutoranda em Linguística

Departamento: Programa de Pós Graduação em Linguística da Universidade Federal do Ceará

1. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Lerei para você as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Sua participação nesse estudo é muito importante, porque quero saber sobre o seu parto. Suas respostas me ajudarão a conhecer como você está passando esse momento em sua vida. Também quero saber um pouco sobre você, sua vida, quais as dificuldades que você encontrou para chegar até aqui na maternidade; quero saber também como você vê o atendimento dos médicos e médicas que atendem você no seu parto.

2. OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS

Farei uma entrevista e acompanharei seu parto, se assim você permitir. E se você permitir quero bater umas fotos desse momento.

2.1 Entrevistas

O propósito das entrevistas é conversarmos sobre o seu trabalho de parto. Quero também saber se foi fácil, difícil, se foi legal e como foi para você a assistência dos médicos e médicas no seu parto. As entrevistas que irei fazer ela tem são organizadas de modo que eu anote seu nome, a idade e o seu endereço.

Depois que eu anotar seus dados irei perguntar para você as seguintes perguntas:

1. Por favor, fale-me como foi ter esse filho (a)?
2. Conte pra mim como foi esse parto
3. Teve algo no seu parto que não foi legal
4. E agora me fale de você, mulher, mãe, namorada... Como é você?

2.2 observações

O procedimento observação é um momento da pesquisa em que eu ficarei ao seu lado, acompanhando você no momento do seu parto, e no alojamento conjunto. O meu interesse nesse processo observacional é estudar bem direitinho como é o seu parto, como os médicos e médicas fazem o atendimento no seu parto, até o momento em que você tem a alta hospitalar.

2.3 AVALIAÇÃO, DOS RISCOS DA PESQUISA, DESCONFORTOS ESPERADOSE MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS.

O desconforto que esse estudo poderá trazer para você está em modificar a privacidade do seu parto, pois, afinal, é um momento tão íntimo que deveria estar apenas seus familiares escolhidos, as médicas, os médicos e os profissionais da saúde. Para minimizar esse desconforto, me comportarei com muito respeito, silenciosa, sem interferir em nada que possa atrapalhar a equipe, a você e sua acompanhante.

Você pode se sentir resistente, quanto às gravações das entrevistas e das minhas observações. Não se sinta desconfortável, por favor, e por isso peço-lhe desculpas. Normalmente, em pesquisas desse tipo alguns voluntários não se sentem à vontade para conversar, desabafar, assim alguma coisa. Para minimizar tais riscos (desconfortos) pautamos nossas condutas no mais alto critério ético, de forma a respeitar seu espaço, como também dos profissionais que estão lhe atendendo.

As entrevistas serão realizadas nas enfermarias junto ao seu leito no Alojamento Conjunto. Em nenhum momento sua identidade será revelada, nem no momento das transcrições como em futuras publicações. Utilizaremos nomes fictícios. As entrevistas serão realizadas no melhor momento que você decidir, antes da sua alta.

2.3.1 Duração dos procedimentos: 1 encontro para a entrevista sem um tempo muito longo, no máximo 10 minutinhos, e não continuarei, se você não aceitar. Quero deixar você curtindo seu repouso e em muita paz junto ao seu bebê. Quanto as observações acompanharei seu parto, o quanto durar, tanto na admissão, sua chegada à maternidade, no pré-parto, na sala de parto e no alojamento conjunto. Ficarei assim igual a uma acompanhante, com uma diferença, quietinha, caladinha, sem procurar alterar muito o cotidiano da maternidade.

2.3.2 OS BENEFÍCIOS DESSE ESTUDO TANTO PARA VOCÊ DE FORMA INDIVIDUAL COMO PARA A COLETIVIDADE

Sua participação nesse estudo é de grande importância, pois as questões apontadas por você podem contribuir com o debate sobre as questões relacionadas ao parto e ao atendimento no parto pelos médicos e médicas obstetras. Queremos estudar como é um bom parto, e também um parto que não é legal, sofrido, e o que podemos fazer para que todos os partos de todas as mulheres se depender da assistência médica obstétrica seja legal e feliz, assim, como diz minha mãe uma boa hora, um bom parto para todas.

2.3.3 PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS QUE POSSAM SER VANTAJOSOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA.

Você não receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa.

III – ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
2. Você tem a salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
3. Você tem acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas (endereço e telefone para contatos do(s) pesquisador(es):

IV ATENÇÃO: SE VOCÊ TIVER ALGUMA CONSIDERAÇÃO OU DÚVIDA SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA ENTRE EM CONTACTO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC – RUA CORONEL NUNES DE MELO, 1127- RODOLFO TEÓFILO, FONE 3366--8344.

OUTROS ENDEREÇOS IMPORTANTES ESTÃO A SEGUIR DESCRITOS COM INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

- **Pesquisadora**

Nádia Marques Gadelha; Rua Dondon Feitosa, 35, apartamento 1502, Damas Fortaleza, Ceará, CEP: 420.06000. Telefone: 85 98 22 30 00:

Email: nadiagadelha@gmail.com

- **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA – PPGL.** Avenida da Universidade, 2853 – Benfica, Fortaleza – Ce, Cep – 600200-181. Telefone (85 33 66 – 730.

V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
--

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

O ABAIXO ASSINADO _____, _____ anos,

RG: _____, declara que é de livre e de espontânea vontade que está participando como voluntária da pesquisa. Eu declaro que a pesquisadora leu cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Maranguape, ____ / ____ / _____

Nome da voluntária _____

Assinatura _____

Nome do pesquisador: Nádia Marques Gadelha

Data ____ / ____ / _____

Assinatura _____

Nome da testemunha _____

(se a voluntária não souber ler)

Assinatura _____ Data _

____ / ____ / _____

APÊNDICE C–Termo de consentimento livre e esclarecido para os médicos e médicas obstetras



Universidade Federal do Ceará
 Programa de Pós Graduação em Linguística – PPGL
 Av. da Universidade, 2853 - Benfica Fortaleza - CE, 60020-181 (85) 3366-7300

PESQUISA ETNOGRÁFICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Pesquisa etnográfica discursiva da interação médico paciente na saúde pública

Pesquisadora: Nádia Marques Gadelha

Documento de Identidade N° : _____ Sexo: () M (X) F

Cargo/Função: Estudante da pós-graduação em Linguística

Departamento: Programa de Pós-Graduação em Linguística- PPGL da Universidade Federal do Ceará.

1. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação nesse estudo é muito importante, porque queremos estudar as relações dialógicas de você com suas pacientes no parto. Consideramos que o diálogo entre profissional e paciente seja um dos instrumentos importantes para o trabalho de parto. Suas respostas nos ajudarão a conhecer como esse processo interacional é pautado no atendimento ao parto.

2 . OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS;

Entrevistas, observação participante no momento do parto e nas consultas obstétricas aqui na maternidade.

2.1 Entrevistas

O propósito da entrevista etnográfica é colher dados sobre como você se relaciona no processo interacional com as parturientes. As questões de pesquisas suscitam para você a autorreflexão das práticas da humanização obstétrica no âmbito da saúde pública

relacionadas no espaço micro institucional e macro institucional. Conversarei abertamente com você e escolhi as seguintes questões para nortear meu diálogo com você:

1. Como é ser um médico/uma médica obstetra?
2. Como você vê o parto no cenário atual da obstetrícia?
3. Como é ter que atender as mulheres, aqui no Maranguape?
4. Como é você vê a humanização do parto?

2.2 observações

O procedimento observação é um instrumento metodológico da pesquisa etnográfica e tem como objetivo identificar como o processo relacional entre você e as parturientes no evento assistencial ao parto natural e na consulta obstétrica são efetivadas. A observação pretende identificar como você atua em seus papéis profissionais, para manter para mais ou para menos, as posições mais assimétricas, ou menos assimétricas nas relações entre você e as parturientes. O interesse nesse processo observacional é estudar como a interação entre você e parturientes são decorrentes da práxis científica da Medicina obstétrica, se ela é mais pautada numa visão hegemônica da ciência pautada numa racionalidade de risco, ou se essa racionalidade alcança paradigmas dialógicos mais plurais, holísticos, hibridizados que mesclam outras epistemologias preconizadas pelo Ministério da Saúde no atendimento ao parto humanizado.

2.3 AVALIAÇÃO, MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS DA PESQUISA E DESCONFORTOS ESPERADOS

Os desconfortos que esse estudo poderá trazer para você estão em atrapalhar um pouco o seu cotidiano aqui no Hospital. Unidade Básica de Saúde, além de suscitar um desconforto psicológico nos momentos da observação nas consultas e no momento do parto.

Você pode se sentir resistentes quanto as gravações das entrevistas e das minhas observações. Normalmente em pesquisas qualitativas alguns participantes não se sentem à vontade no campo de pesquisa. Para minimizar tais riscos pautamos nossas condutas no mais alto critério ético, de forma a respeitar seu espaço, como também do seu paciente.

As entrevistas serão realizadas de forma privada no consultório, sem o acesso de outras pessoas para que você sinta-se a vontade. Em nenhum momento sua identidade será revelada, nem no momento das transcrições como em futuras publicações. Utilizaremos nomes fictícios.

Quanto as observações durante as consultas ficarei no consultório de forma discreta sem interrupções.

2.3.1 Duração dos procedimentos: 1 encontro para a entrevista; e para cada parto a ser realizado no seu plantão o acompanhamento da observação. A pesquisa etnográfica é de longo curso, portanto, peço permissão para ao longo de seu desenvolvimento, eu tenha a chance de acompanhar os partos de cada plantão seu aqui na Maternidade.

2.3.2 OS BENEFÍCIOS DESSE ESTUDO TANTO PARA VOCÊ DE FORMA INDIVIDUAL COMO PARA A COLETIVIDADE

Sua participação nesse estudo é de grande relevância social, pois as questões suscitadas por você podem contribuir com o debate político da humanização da práxis obstétrica no atendimento ao parto humanizado, como também o debate sobre a humanização do parto alcança a atenção primária na estratégia da saúde da família. Os benefícios podem ser discutidos com os gestores locais e com a comunidade acadêmica, comunidade com a qual nós pesquisadores temos o dever ético de compartilhar os debates e novas teorizações e epistemologias da prática assistencial no parto humanizado, para uma melhor atuação da saúde pública às demandas das parturientes e gestantes, como também uma melhor resolução das questões dialógicas entre profissionais e parturientes SUS- dependentes.

2.3.3 PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS QUE POSSAM SER VANTAJOSOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA.

Você não receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa.

III – ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

4. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
5. Você tem a salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
6. Você tem acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas (endereço e telefone para contatos do(s) pesquisador(es):

IV ATENÇÃO: SE VOCÊ TIVER ALGUMA CONSIDERAÇÃO OU DÚVIDA SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA ENTRE EM CONTACTO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC – RUA CORONEL NUNES DE MELO, 1127- RODOLFO TEÓFILO, FONE 3366--8344.

OUTROS ENDEREÇOS IMPORTANTES ESTÃO A SEGUIR DESCRITOS COM INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

- **Pesquisadora**

Nádia Marques Gadelha; Rua Dondon Feitosa, 35, apartamento 1502, Damas Fortaleza, Ceará, CEP: 420.06000. Telefone: 85 98 22 30 00:

Emai: nadiagadelha@gmail.com

- **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA – PPGL.** Av. da Universidade, 2853 - Benfica Fortaleza - CE, 60020-181
Telefone (85) 3366-730.

V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO
--

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

O ABAIXO ASSINADO _____, _____ anos,

RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ / ____ / ____

Nome do voluntário _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Nome do pesquisador _____

data ____ / ____ / ____

Assinatura _____

Nome da testemunha _____

APÊNDICE D – Modelo de entrevista etnográfica**1 DADOS PARA O ARMAZENAMENTO EM NO BANCO DE DADOS DA PESQUISADORA**

Nome _____

Idade _____ Data de nascimento _____

Estado civil _____

Local onde nasceu _____

Endereço _____

Trabalho _____

2 parte:*Questões norteadoras da entrevista com as mulheres*

1. Por favor, fale-me como é ter mais esse nenê (caso a mulher seja multípara).
Se for nulípara: como foi ter esse filho?
2. Conte pra mim como foi esse parto.
3. Teve algo no seu parto que não foi legal?
4. E agora me fale de você, mulher, mãe, namorada... Como é você?

Questões norteadoras da entrevista com os médicos e médicas

1. Como é ser um médico/uma médica obstetra?
2. Como você vê o parto no cenário atual da Obstetrícia?
3. Como é ter que atender as mulheres aqui em Maranguape?
4. Como você vê a humanização do parto?

APÊNDICE E - Explicando os desenhos das mulheres grávidas peregrinas

Querida Nádia

A polifonia do silêncio é mais poderosa que a sinfonia dos sons auditivos. Os sons ou barulhos convencionais são limitados pelo sistema sensível do nosso aparelho auditivo, o qual tem uma faixa de frequência determinada; enquanto os “sons” ou a “polifonia” das vibrações energéticas são mais atuantes no campo do sentimento extra-sensorial, o qual independe de qualquer sistema cognitivo.

É justamente nessa sinfonia infinita e silenciosa que se encontra aquilo que chamamos arte. É a eloquência silenciosa da estética significando a razão do existir. Mais eficiente que a luz, pois, tanto um cego como um surdo ou até um “morto” podem perceber. Em suma, a arte é a própria vida. Por isso considero a gestação uterina a realização de uma obra de arte sinfônica, cujo “grand finale” é o parir.

Encontrei na sua pesquisa os mesmos personagens que povoam minhas pinturas. Conheço todos! Na sua pesquisa, também, aparece a figura do pai, “aquele que come, emprenha e cai fora”. Ao ler as narrativas das suas mulheres identifiquei as mesmas imagens, e algumas delas estão fiel ao seu texto: fiel de uma forma a mais estonteante possível. A arte não é representação.

A arte é a polifonia tal como o seu filósofo da linguagem Bakhtin afirma. O artista em alguns eventos resgata algumas das polifonias orquestradas por milhares de vozes, imagens, sentimentos: Vi no seu texto tudo vibrando e os desenhos são cada evento de parição em processo de uma fecundação infinita.

O desenho não é pacificada pelo silêncio do papel. Ao penetrar no texto tudo se move, tudo é movediço nos arrasta para muitos lugares, corpo, alma, céu, inferno. Tudo é eco. Tudo é um chamado, e o desafio é o de ser tragado por cada som, cada discurso, cada olhar, os milhares que nos roubam na cena viva, infinitamente viva. As vozes de suas mulheres peregrinas são as mesmas que nós você e eu em nossas andanças desde há muitos conhecemos pelas ruas dolorosas dessas estradas.

Veja bem os desenhos: eles falam, sorriem, murmuram, calam, gritam... e choram. Discursam, imploram, suplicam dentro do silêncio da folha de papel e na fala, também, silenciosa do risco. Os personagens que você catalogou são atores e atrizes de um palco chamado de sala de parto, mas que, na verdade metafórica é o cenário da ópera interminável chamada nascer e cujo único ato se chama dar a luz.

Todos os desenhos têm uma numeração correspondente a um pequeno texto explicativo em anexo. Esses textos servem de auxílio à leitura das ilustrações. Não coloque essas explicações no seu texto acadêmico. No máximo nos anexos. Cada leitor recriará da maneira que vê as suas explicações. Pois nenhum texto permanece original na fonte primordial do artista, ou do autor. O belo dessa intertextualidade é a recriação contínua, infinita que a arte no texto deriva recria na medida da possibilidade da escuta e da sensibilidade de cada um.

Os desenhos são minha pequeníssima contribuição à sua tese “DAR A LUZ”.

Com o beijo do mano,

Descartes Gadelha,

Fortaleza, 14 de maio de 2012.

Desenho nº 1: GRÁVIDA SOLITÁRIA

Jovem grávida esperando ônibus que a deixe na maternidade. É noite. Humilde, vestido simples, sandálias, uma toalha protegendo a barriga. Um lenço simples protege a cabeça; segura uma mala típica cearense contendo talco, perfume de bebê, algodão... roupinhas de bebê e outros paninhos. A expressão é de expectativa e de angústia. A mulher solitária encosta-se no poste, o qual tem uma placa de parada de ônibus.

Desenho nº 2: AJUDA DA MÃE

Filha sendo levada pela mãe na garupa da bicicleta para parir numa maternidade. Chove. A mulher grávida se protege com um plástico.

Desenho nº 3: CATADORA DE LIXO

Pelas noites da grande cidade catadora grávida puxa o pesado carrinho com a catação do dia. No alto dos sacos estão os dois filhos. Mais tarde, quando vender a sucata para o galpãozeiro, irá para a maternidade parir.

Desenho nº 4: SOLIDARIEDADE MATERNAL

Gesto de solidariedade. Mãe grávida oferecendo uma tigela com caldo à filha adolescente também grávida.

Desenho nº 5: PARTO NA RUA

Parto executado improvisadamente dentro de um carrinho de catação por um policial. O filho mais velho segura a mãe que está em contração e o menor sobe num saco de lixo para observar. É tudo natural. A vida acontece e é celebrada em qualquer local.

Desenho nº 6: NO RUMO DA MATERNIDADE

Avô levando a neta para a maternidade no seu carrinho de trabalho.

Desenho nº 7: MÃE, FILHOS, GRAVIDEZ E O CRAK

Drogada grávida fumando crack ao lado dos dois filhos. Detalhe da paisagem humana degradada pelo vício acontecendo em todos os lugares e o milagre da vida insistindo em se manter.

Desenho nº 8: INDO PARIR

Adolescente grávida vai solitariamente de bicicleta em busca da maternidade para tentar parir. Leva na garupa uma caixinha de papelão envolvida com plástico contendo materiais de

aspepsia: algodão, asseptol, talco, mamadeira, chupeta, fraudinhas, mercúrio cromo e desodorante.

Desenho nº 9: PARTO NA MATA

Mulher em desespero parindo solitariamente em plena mata numa noite chuvosa.

Desenho nº 10: HUMANIZAÇÃO NO PARTO

A humanização no parto é bastante reivindicada pelas parturientes. O desenho refere-se a um obstetra na sala de parto acolhendo uma parturiente com gentileza enquanto expressa segurança profissional. O médico demonstra atenção, respeito e compreensão.

Desenho nº 11: ESSE MENINO NÃO É MEU

“ESSE MENINO NÃO É MEU”. É um jargão nas discussões entre os casais quando o homem nega a paternidade ao ouvir a mulher dizer:

“MEU AMOR, ESTOU ESPERANDO UM FILHO SEU”.

Desenho nº 12: PRESA PELO ROUBO DE UM PÃO

Adolescente grávida é presa porque furtou um pão. Cena estereotipada de manutenção dos programas televisivos especializados em crimes nas camadas carentes. Grande sucesso nos horários nobres do almoço e do jantar. A assistência dos telespectadores é total nos lares, praças, telões de restaurantes.

Desenho nº 13: PARTO COM FÉ

Nas maternidades a religiosidade cultural está presente. Parturientes se agarram com Nossa Senhora do Bom Parto antes de darem a luz.hospitais, escolas, ônibus, aeroportos etc.

ANEXOS

ANEXO A –Fragmentos da experiência etnográfica

AQUI ESTOU REGISTRANDO MEU COTIDIANO DE PESQUISA ETNOGRÁFICA

Em 07 de fevereiro de 2010. Página 1 do meu Diário de Campo.

Segue algumas cenas de minha experiência etnográfica. Impossível resgatar todas as riquezas de detalhes inscritas no Diário de Pesquisa. São tantas as informações, angústias registradas, reflexões construídas, roteiros, mapas, cronogramas, entre questões teóricas e metodológicas que não há espaço para falar de todas elas. Talvez um dia eu consiga quem sabe! Por enquanto, apenas fragmentos importantes que selecionei. Quanto às entrevistas também apenas algumas foram selecionadas desse cotidiano rico em ‘fluxos atordoantes’. As primeiras experiências no campo de estudo registradas são anotações simples, e marcam um esforço de construção de um cotidiano de sistematização que foi amadurecido ao longo dos 2 anos de mergulho etnográfico.

NOTA DE CAMPO 1

Estou na recepção do Hospital. Aproveito para conversar com as mães ou amigas, /acompanhantes. Registro aqui nesse diário, notas importantes. Creio que essas notas iluminarão o campo discursivo de ontologias não “visíveis”.

Não tem plantonista clínico no Hospital e enquanto as coisas estão calmas no Centro Obstétrico, o médico se desloca para a emergência clínica. Eu entrarei no Consultório daqui há pouco. Por enquanto irei conversar aqui na sala de espera com uma senhora que veio da Lagoa do Juvenal que vem acompanhada de seu namorado Esta senhora tudo indica está com suspeita de gravidez. Tem aproximadamente 40 anos. Mas muito mais envelhecida. Uma aparência muito sofrida. Roupas simples, chinela de ‘rabicho’, um rosto desfigurado pelas imensas mutilações dentárias: uma estética da pobreza: O lindo nessa estética não hegemônica é o carinho de seu atual namorado: um senhor que aparenta estar perto dos setenta anos, afetuoso, sempre afagando seu ventre, lhe cobrindo de muito carinho. Preservei ao máximo o modo de falar dos atores e atoras do campo de pesquisa, inclusive, mantendo-me num maior nível de isomorfia desse processo dialetal, reproduzindo o meu modo de interlocução no mesmo padrão.

BEBEL DA LAGOA DO JUVENAL

Nádia: oi. A senhora é dona Izabel que irá ser atendida daqui há pouco?

Bebel da Lagoa do Juvenal: sim, eu sou a Bebel... Moro lá na Lagoa do Juvenal. Eu queria era tomá meu remédio pra mim ficar boa. Pa mi consegui a minha; a, a merma vida que eu tinha da saúde, e quê... Trabalhar, né. Pá trabalhar pra viver uma vida melhor, né. Mas a dotora disse que parece que tô buchuda. E é desse véi que tô vivendo mais ele agora (risos).

Nádia: hum, hum.

Bebel da Lagoa do Juvenal: meu problema de saúde é: diabete, pressão e falta de durmi. Acho que num é coisa de bucho não.

Nádia: hum, hum,

Bebel da Lagoa do Juvenal: é tomo diazepam e remédio pá diabete e pá pressão que eu acho que num tomou direito.

Nádia: é a primeira vez que você vem, aqui?

Bebel da Lagoa do Juvenal: não... Eu já andei... Eu já andei em Fortaleza. Messejana passei der dia. Aí, fui po Cascavel, passei uns quato mês por lá. Aonde eu vim ter minha solução foi no Cascavel, né. Ai eu miorei ai fiquei doida pa vim me imbora né, pra cá. Porque é... Minha irmã também aqui aculá, é... Ela bebe umas cerreijinha, sabe. Ai às vês, a... hum...ninguém se dá muito bem, né. Ai, quando eu saí da M... Messejana, ela me levô lá pá casa da mirmã. Lá, mirmã começou bebê, aí agente se descontrolou-se, ela me deu uma pisa e a minha sobrinha me deu ôta pisa também.

Nádia: valha- me Deus? Tu levou uma pisa?

Bebel da Lagoa do Juvenal: Foi... Foi... Eu num tô mentino. É verdade.

Nádia: e tava todo mundo bebo?

Bebel da Lagoa do Juvenal: não, é porque nós tava bebendo junto, né.

Nádia: hum...

Bebel da Lagoa do Juvenal: Ai eu tarra doida tamém.

Nádia: tu tava botando boneco, é?

Bebel da Lagoa do Juvenal: não, não. Eu tarra doida pa mim bebê uma cerreija, né.

Nádia: hum..

Bebel da Lagoa do Juvenal: e ela rá tarra queimada, né.

Nádia: Ah...sei...

Bebel da Lagoa do Juvenal: Aí, eu, eu cum raiva porque ela tarra bebendo e eu queria bebê tamém, aí que taquei a mão a... assim na, na cara dela, né. Aí ela avançou em cima né de eu e empençou eu na parede e arroxou o nó (rsrsrs). Meteu a peia pra cima. Aí quando ela terminou, a sobrinha começou.

Nádia: hum... e bateru em riba de tú?

Bebel da Lagoa do Juvenal: bateru. Aí nesse mermo dia eu arrumei minhas corra e me vim me imbora.

Nádia: hum, hum...

Nádia: aqui no Maranguape? Você tem uma casa? Você mora aqui e sua família mora tudo junto?

Bebel da Lagoa do Juvenal: não. Eu moro, eu moro na minha mãe na Lagoa de Juvenal...

Nádia: na Lagoa do Juvenal? Longe né daqui.

Bebel da Lagoa do Juvenal: ...mais ele aqui. Ele aqui é meu segundo marido.

Nádia: certo.

Bebel da Lagoa do Juvenal: sabe...vévo cum umas tontices.

Nádia: hum...

Bebel da Lagoa do Juvenal: e ele já é... Ele é, ele tem até cuidado comigo pá eu num bebê, né.

Nádia: você acha que tá com essas tontices num é mode a bebida?

Bebel da Lagoa do Juvenal: é sim. Porque eu me acostumei a que ele, ele tem um bar, né, beber junto com meu marido, né. O primeiro marido. Aí quando ele bebia uma, me dava também. Um dia eu tava larrando ropa, eu num tarra nem a fim de beber. E ele começou: não, toma uma, toma uma, toma uma. Aí eu num tarra a fim não. Ai ele disse: não tome só uma. Aí a senhora sabe quando arrente toma uma, aí o distino é de tomá mais, né.

Nádia: tomar duas, três, quatro, é?

Bebel da Lagoa do Juvenal: é. Aí pronto. Aí eu cumeçei a me aviciar. Aí cumeçei cair no mei da rua. Cumeçei a se dî, dî, despravar, né. Aí foi o fim. Aí quando ele viu que num darra mai certo, ele me, me jogou fora, né.

Nádia: você, é... tem quantos filhos?

Bebel da Lagoa do Juvenal: eu tem um seis filho. Seis filho. Uma é casada. Ôto, o ôto é irmão que os ôto tão tudo soltero. Duas moça e dôl rapaiz.

Nádia: um bocado de gente né...

Bebel da Lagoa do Juvenal: poi num é muié, mais eu acho que num é menino mais não. Minhas doenças e tontices foi pur causa da bebida, Eu já tô véia num tenho nenhum pé de dente na boca (risos), e agora que essas tontices... Num pode, né. É, é, é eu tomar meus remédio, E... Eu lavo rôpa. Eu varro casa. Eu lavo os prato, faço almoço. Pó perguntá à ele aí. Sábado agora eu larrei uma ruma de rôpa. Má o meu pobrema é mau no braço. A dô no braço que eu sinto, sabe. A dô no braço que eu sinto. Aí eu queria que a dô do desse braço passasse que é, foi aonde do lado que eu tive a trombose, né.

Nádia: você já teve trombose?

Bebel da Lagoa do Juvenal: já. Foi, foi a trombose que eu tive depois do meu derradeiro minino. Tarra com a pressão alta aí deu o ataque, eu tive na berinha da morte. Ai eu, aí foi

aonde foi onde eu fiquei internada. Eu num fiquei internada naum. A minha irmã me levou pro Cascavel e lá me tratei, né. Me cuidei, né.

Nádia: hum, hum...

Bebel da Lagoa do Juvenal: aí aqui aculá quando eu, eu, eu, quando eu, eu sinto desgosto, aí eu cumeço a beber, sabe.

Nádia: hum...

Bebel da Lagoa do Juvenal: aí quan.. Com um pouco tempo eu paro. Eu passo um bucado de dia. Passo der dia, vinte dia sem beber. Mas a minha solução é deixar de beber.

Nádia: é Bebel da Lagoa do Juvenal: pode ser né. Vim aqui no médico pá eu parar de beber, tumá meus remédio, parar de beber e ficar boa, né. Saber que ele passar uns remédios aí eu ficar despreocupada, porque fiu no último mínimo meu eu quase morri, e se eu num mim cuidar né arriscado, num é? Inté morrer, deur me alivre.

Nádia: hum rum...

Bebel da Lagoa do Juvenal: aí se eu tiver buchuda num beber num fumá, tomá meus remédio. Que eu tenho capacidade de ficar boua. Tá entendeno? O médico me disse pá mim. Ar dotôra me disse pá mim. Que é a minha solução eu parar de beber. E com, e... tomá meus remédio direitim. Que eu tenho capacidade de ficar boua.

Nádia; hum rum... certo.

Bebel da Lagoa do Juvenal: quando eu me consuto, e recebe meus remédio, o meu diazepam, lá no CAPES¹²⁴ num tem diazepam, faz é tempo que falta, quando eu tenho dinheiro, eu vô, eu mando buscar no Maranguape, né. Pego a receita. Mando buscar no Maranguape, né. Que eu durmo mais quando eu tomo diazepam. Sabe. Devido o que dá, né. Aí eu me acordo de novo. Aí quando eu me acordo já é de manhã.

Nádia: dorme bem com o diazepam, né?

Bebel da Lagoa do Juvenal: é . Eu tenho falta de sono, né. De assim devido, sei lá... Eu acho que...

Bebel da Lagoa do Juvenal: (choro..) é que eu fico pensano nos meus fí. Todo o dia eu choro.

Nádia: é...

Nádia: todo dia chora?

Nádia; porque não tá com eles?

Bebel da Lagoa do Juvenal: meus três filho que foram criados no Aracapé, eles não tão dando de conta de mim. Onde eu fiz mais por eles.

¹²⁴ Capes: centro de atenção psíquico social

Nádia: hum...

Bebel da Lagoa do Juvenal: Eu, eu...não... EU tinha é vontade de viver com eles....

Nádia: você queria morar com eles, com seus filhos?

Bebel da Lagoa do Juvenal: num é, dotora, É eles quando eu chegava nas carra deles, eles me recebia, né...como mãe. Eles num mim recebe como mãe. Eu chamei o que tem dezoito ano, chamei ele, lá no, ele na no trabai dele e ele nem abriu a porta pra mim.

Namorado: acho é que por caso de... [...] esse negócio de mãe. Passa é achando graça, mangando dela – Fala do namorado. Mas é assim mermo. (NESSA FALA DA Bebel seu namorado intervém)

Nádia: Seu filho mais velho ele não abriu a porta pra você?

Bebel da Lagoa do Juvenal: não. Porque ele tem um lanchonetezinha, sabe. Assim... Perto, perto do, da do, da, da parada do oimbu, né. Aí, que... eu durmia na casa da vizinha, né. Quando eu cheguei lá, durmi na casa da vizinha. Aí, a vizinha mutto legal, né. Como eu vendia, eu vendia tapete pá ela, né. Aí eu pegava, aí eu durmi lá. Melhor durmida lá. Aí ele pegou... Quando foi no ôto dia eu fui lá na lanchonete. Que ele abe cedo. Ele... Quato hora ele tá na lanchonete. A hora que os oimbu começa, a, a passar, né. Aí ele me deu foi o dinheiro da passagem de, de volta. Do oimbu voltar atrás pá lagoa. Aí eu tô na casa da minha mãe. Tô na casa da minha mãe. A minha mãe ligou nessa semana má a minha irmã disse assim: você pode ficar aí que a casa num é só do, do seu, do seu irmão não. Do Pedo não. É sua também. É sua também.

Namorado: essa irmã dela não mora mais ela não. A casa vive desocupada. Quem mora na casa é o irmão dela.

Nádia: hum ,um...

Namorado: eu tô lá mais ela. Passei um tempo sem ela e peguei e voltei de novo. Aí eu votei pá viver mais ela. Enquanto eu termino de fazer a minha casinha. Que semana que entra a minha casa tá pronta. Porque eu quero ela dento de casa mais eu principal agora que tá suspeita de buchuda.

Nádia: Tá certo.

Bebel da Lagoa do Juvenal: aí eu disse pá ele que na hora que minha filha chegar, quando eu tivé com ele, ele aceitar ela. Essa minha filha também tem vergonha de mim, ela num me quer lá onde ela veve. Ela trabaia na casa lá, lá perto da minha mãe. Ela num me pedi a bença, Ela diz que tem muita vergonha, assim mode eu ser dispravada, cair no mei da rua beba, né, e eu agora me ajuntando com esse véi, ele vai mim dá um casa pra viver nós dois e eu queria que minha filha pudesse entrar lá. Ele disse que fi que num pede bença a mãe num tem perdão não. Que erlas são umas menina boua, sabe. Elas são umas menina educada. Umas menina boua, sabe. Aí, quando deu mi alembro que sofri tanto pra ter meus fi tanta dor, a gente quer tanto bem e agora porque tô nessa vida de dispravação elas num me querem mais. ... Porque

sou mãe, né. Na hora que ela chegar, ele aceita elas. Porque, eu.. eu amo, meu, meus fi. Eu amo tudim, muié.

Nádia: é um amor danado, né? Quem é mãe é que sabe, né?

Bebel da Lagoa do Juvenal: eu fiz tudo por eles. Tudo... Trabaio em casa de família. Fiz tudo....

Namorado: mas o filho dela que tirou ela da casa dele, ele ta tá errado. Porque a mãe da gente por ruim que seja, que beba, que caia na rua, arrente tem que ajuntar e butar dentro de casa. É mãe. Mas não dizer: “Vá simhora que num quero você aqui não porque você bebe”. Falou de fulano. Fala da mãe em casa de fulano. Mas num tem nada a ver, rapaz, É mãe né.

Bebel da Lagoa do Juvenal: por isso eu num quero ele num aceite meus fi não. Eu queria puder ver tudim junto. E ainda apareceu essas tontices, essas vontade de provocar igual a ontoge. Má eu tenho, eu tenho um remédio lá em casa pá diabete e pá pressão, sabe. Agora, eu vim, eu vim dizer pá dotôra que eu to sentino uma dor no braço, sabe. Acho que é devido do lado que eu tive AVC, né. Aí eu tive cansaço no braço, assim, um cansaço duído, sabe. Aí eu queria que ele passasse um remédio, assim, pá essa dor que eu to sentino no braço, né. Pá vê, pá vê se, se é alguma coisa. Alguma... que tenha solução, né. Pra mim puder fazer minhas coisa, né. Que eu vou morar mais ele, né. Vou precisar de larrar um prato, banhar uma casa, lavar rôpa, né. Aí tudo eu tenho que fazer, né. Porque... Taí, ele mermo sabe. Taí. Ele mermo sabe que sábado, eu lavei uma ruma de rôpa. Num foi? Aí lá na casa do meu irmão, foi cortado negia, foi cortado água que num pagô. Quando eu cheguei mai rêle aqui, na primeira vez, ele anda cuns papel, sabe. De negia que era pá ele pagá, sabe. Aí ele queria era o dinheiro que era pá... Pá puder disabá no mei do mundo. Aí, quem dá água a ele e eu aqui, é a vizinha. A vizinha gosta mito de mim. Sabe. Tudo dela é: pode tirá água do tanto que você quisé aí. Aí nessa semana nós inchemo tudo, aí quando nós chega lá, nós vamo incher, o po, o pote, o corra o banheiro, a, o negócio da porta lá é furado. Ele num vai arreitar, porque ele disse que vai me levar, né. E eu num vô ficar lá na ca, na casa da minha mãe, sabe.

Namorado: semana que entra eu vô desocupá a casa da mãe dela, semana que entra eu vô desocupá a casa da mãe dela que é dos irmão dela, dos herdeiro, que a minha vai ser terminada semana que entra. Não é propriamente minha, mas é. Porque eu vou tirá o dinheiro na Caixa Econômica e vô pagá, né.

Nádia: tá certo, pois sim Bebel, diga aí o que é que tu acha que, quando tu, tu assim, pensa que... tu me contou todas as tuas coisas. Tua tristeza, a tua doença que é o, que a pressão alta, a diabete, a bebida. É... Quando você está assim triste, tudo... E quando você pensa nos teu fi né e se tu tiver buchuda mermo?

Bebel da Lagoa do Juvenal: é uma esperança que eu fique boa, né. Que eu boto o, o barco pá frente, né. Que eu fique boa, né. Porque or médico qué que arrente fique boa, né. E quando Deus dá um bucho é sinal que tô, que posso ter saúde né, os outro fi num mim quer bem né e agora eu mais o meu véi nós se quer muito bem né...vai se for de ver, ser uma coisa de Deus nar nossa vida né. Tem uma dotôra aqui que é ótima. Faz tudo... Diz ela, ela no, no meis pa...

no méis passado que eu vim, ela levou um papel, sabe. Eu disse a ela que tava necessitano. Que tinha quato fi. Tinha duas filha pá terminá de criá, né. E tá pesano... eu queria um apoio de quê, assim, tipo, tipo, hum, hum, hum, tipo assim, assim como uma pensão, né. Uma pensão pra mim. Pra mim, pra mim, né. É, é, é, é ajudar minhas três. Minhas fia veve nas casa, né. Comeno as custa dosôto, sem pudê ajudar, né. Aí eu queria assim também, pá me alimentar milhó, né.

Nádia: quantos anos tem tuas fia? tu falou que tem três muiê é isso ?

Bebel da Lagoa do Juvenal: Sim. Três fia: uma de 12, a ota de 14 e a ota de 9 ano. Tudim veve nas casa, assim pá cume, num ganha dinheiro não, é só pá cumé ter as coisas, ropinha, essas coisinha.

Nádia: tão da escola?

Bebel da Lagoa do Juvenal: tão sim o pai delas recebe o bolsa família num dá um tustão pa elas. As muié do conselho titlar num deixou eu receber não. Por causa da dispravação.

Bebel da Lagoa do Juvenal: chorando muito.

Nádia: Bebel, as coisas da vida muda muié, tú agora arranjou teu véi, tú vai pra tua casa, vai ter um cantim só teu mais teu véi né...

Namorado: ela, ela, eu falei cum ela, sabe. Aí ela, ela pegou, pegou um papel e entregou pá Assistente social. Aí disse que era pra lerrá po Maranguape, né. Aí eu num sei, se, se eu rô consegui, né tirar ela do conselho tutelar. Eu vô mim casar cum ela de padre, De papel num posso pois ela é casada de papel mais o ex marido dela. Eu tirei ela do mei da rua, truxe pra junto de eu. Quando num tá beba tem um bom coração, é trabaiadora, far tudo dentro de casa. Carrega lata d'água, pranta, limpa terreno, pega no machado que nem um home. Eu tô cum muita fé de tiver esperando um minino São Francisco de Canindé vai acabar cum a cachaça dela, rá disse pra ela nóis vai a pé pagar promessa. E se nascer minino home va ser Francisco das Chagas. E vai só cortar os cabelos só com cinco ano. Sacrifiço mar tem que di sê assim.

Nádia: êta que historia botina né Bebel, teu véi é um cabra muito macho.

Risos

Bebel da Lagoa do Juvenal: ham só tu vendo muié aqui pra nóis... ele é mermo um véi muito macho, e num sabia nem que ele ainda fazia minino muié? Já pensou eu cum 40 ano e buchuda? Nóis se que muito bem. Nóis só dorme agarrado um cum outro.

Nádia: pois é e casinha nova é que tudo vai ser lindo né.

Bebel da Lagoa do Juvenal: eu ficá boa. E sigui o barco pá frente. Porque, se eu ficasse boa, o que eu eia fazer: eu ia trabaiá na, nas casa de famía. Eu ia receber o salário como eu recebia. Tá entendendo? Que eu trabaiava de primeira e meu marido as veiz tava parado, o quê que eu fazia? Eu ia trabaiá. Nas casa de famía. Ganhava um salário. E eu, e eu peguei muito patrão,

muito, muito patroa e patrão bom. Aí eu queria, assim: ter minha saúde, né. Como eu tinha, né. Como eu tinha. E seguir o barco pra frente, né.

Nádia: Bebel tú tá só de antoge muié, isso passa. Tú vai ficar boa. Parar de beber umas cachacinha pra ter um gravidez saudável né.

Namorado: eu diche pra ela. Se rotar a beber cachaça dessa é última veis que fico cum ela.

Nádia: obrigada Bebel, obrigada seu Francisco, boas sortes.

NOTA DE CAMPO 2 : REFLEXÃO DA NÁDIA ANGUSTIADA.

Maranguape, Gonzaguinha, 2010.

Conversando com Bebel e seu namorado inevitavelmente chorei. Refletir sobre sua miséria moral, social. E as gotas de esperança que a vida respinga em seu corpo maltratado, envelhecido pela dependência etílica. Seus quatro filhos, apartados. O mais velho 18 anos tem uma lanchonete. Uma banquinha debaixo de um pé de pau nas garagens de ônibus lá no Itapebussú; Vende bolo que compra da padaria, caldo, refresco, tapioca. (As informações me foram passadas pela agente de saúde da área). As meninas tem vergonha da mãe alcoólatra. . Na escola são apontadas com as filhas da bêbada. Tem pouco rendimento de aprendizagem. Dilma a agente de saúde revelou-me que Bebel muitas vezes vive às quedas pelas ruas do lugar. Suas filhas são as empregadas “escravas” infantis que prestam serviços cuidando de crianças, lavando, entre outros afazeres domésticos. Que sina meu Deus? Como será a gravidez da Bebel? Levará à termo? Conseguirá ter mais esse filho? Qual o destino desses personagens? Como essas coisas me angustiam? Por que a vida tem que ser assim tão injusta para Bebel, e não é para tantas outras? Como encontrar lógica na existência humana? A vida não tem lógica? A lógica teria sido mais uma invenção da racionalidade? Onde estaria a explicação? Seria mais uma ontologia não epistemologizada pela filosofia, pela razão pela religião? Qual das epistemologias podem ainda surgir para inventarmos a lógica da dor? A miséria das profundas assimetrias existenciais?

**CONSULTA DA MÉDICA GINECOLOGISTA-OBSTETRA QUE ATENDE UMA
PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA NO HOSPITAL E ESTÁ GRÁVIDA.**

Dona Maria: eu fumo só uma coisinha dotora

Médica: senhora... a senhora se operou de câncer de mama foi?

Dona Maria: me auperei. Mar deru um prazo. Mar o médico que me operou que eu levei pro Maranguape fazer a biópsice e tudim, aí o médico disse que estava mais pa berar de que não, que já tava muito... né tarde de tirar.

Médica: tá com quanto tempo isso Dona Maria?

Dona Maria: acho que ta cum uns três ano que eu tirei...

Médica: senhora é acompanhada no ICC¹²⁵, ou não?]

Dona Maria: de jeito nenhum.

Médica: dói?

Dona Maria: dói. Dói. Esse tá cortado. A lâmina no meu peito eles me deram dentro da lâmina. Deru em pé.

Médica: eles não tiraram a lâmina, tiraram só o caroço, né?

Dona Maria: só o caroço, foi. Ai eu fui pá Maranguape, eles bateru, o tempo que eu fui por fora já tarra sarado mas por dentro rá num tinha fechado a lâmina.

Médica: quando foi que a senhora fez alguma vez mamografia?

Dona Maria: Ah, ta com um tempo.

Médica: mas dona Maria, a senhora não pode ficar esperando aparecer agente de saúde lá não.

Dona Maria: não. Mas eu to lhe dizeno. Arrente sai quato hora, quato e meia pa consegui uma ficha aqui. Eu cheguei aqui cinco hora da manhã não tinha mar uma ficha pum dentista. Cinco hora da manhã, você presta atenção. Acho que você tem ideia da viagem pa vim pra cá.

Médica: eu tenho, porque eu faço visita lá, sempre.

Dona Maria: pois é.

Médica: a senhora mora mar longe do que aonde eu já fui. A “Pretinha” quando teve aquele acidente? Agente ia quase toda semana lá visitar.

¹²⁵ ICC: Instituto Cearense do Câncer. Instituição filantrópica conveniada com o SUS, trata de cânceres, e fica situada no na cidade de Fortaleza.

Dona Maria: sim, lembro. É mais longe. É mais longe que donde eu moro. Num to dizeno. Aí chega aqui, não tem mais ficha não. Aí arrente volta pra merma... “Não, venha no fim da semana”. Já, aí chega aqui, não tem. Que agente mora longe.

Médica: Num chega a tempo, né. Mais puder chegar aqui e a Dilma conhece, arranja um jeitim daqui, dali. Bota a gente. Mas se num fosse...

Dona Maria: é minha fia. Eu sei que me operei porque Deus foi bom. Mas dependesse aqui de pegar uma ficha, um encaminhamento aqui, tinha naum.

Médica: pois vamos repetir essa mamografia, tá certo? Sei que a dor é péssima mas vamos procurar aí e vê se ta tudo beleza, tá bom? Eu to aqui toda segunda, terça e quinta, ta certo? Dia de terça é mais complicado porque agente tá na sala departo. Aí procure vir na segunda e na quinta, é melhor se a senhora precisar de médico.

Dona Maria: tá.

Médica: tá ok?

Dona Maria:tá certo.

Médica: essa dor, a senhora não consegue mexer é?

Dona Maria: Nã, quando eu baixo assim, não posso baixar a cabeça assim naum. Parece que a dor bate dento da minha cabeça. Eu não posso me virar assim não. Só se for com o corpo todim.

Médica: a senhora vem muito à Maranguape não?

Dona Maria: não. Maranguape eu vou de mês em mês quando eu vou pegar os remédio dele. Eu vou pro CAPS¹²⁶, né. Porque ele toma remédio controlado. Eu vou pro CAPS pegar a receita aí eu vou lá pra secretaria pegar.

Médica: e aqui a senhora vem muito umas duas vezes por semana?

Dona Maria: venho não minha fia. Eu num acabei de lhe dizer. Se eu num sair quato hora da manhã de casa...

Médica: não, mas eu digo assim: resolver alguma coisa por aqui. A senhora vem de vês em quando?

Médica: sabe porquê? A sua pressão. Eu, eu não gostei muito da pressão.

Dona Maria: não minha fia, a minha pressão é alta mesmo.

Médica: aí eu queria que a senhora ficasse medindo a pressão duas vezes por semana. Mas aí a senhora tem que vim que vim aqui. Não precisa nem, nem conversar com ninguém não. É só

¹²⁶ CAPS: Centro de Atenção Psíquico Social.

chegar, fala com essa “pequeninha”, ela vai “medir” a sua pressão e a senhora anota num papel. E daqui à um mês vem me ver.

Dona Maria: então tá certo.

Médica: dá pra ser assim?

Dona Maria: dá. Dá pra ser.

Médica: aí a senhora vêm me ver na segunda de manhã ou na quinta de manhã ou à tarde. Pra agente ver como é que tá essa pressão.

Dona Maria: tá certo.

Médica: se e ficar dando muito alta, a senhora vem logo antes de um mês. E aí agente já, já, já começa a usar a medicação. Mas de cara... Fuma?

Dona Maria: sim, só um pouco.

Médica: já vou logo puxar as suas “urelhaa”.

Rsrrsr.

Médica: Porque cigarro é um veneno prá qualquer um.

Dona Maria: é , agente sabe.

Médica: faz mal, é predisponente pra câncer. Então tem que... Não é brincadeira. É muito fácil pra mim olhar agora senhora e pedir pra senhora para de fumar. É.

Médica: mas é porque eu quero o seu bem, tá certo?

Dona Maria: tá certo.

Médica: A senhora vai melhorar muito. Muita coisa a senhora já tem. Já tem uma tossezinha, num tem?

Dona Maria: tenho.

Médica: se tiver pressão alta vai ser difícil demais pra gente controlar por causa do cigarro. Tá certo. Então vamos fazer uma forcinha.

Médica: o ideal não é a senhora ir parando aos poucos. Fuma, fuma mesmo é?]

Dona Maria: não, não, não, não, não. É só uma coisinha.

Médica: cigarro?

Dona Maria: num fumo muito, muitão não. Só uma coisinha.

Médica: o ideal é a senhora pegar e dizer assim: a partir do dia 1º de setembro eu num fumo mais. 1º de agosto eu num fumo mais. Em parar de uma vez. Porque agente já... Existem vários estudos que agente já viu, que parar de uma vez é melhor que parar aos pouquinhos.

Dona Maria: Eu sei aos pouquim porque ninguém consegue né.

Médica: é mais difícil. Então pense com carinho. A gente tá conversando uma primeira vez aqui e na próxima eu puxo a “outra”, outra vez.

Dona Maria: rrsrrsrr.

Médica: tá certo?

Dona Maria: tá certo.

Médica: é do lado esquerdo é Dona Maria? A dor aqui que a senhora sente?

Dona Maria: é do lado direito? Cumé, é do lado esquerdo?

Médica: a dor que a senhora sente é desse lado é Dona Maria, da mama?

Dona Maria: não. Foi do lado que eu me auperei.

Médica: que lado?

Dona Maria: do lado direito.

Dona Maria: certo.

Médica: em casa, a senhora vai continuar a passar esse doutorzinho¹²⁷. Aí antes de passar o doutorzinho, faz uma compressazinha de gelo no lugar, tá certo. Com quinze minutinhos, a senhora pode fazer isso umas duas vezes ao dia. Aí depois passa o doutorzinho com a massagem, e a massagenzinha já vai ajudar. Eu vou passar a medicação pra senhora tomar. Tá certo? Vai tomar por cinco dias a medicaçãozinha, tá certo?

Dona Maria: pra passar essa dor, né.

Médica: como é?

Dona Maria: Pá vê se passa essa dor. Me incomoda demais.

Médica: não melhorar essa dor, a senhora vem aqui segunda de manhã, tá certo?

Dona Maria: tá certo.

Médica: já vamos começar, já, a fazer uma coisa que eu vou lhe pedir. A senhora sempre diz que dá pressão alta. Eu quero confirmar isso a senhora me medindo duas vezes por semana. Mas eu já vou lhe pedir pra senhora diminuir a mão no açúcar em casa. A senhora cozinha?

¹²⁷ Doutorzinho é o nome comercial de unguentos analgésicos à base de substâncias relaxantes aplicadas externamente em lesões e dores musculares, dores crônicas. Tem um bom efeito analgésico.

Médica: a senhora é quem cozinha?

Dona Maria: é, é eu quem cozinha.

Médica: pronto, pois vai tentar passar a fazer agora uma comida bem levezinha do açúcar. É quase açúcar, sem sal. Tá certo. Temperar o mínimo possível com sal. Porque com o sal, pra pressão ficar alta é veneno, viu. Tente não, não tomar muito sal e gordura também. Pra senhora estar em “forma”, a gordura também não é “bacana”. Tá bom? A senhora vai pegar essa medicação aqui. Pode pegar ali com a Dilma e toma o comprimido duas vezes ao dia por cinco dias. É uma cartelinha e a senhora vai tomar os dois de doze em doze horas.

Dona Maria: pá pressão, né.

Médica: não esse aí é pra dor. Tá bom. Eu não vou passar medicação pra pressão ainda. Eu quero ver como vai ficar essa pressão durante esse tempo.

Dona Maria: pronto?

Médica: nãaa?

Médica: vai sair daqui toda assistida.

Dona Maria: hummm.

Médica: veja se vem aqui quinta ou na sexta. O horário que a senhora puder pra “medir” novamente a pressão. A senhora vai fazer assim: põe a pressão desse lado e a data dele. Aí peça pra pessoa que vai “tirar” a pressão, ela ali sabe como é que faz marcar a hora e a data, hora e a data. E daqui a um mês eu quero ver a senhora.

Dona Maria: tá certo.

Médica: vamos marcar pro dia 26.

Médica 26...

Médica: é numa quinta-feira, tá bom.

Dona Maria: Agora eu já vou...

Médica: nãaaao, acabou ainda não. Pode sentar de novo.

Médica: vou só passar a mamografia da senhora, tá certo?

Dona Maria: tá certo.

Médica: a senhora tá com identidade aí?

Dona Maria: to sim.

Médica: é Maria de Freitas Souza, seu nome completo?

Dona Maria: é.

Médica: o nome da sua mãe todo Dona Maria?

Dona Maria: é Francisca de Freitas Souza.

Médica: a data do seu nascimento, a senhora lembra?

Dona Maria: no ano de 78, 80, acho que é por aí.

Médica: o dia?

Dona Maria: 5 de abril.

Médica: qual mermo endereço da senhora?

Dona Maria: BR-020, casa sem número.

Dona Maria: a senhora sabe ler e escrever?

Dona Maria: não.

Médica: não?

Médica: nadinha e nem seu nome?

Dona Maria: não.

Médica: estudou até a... Ou não chegou a estudar?

Dona Maria: não estudei.

Médica: A senhora sente o carocinho na mama?

Dona Maria: não.

Médica: não.

Dona Maria: Não. Ele foi tirado, já. Só ficou só é, duído. Quando eu deito, eu não durmo do mermo lado que foi operado. Eu não deito.

Médica: Na sua família, teve alguém que teve algum caroço na mama? A mãe, um irmão.

Dona Maria: a s minha irmã. Duas já tirou. Mas nunca teve doença não. Mas já tirou.

Médica: Quando foi a última vez que a senhora fez mamografia, aquele exame que espreme na mama “assim”?

Dona Maria: Tá bem com uns oito ano ou mais.

Médica: e quando a senhora foi fazer aqui, tirar, não fez não? Quando depois que tirou o caroço, não fez não?

Dona Maria: Não, eles fizeram foi o tipo exame. Fizero não. Porque foi de emergência, né. Que o médico que olhou disse que tava muito grande. Tava com a cara muito inchada, a

minha mama. Aí fiquei... Tive que fazer logo. Aí fez o exame de sangue. Fiz lá o oto lá acompanhando a, medindo a minha pressão quando eles foru fazer, né. E graza Deus deu certo. Voltei seis veiz ao hospital ainda depois que me operei. A pressão subiu, a cirurgia inframou, abriu.

Médica: aonde foi que a senhora operou?

Dona Maria: foi lá no Gomes de Frota. Aí quando fizeru, com treis mês veio a biópse. Aí eu levei pro Maranguape pra mostrar.

Médica: olha ta aqui a solicitação pra senhora fazer novamente, tá certo. Aí a senhora vai entregar pra Cibele, a enfermeira de cabelo vermelho. Que fica ali do lado. A senhora bate e pergunte pra ela que ela lhe dizer qual a documentação necessária e como é que faz pra marcar o exame.

Médica: faz dias que não faz prevenção?

Dona Maria: faz. Tá bem com um ano que eu fiz. E ai em engravidei e pensava que num era preciso fazer exame lá de baixo pra num atacar o nenê?

Médica: não tem disso não, a senhora agora é que tem que fazer tudo, a prevenção é observar como tão as coisas se tem inflamação, essas coisas, tem que tá tudo direitinho, a gente tem que pesquisar sífilis, gonorreia e mais doenças que a gente adquire. É todo ano que tem quem que fazer

Dona Maria: a i é?

Médica: é.

Médica: fale lá com ela, ta certo? A enfermeira de cabelo vermelho e depois fale com a Dilma.

Médica: mas fale lá com ela que ela vai lhe explicar direitinho qual é a documentação necessária. Como é que vai fazer pra agente poder fazer essa mamografia.

Dona Maria: mas faz aqui no Maranguape?

Médica: não. Mas eles ajeitam carro, ajeitam tudo.

Dona Maria: ah, tá.

Médica: pra ir pra Fortaleza.

Dona Maria: que pra Fortaleza eu num sei nada naum.

Médica: não, mais o “pessoal” dá um jeitinho pra Fortaleza. O pessoal da prefeitura organiza. Não se preocupe naum. O que importa é que a senhora vá.

Dona Maria: tá certo.

Médica: depois dessa mamografia, tô pedindo com urgência a gente vai lhe indicar um pré-natal bem rigoroso. A senhora não poderá faltar nenhuma consulta lá no seu posto tem que fazer com o médico viu. Tô mandando aqui que seu pré-natal não pode ser feito com enfermeira. Tem que duas vezes por semana medir a pressão, se tiver alta a gente vai ter que controlar. O seu pré-natal tem que ser feito com muita atenção. A senhora tá com cinco semanas aqui pelo seu cartão de pré-natal. A gente tem que saber bem direitinho como tá o seu peito, se ainda tem caroço. Só depois desse exame é que a gente tem que decidir o que fazer. A senhora a depender desse resultado ainda vai ser pedida uma nova biópsia, mas tudo fica em suspenso, só depois é que a gente vai decidir. A sua gestação é de alto risco. A senhora já tem 44 anos e tudo indica que deverá ser operada, cesariana, mas tudo tem que ser muito bem avaliado. A senhora vai ter que ir ao posto duas vezes por semana não esqueça. Duas vezes por semana.

Dona Maria: obrigado por tudo.

Médica: se continuar a dor, volta semana que vem. Se não, volta só daqui um mês com o papelzinho. Guarda o papelzinho junto com a senhora, tá certo?

Dona Maria: tá bom.

Médica: tchau.

Dona Maria: tchau.

CONSULTA DA DONA MARIA DA CONCEIÇÃO

Dona Maria da Conceição: eu tenho dor nas urina.

Médico: Bom dia! Qual que é nome da senhora? É Maria da Conceição, 30 anos, isso?

Dona Maria da Conceição: é.

Médico: ok. E sua terceira gestação né

Dona Maria da Conceição: truxe o. Foi o exame que o senhor pediu da última vez que eu vim. Era tontura devido a gastura que eu to sentindo. E ele,... Aí o senhor pediu o de sangue e o de urina.

Médico: tontura, gastura é da gravidez, mas seus exames deram um probleminha aqui.

Dona Maria da Conceição: eu acho que já ta... Foi, foi, foi feito em maio.

Médico: hum... E a senhora como é que ta agora?

Dona Maria da Conceição: num to sentindo nada mar naum. Grazá Deus.

Médico: tomou algum remédio da cabeça? Prá dor é só tilenol não se esqueça, grávida num pode tá tomando remédio toda hora, só tome tilenol se tiver com muita dor, às vezes é normal

ter dor no pé da barriga, cólica, é assim, ficar de repouso quando tiver dor e observar, se doer muito, num fica em casa não vem logo pro hospital.

Dona Maria da Conceição: o dotô passou, passou aqueles comprimidozim. Como é Maria?

Médico: sulfato ferroso?

Dona Maria da Conceição: foi, foi.

Médico: tá melhor com ele?

Dona Maria da Conceição: to, to. Grazá Deus. Num senti mais tontura e nem nada naum.

Médico: eo ácido fólico tem tomado? Vai continuar... E a alimentação, melhourou... Melhorou?

Dona Maria da Conceição: melhorei, he he he.

Médico: hm rum... Tá comendo mais e trabalhando menos?

Dona Maria da Conceição: to. To mermo né Maria (Aqui, ela fala a pessoa que está ao seu lado). Trabalhando meno. He, he...

Médico: que bom.

Dona Maria da Conceição: já to que já to acostumada no meu lugar.

Médico: os exames estão bons viu.

Dona Maria da Conceição: tenho só pressão.

Médico: só o de urina que tem um probleminha lá no laboratório mesmo. Tem que fazer outro pra repetir.

Dona Maria da Conceição: ta vendo?

Médico: ta certo.

Médico: to aqui pedindo pra repetir esses dois exames, ta bom?

Dona Maria da Conceição: ta bom. Esse foi o trans-vaginal que o senhor pediu.

Médico: A senhora tá tendo algum corrimento coisa assim?

Dona Maria da Conceição: não. Foi por causa que a bicha¹²⁸ tarra vindo igual aquele borra de café, né.

Médico: hum rum. No inicio da gravidez é assim mesmo. Mas o seu útero tá bem fechadinho. Essas inflamações são normais na gravidez.

¹²⁸ A paciente está fazendo referência a última menstruação. Com a gravidez, é comum processos inflamatórios vaginais.

Médico: cadê a transvaginal que eu pedi.

Dona Maria da Conceição: Tô na fila esperando. Todo dia eu pejo, vou lá ligo pra saber e nada. Num tem vaga.

Médico: daqui a pouco chega é o dai do parto né.

Dona Maria da Conceição: eu num posso pagar dotor é o jeito esperar né.

Médico: hum hum...

Médico: eu sei.

Dona Maria da Conceição: viu.

Dona Maria da Conceição: pra que serve mesmo essa transvaginal dotor?

Médico: pra saber se tá tudo bem com o nenê, a cabecinha dele se tem a cabecinha, se tá tudo direitinho.

Dona Maria da Conceição: tenho fé em Deus dotor que vai de tar tudo direitin com meu bebê.

Médico: hum hum...

Médico: a gente tem que ter mesmo muita fé em Deus né mas, eu preferia que a senhora pudesse bater essa transvaginal. É muito importante pras coisas darem certo no parto e sem ela as coisas ficam difíceis.

Dona Maria da Conceição: mas num é nada grave naum, né, doto?

Médico: não. Nada grave não. Isso ajuda a gente saber mais o menos como deve ser o parto entendeu?

Médico: seus exames estão de sangue tão bons, viu..

Dona Maria da Conceição: ta bom.

Médico: ham ram...

Dona Maria da Conceição: p ois é. Viu doto, sem abusar muito. O senhor podia dá uma olhada na garganta dela e na minha também, viu.

Médico: porque, tão com febre, com dor.

Dona Maria da Conceição: ontem a minha urina tava quente, quente. Eu tava assim com um mal-estar, aí tomei um chazim daquele chazim que melhorei. Mas a garganta ta só com aquelas bolinha.

Médico: mas era a urina que tava doendo?

Dona Maria da Conceição: é... não, por causa que a garganta tarra inflamando de inflamada. Acho que era febre por dentro, né. E hoje não tava mais. Aí agora quando ficou bem fácil. Quando eu olhei tava umas bolinhas.... Ela também tem.

Dona Maria da Conceição: e aí doto, ta mal?

Médico: tá irritada, Eu queria saber da sua urina. Dói quando a senhora urina?, dói?, ta queimando?

Dona Maria da Conceição: Era. mas hoje num dói mar não. Só ontem. Mas eu sempre eu tenho dor nas urina.

Médico: Maria da Conceição, é isso?

Dona Maria da Conceição: isso.

Médico: é assim: tem que tratar como se fosse uma infecção, viu. É muito recorrente na gravidez. Ter mais cuidado com o sal, com a dieta é muito importante. Vou passar um remedinho pra essa urina quente. O seus exame de urina não tá bom. A última vez que eu fiz, o, o exame de urina, deu infecção. Então esse aí que eu pedi era de urina também. Mas deu erro lá no laboratório Santa Efigênia. Então foi erro lá, né, no negócio. Erro lá na máquina e escreveram aí, viu. Aí eu to passando um remédio aqui pras urina, aí vão pedir exame de urina. Esse exame de urina eu quero que a senhora faça 2 semanas depois que a senhora parar de tomar esse remédio.

Dona Maria da Conceição: há bom...

Médico: ta bom?

Dona Maria da Conceição: ta bom.

Médico: E mesmo tomando os remédios e a urina ficar muito escura e tiver doendo muito, é pra senhora voltar aqui também, viu?

Dona Maria da Conceição: ta certo. Pode deixar.

Médico: mas eu acho que com esse remédio aqui, vai curar. Vou passando um anti-bióticozinho antitérmico, tá certo. Pra na hora que, quando tiver uma febrezinha... Aqui, tá bom? Der repente já vem no hospital. Não fica com febre em casa não se o anti-bioticozinho não responder vem de novo.]

Médico: Ah, o pedido do exame. Ia esquecendo.

Dona Maria da Conceição: ...to com dô no meu corpo todo...

Médico: é da infeção das urinas quentes.

Dona Maria da Conceição: ta bom mais é qui eu queria falar....

Médico: pois é. Diga.

Dona Maria da Conceição: tenho uma amiga que veio comigo aqui ano passado, ela ta aqui e depois trago ela pro senhor vê, tá bom?

Médico: é a que ta andando com a senhora?

Dona Maria da Conceição: Isso.

Médico: tá bem.

Médico: p de se levantar, vem cá você ajuda ela aqui a se levantar.

Dona Maria da Conceição: Ar maria, naum como é dificil a gente tando grávida se levantar, pesa tanto né.

Médico:mé pesa muito, por isso a mulher grávida é tão especial, precisa sempre de ajuda.

Médico: pronto, tá firme?

Dona Maria da Conceição: tô doto

Médico: então só quando tiver com o exames de urina pronto é que a senhora vem, mas se sentir antes alguma coisa vem ,tchau.

A próxima transcrição é de uma consulta do plantonista em seu atendimento na emergência. Não e um caso obstétrico. Mas quando falta médico clínico geral o obstetra se divide entre a salade parto e à clínica médica na emergência.

CONSULTA DA DONA MARIA DE FIÚZA

Médico: bom dia!, a senhora fuma?

Dona Maria de Fiúza: só fumo pé duro bem finim.

Médico: o que é que acontece com a senhora ?

Dona Maria de Fiúza: eu, douto... tive uma dor de cabeça. Só vivo com essa dor de cabeça. E esse negócio aqui. Eu tive a, a gripe, né. Saiu e terminô.

Médico: quanto tempo que a senhora tem essa dor de cabeça?

Dona Maria de Fiúza: ar muito tempo.

Médico: hum...

Dona Maria de Fiúza: aí disse que é devido ao colesterol, né. Aí o médico passou uma, a receita e aí a minha minina perdeu aí pronto, eu num tomei, né. Eu tenho colesterol.

Médico: hum rum...

Médico: quando foi que a senhora descobriu que tem problema de colesterol?

Dona Maria de Fiúza: foi o médico, da Caridade.

Médico: quando foi isso?

Dona Maria Fiúza: hum. Diz ele que eu tinha, né. Aí passou a receita e a minha minina perdeu.

Médico: quando foi a última vez que a senhora fez exame de sangue pra ver o seu colesterol?

Dona Maria Fiúza: Tá com mais de mês que eu fiz.

Médico: vamos fazer de novo, viu.

Dona Maria Fiúza: aí dotô também esse negócio na minha vista, hó. A vista duía, depois que eu tirre a fébre. Aí a minha vista tá ruim dotô. Tô doente da vista. Com aquele vento véi frí por dentro. Eu num sei do que era. Que a vista tá toda ruim.

Médico: o quê que a senhora vem fazendo?

Dona Maria Fiúza: Trabanhando, né. Que o meu marido é doente também.

Médico: trabalha com o quê?

Dona Maria Fiúza: Em casa mermo. Cum febre, né. Com aquela frieza. E eu me levanto e passo a noite acorda lutando com ele, né.

Médico: tá com quantos dias assim?

Dona Maria Fiúza: t á com três semanas já. E isso aqui que eu venho sentino tá com mais dias, né, dos meus zólho. E agora eu fiquei encabulada foi com esse negócio em mim. Eu tomo remédio de pressão controlado.

Médico: que remédio é?

Dona Maria Fiúza: É porque hoje eu num fui. Porque eu num tinha, né. Eu fiz ôto dia.

Médico: Mas a senhora sabe que remédio a senhora toma?

Dona Maria Fiúza: Sei não sinhô, mas tá aqui . Tá aqui o papelzim.

Médico: deixa eu dar uma olhadinha...

Dona Maria Fiúza: tem do ôto aí, que eu vim ver ainda agorinha.

Médico: hum rum. Coisa boa...

Dona Maria Fiúza: venho fazer consulta pá ver essas dô. Problema de coluna dá essas dô, né? E essa dô aqui em mim, acho que é da coluna. Num posso me sentar assim naum. Tenho que me sentar escorada. E eu pego o ôme né. Alevantando ele, deitado. Num posso me sentar assim naum. Tenho que me sentar escorada. E eu pego o ôme né.

Médico: hum rum.

Médico: ele é muito pesado?

Dona Maria Fiúza: é... Só é eu eu mair êle.

Médico: a senhora toma algum remédio pra essa dor?

Dona Maria Fiúza: nada. Não to tomando nada por hora. Chá mermo tomado.

Médico: é, né.

Médico: vou pedir um exame de sangue e um de urina pra senhora.

Dona Maria Fiúza: tá certo

Médico: eu vou passar um remédio da pressão da senhora e outro pra liberar essa dor da coluna.

Médico: a senhora dorme de cama ou de rêde?

Dona Maria Fiúza: durmo de rêde.

Médico: hum hum.

Médico: quando a senhora tá com essa dor, a senhora faz o quê pra melhorar?

Dona Maria Fiúza: eu... eu faço assim. Eu, eu, me é mim, me deito junto do sofá. Quando num dé, me deito no chão. Na rêde, né. Quando eu me deito e passa... Fumá eu to quase pá acabá com esse negócio de fumá.

Médico: quantos cigarros por dia?

Dona Maria Fiúza: hã... cigarro eu num fumo não. É pé-duro. É só pé-duro e é bem finim. Depois que eu tive duente é que eu to aguentano.

Médico: um pacote demora quantos dias com um pacote de fumo?

Dona Maria Fiúza: eu passo mais de um méis com um pacote. Agora, né. Agora. Não mais é porque não to fumano dotô. Quem tem essa gripe não pode fumá, né. É bem finim. Eu num pego cigarro branco não. É pé-duro.

Médico: a senhora sabe o que é pode causar esse fumo?

Dona Maria Fiúza: doença, né. Má eu vou dizer...Eu to pelejano pá deixar, dotô. É porque eu fumava muito mermo. Eu não gosto de mentir não. Má agora, agora... Desse tempo pra cá, todo mundo vem me dizeno. A minha luta é deixar de fumar se Deus quisé.

Médico: pelo menos tá tentando, né? E é pra deixar mesmo, né.

Dona Maria Fiúza é. E cá me alembro dele quando eu tomo café. Nem isso eu tô bebendo quase, pá num me alembro de fumá. E nem to, né. E eu num to. E toda vez que eu tento, dá

um cesto nimim. Papoca assim os meu zólho. Quando era, era só aqui. Agora, papocou foi tudo.

A entrevista a seguir foi realizada entre o médico obstetra e eu. As frases em **negrito** são as minhas perguntas ou inserções no diálogo.

ENTREVISTA COM O OBSTETRA ALEGRE DO MARANGUAPE

Nádia: o que é ser médico pra você?

Médico: você quer que eu responda isso em que sentido?

Nádia: no sentido que vier no seu coração.

Médico: Assim. Tem vários con, contextos pra agente responder essa pergunta, né. Tem o aspecto pessoal. Tem o aspecto social, né. Vamos responder esses dois aí, né. É. Eu vejo a, pelo lado pessoal assim, como uma realização, né. Realização de um sonho, né. Aí, assim. Um compromisso que agente assume com a comunidade, né. De prestar serviço. De ajudar. De resolver problema de angústias, né. De ter um suporte. E a questão social é a relevância, né. Não que seja uma coisa imprescindível, né. Mas é uma coisa muito importante, né. Ter alguém que ajude a solucionar os problemas, né, de saúde. Então realmente eu que é, é um papel importante, né. Do seio social do profissional médico, né. O profissional da saúde de um modo geral, né. Pro médico em geral, é diferente. É que ele lida com a coisa mais iminente, né. O, a coisa mais, é, angustiante, né. Que é a situação crítica, né. Então, assim. Tem, tem vários contextos pra agente analisar isso aí.

Nádia: como é que você define a sua profissão como médico?

Médico: assim... a minha profissão como médico é mais específica, né. Como eu sou obstetra, né. Ginecologista-obstetra, agente... e é uma área cirúrgica, né. Agente lida assim, com situações muito angustiantes, né. Que é o momento que a pessoa vem pro hospital pra ter filho. É uma, é um momento assim de muita aflição, né. De expectativa. E acho, os tratamentos cirúrgicos, né. Que também é uma coisa que gera muita aflição, né. Muita angústia. Então assim, na minha especialidade, agente se depara muito, né. Com esse, com essas situações. Mesmo tem que saber lidar com isso, né. Tem que saber aliviar a angústia, o sofrimento, esclarecer, né.

Nádia: como você vê humanização do parto aqui no Maranguape? Nesse contexto de cidade?

Médico: especificamente em Maranguape, né?

Nádia: no seu contexto hospitalar aqui.

Médico: olha, agente se depara com muitas dificuldades aqui dia-a-dia. Tem determinadas coisas que não fluem como eram pra fluir, né. É, agente se vê diante de muitas deficiências. É, tipo: a falta de médico nos postos de saúde. Aí vem pro hospital, né. O hospital, ele é pra ser um serviço de pronto atendimento. Então quando alguém vai pro posto de saúde aí não tem o médico, às vezes a enfermeira faz o atendimento. Mas às vezes tem que vir pro hospital, só pra, pra fazer uma consulta eletiva, né. Que deveria, o paciente deveria ter tido aquele problema resolvido numa unidade básica de saúde, né. Então acaba vindo o básico pra também, né. E às vezes agente con, consulta que deveria ser de pré-natal aqui ou lá na emergência. Uma consulta de atenção ao diabético, hipertenso, que deveria ter sido nu posto de saúde e acaba vindo pra cá. Essa é uma dificuldade. A outra dificuldade, são, é, os

recursos: de equipamento; aqui tem deficiência disso, né. Agente tem por exemplo, um único sonar aqui. É um sonar que agente usa aqui pra fazer ausculta e usa lá dentro. Aí, tem que ficar nesse deslocamento. Às vezes é, material básico, de, de uso do dia-a-dia. Às vezes material de mais importante de reanimação, por exemplo: de neném ou de pessoa adulta, aqui. Que é pra ter, né. E não tem. Hoje por exemplo de madrugada eu fiz um parto aqui e o neném nasceu muito mal. Veio transferido de outro interior e já chegou aqui nascendo. E aí tive que prestar os primeiros cuidados. E aí chamei pediatra, mas não tinha todo o material que agente precisava. Tem essa deficiência. Fora isso daí, tem a deficiência de estrutura física. Está tendo uma reforma ali, né, pra abrir uma ala nova e vai também melhorar ali o atendimento na emergência. Mas o fato é que, o hospital aqui, funciona de forma deficiente mesmo. Em termos de recurso de material, estrutura física. Aqui por exemplo, tem período que a demanda é muito alta na maternidade. Aí fica sem vaga ali no internamento da obstetrícia. E já aconteceu até de uns colegas terem que transferir pacientes que era pra ter neném aqui, pra outros hospitais porque não tinha vaga. Aí, enfim. Funciona, funciona, né. À medida do limite do serviço. Às vezes a escala dos profissionais fica incompleta. Falta pediatra, falta ortopedista, falta clínico. Incompleta mesmo assim. De não ter o profissional do dia aí a pessoa tem de voltar. E se for coisa de urgência tem que chamar um outro médico do plantão pra atender um setor que não é o dele. Isso é muito frequente acontecer. No fim das contas, eu, o poder público tinha que investir mais, né. Na, na questão da saúde pública, né. Que a saúde pública é uma coisa que se gasta muito. É uma despesa elevada, né. E tudo o que se relaciona à saúde é caro. A mão-de-obra, né. Os profissionais, os materiais, o funcionamento do hospital como um todo, né. Tudo é muito dispendioso, né. E é uma coisa que a população não pode ficar sem, sem o serviço, né, de saúde. Mas isso, á, á, eu tô falando tudo isso pra você, pode até parecer péssimo, mas já foi muito pior. Já ta muito melhor. Porque funciona e antes, praticamente não funcionava (rsrsrs). Já melhorou muito mesmo.

Nádia: fala pra mim sobre a tua consulta médica?

Médico: o que eu sinto bem, é de entrar no universo da outra pessoa. Quando a gente consulta, a gente pergunta além do que é essencial, né. Coisas tipo: onde a pessoa mora, né. Se tem quantos filhos, parentes e a gente acaba entrando um pouco no universo de cada, de cada pessoa, né. E às vezes até mesmo sem agente perguntar, a pessoa já exterioriza alguma afeição que ela tenha às vezes até nem relacionada com o que trouxe ela pro hospital. Eu acho isso muito interessante porque a gente acaba às vezes, mesmo sem querer, criando um certo vínculo. Tem pessoas aqui, aqui ó, apesar de ser um serviço de pronto-atendimento, tem pessoas que eu já conheço aqui de muito tempo. Que eu já; de outros atendimentos. De alguma coisa que ela compartilhou daqui, entendeu. E a gente acaba tendo uma aproximação aqui da comunidade, né. Cria um certo vínculo. Não só aqui, né. Por exemplo, em consultório também, né. Em consultório a gente, é muito frequente a gente, conhecer a pessoa, já saber assim, dos principais problemas que ela tem, como uma coisa boa, interessante. Porque estimula a gente, né.

Nádia: tem alguma coisa na consulta que te chateia?

Médico: tem.

Nádia: quer falar?

Médico: he, he, he....a ssim. Em geral, as deficiências do sistema deixou a gente chateado. Entendeu. Tipo: quando uma paciente vem pra cá complicada. Sendo que isso tenha sido uma consequência de uma falta de assistência em, na, no serviço básico. Deixa a gente chateado, né. Que era uma coisa que poderia ser evitada. Tipo uma paciente com pré-eclâmpsia, né. Já complicada que não foi diagnosticada na atenção básica. E aí já vem pra cá grave ou às vezes com o feto morto. Às vezes ou, uma outra doença complicada. Um diabetes descompensado. Entendeu. Que poderia ter sido visto num, no serviço básico. A outra coisa que deixa a gente assim chateado, éa, é a, é a falta de assistência da questão, por exemplo: da educação. O pessoal não tem orientação.

Nádia: o paciente?

Médico: Não tem orientação. Assim, às vezes coisas básicas que a pessoa deveria saber da vida, do dia-a-dia. Que num, num; “Poxa mais porque você não veio pro hospital sentindo isso?” Todo mundo sabe que quando rompe a bolsa, perde água, tem que vim pro hospital. E às vezes a pessoa: “ não doutor, mas eu achei que não precisava...” Quero dizer, falta de orientação, né. De esclarecimento. É a questão de infra-estrutura básica de, de saneamento também, né. Que é responsável por um grande número de agravos, né. Doenças infecciosas, contagiosas. É, e acaba repercutindo na qualidade de vida, né. Na saúde, na qualidade de vida da, da comunidade. Então são muitas coisas. São as deficiências do sistema como um todo, né. Do nível da educação. Do nível de infra-estrutura, saneamento básico. Atenção na saúde.

Nádia: o que acha dessa situação?

Médico: olha. eu acho que é uma coisa que tem que ser melhorada. Entendeu. Tudo na verdade é um processo, né. O poder público também tem as dificuldades dele em administrar. Em, em sanar as deficiências, os problemas, né. Mas o fato que isso é uma coisa que tem que ser resolvida, né. Porque tem um preço. Em um custo social disso.

Nádia: e esse custo social é que causa toda essa, essa questão?

Médico: é, a população sofre, né.

Nádia: você gostaria de falar mais alguma coisa?

Nádia: enfim. O, a, é, falando assim. Da minha profissão é que realmente gosto, dela. Eu gosto do que eu faço. Gosto de trabalhar. Gosto de ajudar as pessoas. Resolver os problemas da comunidade. A gente sabe que isso é uma questão de compromisso, de responsabilidade, né. E eu tento na medida do que é possível fazer o, o que é melhor. Eu tento oferecer o que eu posso dar de melhor às pessoas que me procuram.

Nádia: você acha que a sua profissão ela é dotada desse poder?

Médico: é.. Com certeza, né. A gente, a gente fica assim numa posição, né, de que até a expectativa da própria pessoa que procura a gente com problemas, às vezes mais simples que possa aparecer. Mas só o fato daquele problema está gerando uma situação de angústia, quase

incontrolável pra aquela pessoa, né. Às vezes a pessoa só precisa ouvir do, do profissional, que aquilo ali não é uma coisa que vai trazer risco pra ela. E aí, ela já fica, né... Mas... Às vezes é uma coisa realmente simples, às vezes é uma coisa muito complicada. Às vezes quem chega pra você com uma situação muito complicada, ela não sabe o quanto ela tá correndo risco. E às vezes é uma condição simples, que a pessoa imagina que é o pior risco da vida dela. Entendeu. Tem esses nuances aí. É, no fim das contas, a gente fica numa condição de, sem esperança. De alguma forma sem esperança. Às vezes tudo o que a pessoa quer ouvir é que não vai morrer (rsrsrs), né. Tudo que as pessoas procuram no médico é a certeza de que não vão morrer. O médico não tem poder sobre a vida e a morte eu, eu acho que não, mas no senso comum o médico representa a esperança. E foi em cima dessa esperança que seu desejo de ser médico porque rolava dentro de mim essa coisa bonita de que a Medicina é algo lindo, que é o socorro para as pessoas, e muitas pessoas precisam desse socorro imediato. Medicina e a vida andam juntas, como também anda a morte. Tudo que nós queremos é viver. Somos ocidentais né, o que vale pro homem ocidental é viver e não transcender. A Medicina na Idade Média não funcionava como hoje porque todas as pessoas tinham certeza de que iriam morrer e ir pro céu. O capitalismo moderno nos acordou do sono e nos colocou em cima da vida, frágil, pequena, limitada, sem Deus, sem céu. Aqui a Medicina inventa toda a sua gigantesca sabedoria científica. Tudo que empreende é pra afastar a morte, pois na morte é o fim de tudo. O médico ele tem, ele é pra ter capacidade de, de resolver uma situação, às vezes crítica. Às vezes simples que vai tirar a pessoa duma condição de risco, né. Um risco ou iminente ou um risco potencial, né. Que pode culminar com um desfecho fatal, né. Mas não é um poder. Eu nem sei dizer pra você o que seria isso. É uma capacidade que ele adquiriu durante a vida, né. De formação. De resolver um problema. Assim como você, na sua profissão. Resolver um problema, né, uma situação. Ou o, o piloto de avião, que sabe lidar com o avião, conduzir de um lugar pro outro e às vezes numa situação crítica, conduzir pra sair do, da, da situação de perigo, né. Na verdade é uma formação profissional, né.

Nádia: obrigada.

NOTA DE CAMPO 3

Maranguape, Maio de 2011.

A entrevista que realizei com o Dr. Apolo foi de uma intensa riqueza teórica. O médico demonstra ter muita competência intelectual, além de ser muito calmo. Aprendi muito com suas reflexões. Meu entrevistado destaca-se entre os demais colegas.

A CONSULTA DA MUDINHA BUCHUDA

Estou aguardando entrar na sala de consulta para minha observação. Um casal aguarda para entrar, e como é a primeira e única vez que vejo um homem acompanhar sua namorada, ou esposa, ou companheira no Hospital, fiquei interessada de participar desse momento. O Seu Antônio, 35 anos, e esposa, 25 anos primeira gestação. Ela é tem completa afasia e surdez.

Médica: oi bom dia, é a senhora...Beatriz e o senhor é o marido dela?

Marido: é sim ela a senhora tá vendo é moca e eu é que venho com ela pras consultas pra todo o canto.

Médica: então o senhor vai ter que me ajudar muito, pois consultar uma pessoa assim eu não tenho muita prática não, é preciso que o senhor me responda algumas questões importantes.

Médica: há...ia esquecendo essa senhora aqui é minha amiga e ela vai ficar aqui na sala, tá tudo bem, mas ela só fica se o senhor quiser, tudo bem?

Marido: sim, tá bem, tenho nada contra não. Pode ficar, eu só homem eu era que num era pra tá aqui, mas é que a bichinha que eu casei é muda né tem que ser eu mesmo.

Médica: e os exames como é que tá? Já estão prontos?

Marido: não. Os exame, é... Ela ainda vai fazer no dia quato.

Médica: e a ultra-som?

Marido: ultra-som? Tá po dia onze. Dia onze de agosto.

Médica: tá tomando Sulfato Ferroso?

Marido: tá mas, já, já se acabou-se.

Médica: vou ter que passar mais... E o ácido fólico, ainda ta aquele amarelozim, é.

Marido: é é o que ela toma dois. Tem o Ácido Fólico acho que o Sulfato Ferroso é vermelhim.

Médica: Mas ela se queixa de alguma coisa?

Marido: não, não.

Médica: dor, algum corrimento?

Marido: não, não.

Médica: tá tudo tranquilo, 100%?

Marido: o pior que ela tava provocando mas isso já passou.

Médica: já diminuiu, né?

Marido: agora só com muita saliva na boca. Tá com uma cuspeira muito grande. Tá comendo bem.

Médica: tá comendo direitinho, né?

Marido: tá.

Médica: vamo deitar lá pra examinar?

Médica: deite pra cá... Só mais um pouquinho. Desce pra cá. Tu vai descer pra cá, o “corpo” .

Médica: sente mexer? Mexe?

Médica: o coração “desse rapaz” é forte .

Médica: ele já tem nome?

Marido: se for menino a gente ainda vai escolher o nome. Se for menina é o da minha sogra.

Médica: sh, ta certo. Bem democrático.

Marido: é.

Médica: como é que tá a urina? Tá difícil? (aqui a médica dialoga e procura sempre interpretar o atendimento com a paciente que é muda.

Marido: Não, tá normal.

Médica: O “xixi” tá normal? (aqui a médica dialoga e procura sempre interpretar o atendimento com a paciente que é muda)

Marido: tá.

Médica: as pernas estão inchando? (aqui a médica pergunta ao marido. Não. Não tenho notado não.

Marido: durante a noite, não nota não e nem no final do dia?

Médica: incha a perna? A perna incha? Fica grande? (aqui a médica se esforça para se fazer no máximo com gestos, entendida pela gestante.

Marido: mas a partir de hoje vou prestar atenção.

Médica: preste atenção, ta certo?

Médica: não é pra ver agora até inchar naum, tá certo. É mais no final da tarde.

Médica: tá tudo tranqüilo, tá certo. Vamos aguardar os outros exames. E aí quando “crescer” mais, a gente escuta o coração. Ela vai continuar com o Sulfato Ferroso e o Ácido Fólico antes do almoço, tá bom?

Marido: tá ok.

Marido: tá certo. Obrigado.

Médica: Por nada. Tchau, um prazer, obrigada.

O médico que adora trabalhar

Nádia: o que é ser médico pra você?

Médico: é uma realização pessoal, né. Na qual, na época, muito novo, né. Eu, tinha uma certa, é curiosidade e admiração pra quem era. E quando eu fiz o vestibular, era muito difícil. Eu tinha essa coisa também de enfrentar essa.....era. Eu peguei aquele último vestibular que era somatório. Não sei cê se lembra, Nádia, horrível. Terrível. Foi muito terrível. Mas, eu queria me, me superar e entrei. Mas descobri durante o curso. A gente entra muito novo, né. Com de, dezoito, dezenove anos. É. Aí eu me descobri durante o curso. Nunca tive nenhum problema com as básicas, né. Que é anatomia, muito pelo contrário, eu sempre tinha uma memória fotografava. É tanto que agora eu sou ortopedista, sou legista também. Quero dizer. Enfim, é muito bom. É, eu confesso à você que, o que é ruim... Não, a faculdade é muito bom. Mas o que é ruim, é, é, às vezes é... Eu num se isso é uma pergunta posterior, mas são as condições de trabalho mesmo que às vezes você precisa fazer vários empregos, né. Pra ter uma, pra comprar um livro... Pra ter um padrão mesmo que né nem um padrão alto não. É pra ter uma mesma, aquela coisa do, do dia-a-dia mesmo do médico e, enfim, eu confesso que é isso. Se eu fosse fazer de novo, eu fazia Medicina. Não, com certeza. Faria de novo. É uma realização pessoal, assim, apesar de tudo, o resto é superável, né.

Nádia: o que é superável?

Médico: as coisas econômicas, né. As, as situações de às vezes você ter de se ausentar da família, né. Eu tenho filho, né. Às vezes tem, precisa dar plantão, enfim, isso aí a gente sente essa, essa, e se adapta, né. Na situação de que... Eu num tô todo dia em casa, né. Às vezes tenho que dar plantão à noite. Aí eu o, eu confesso com o fim de semana, dando atenção. É, entendeu. É diferente de uma pessoa que eu chegue e você trabalha o quê? “Trabalho de segunda à sexta. Passo o sábado e domingo em casa.” Tá entendendo como é que é. Chega em casa todo dia sete hora da noite, cinco da tarde. Eu não, às vezes eu estico à noite, né. Mas é bom (rsrs).O pessoal lá em casa compreende.

Nádia: como é que você define a sua profissão, médico?

Médico: é um desafio. Eu defino como um desafio. Pela é, pela busca em você procurar resolver o problema da pessoa que lhe procura, e também pelas condições que você encontra de trabalho. Seja em hospital público ou privado. O que eu vejo no privado é que tem mais recursos. Mas às vezes o bloqueio é grande no sentido de, por exemplo, você quer pedir um exame e tem auditor. Não sei se você já passou por isso. Há uma restrição... Isso. Agora no público, você tem um, um, uma necessidade de recursos maiores. Acredito que uma vez...Uma vez eu assisti um, um documentário, não sei se, se você já ouviu falar daquele documentário do Michael Moore, o Sicko. Cê quer entender u pouco da diferença de sistema de saúde, eu, eu, você assiste pra ver como o cara é inteligentíssimo. Ele fez uma análise de todos os sistemas de saúde públicos de vários países. Primeiro mundo, é claro. Canadá, EUA,

França, Alemanha e Inglaterra. Esses cinco. Então cê vê o que eles fazem. Só, só pra você ter uma ideia, na Inglaterra, o, a saúde é pública. Cê tem uma taxaço de imposto muito alta, mas a saúde é pública. O médico num só local. Ganha muito dinheiro, mas trabalha só ali. Se o paciente da área dele vai internado, ele vai lá pra saber qual é o problema do paciente. Tá entendendo. Acho que isso aí é que é bom. Por exemplo, era bom se eu trabalhasse só num lugar, porque se eu vivesse isso aí, vivenciasse essa, essa situação, eu acho que o serviço público de saúde ele é mal, é, é questão de gestão mesmo. Porque eu acho que recurso tem, sabe. É gestão mesmo. E a gente tá aqui na ponta como aquela coisa da infantaria, né. A gente vai enfrentar isso tudo e... É uma, é uma, é uma guerra. E eu vou dizer uma coisa pra você, a guerra às vezes ta vindo contra você. Você sabe que ultimamente ta tendo um monte, um grande número de processos contra médicos é do serviço público. Às vezes nem é culpa do médico. Às vezes é uma situação mermo de, de recurso, né. Difícil... Nós somos uma infantaria. Não é só médico, enfermeiro, auxiliar, de tudo. Mas o Médico tem que ter uma, uma...responsabilidade maior em relação às meais profissões porque antes você chega pra ele, né. Você chega pra ele. Tá na linha de frente. O problema. É...Você vai encontrar aquela coisa do, do balcão, ta a pessoa na sua frente. Você aí, aí às vezes você diz: e agora? E você tem que escrever dizendo, porque é que aquilo ali num dá pra ser feito ali. Porque se você não escrever, aquilo ali pode gerar uma situação contra você depois. Tá entendendo o que tô querendo dizer. E, e, o, e a gente médico, não tem essa mania de escrever. Você vai atender cinquenta pessoas num turno de manhã... Noventa num dia. Me fala, como é que escreve aí. Você diz, á, á, é aquela coisa meio lógica. Você tem que resguardar o seu trabalho, de uma possível situação que ele é, que possa ser questionada na justiça. (rsrsrs) Interessante isso aí. É por isso que é uma guerra. Mas, entenda, não é culpa do paciente. Muito pelo contrário,...Ele também é uma vítima, né. . E outra coisa, existe paralelamente um desenvolvimento de ferramentas, da, da, da sociedade, em que a pessoa tem acesso a informações de, de, de, de sua doença, que é a internet. Por exemplo, vou explicar um caso. Quando às vezes eu vou, vou, vou atender uma pessoa com artrose, ela já sabe de tudo pela internet mais do que eu. Quer dizer, aquela coisa de você ser, ser questionado sobre o seu saber, é o tempo todo. Quer dizer, eu tenho o tempo todo eu to estudando sobre o que é aquilo. Tá entendendo. Então eu tenho que resolver o problema da pessoa que a pessoa sabe até mais do que eu. (rsrs) entendeu o que to querendo dizer. A gente está no serviço público de terceiro mundo, com informações de primeiro mundo. Que a internet é uma coisa, eu acho a internet fantástica. É de primeiro mundo. E as pessoas tão tendo acesso à isso aí. Seja da classe B, C, D, E, F, G, H enfim, eu acho. O saber tá muito disseminado, né.. Mas a pessoa é, é, procurar é, pegar e cobrar do, do, dos gestores públicos isso não ta e cobra do médico. Pronto! Cobra do médico como se o médico fosse o responsável pra dar a resposta de toda essa... “E os meus exame, heim.” Dr. já peguei o resultado na internet e sei que devo fazer isso, aquilo...

Nádia: como é trabalhar aqui?

Médico: bom, mesmo o que eu faça aqui, né, dentro do que eu, que eu vivencio. Sou Traumatologista, né. Não, ela, eu posso dizer que, é, de zero a dez, que fique entre a gente, né. Eu consideraria cinco. Ainda precisa melhorar muita coisa. (rsrsrs)

Nádia: quais os momentos da consulta que você gosta? Que você se sente bem, que...Se eu pudesse ter é, os momentos da consulta que eu me sinto bem, não, eu, eu gosto de consultar. Eu gosto de conversar. Sou diferente dos outros. Eu gosto. Mas cansa. Depois de vinte pessoas você não tem mais como raciocinar no sentido de, o problema é esse. Mas eu gosto de conversar. Eu acho que a pessoa tá ali, por exemplo, chega muita dor na coluna. A gente sabe que dor na coluna é uma, é uma situação que tem a ver com muita contensão. Eu procuro explorar esse lado da pessoa. Perguntar a ela o que é que tá acontecendo e tal. Às vezes a gente, com conversa, já melhora um pouco a dor. Porque empanturrar a pessoa de remédio, é a coisa mais simples do mundo, né. Mas saber ouvir, né, o que a pessoa tem a dizer, é difícil. Mas o que cansa é a quantidade, é o que limita. E você depois de vinte pessoas, Nádia, num raciocina mais muita coisa não. Sabia disso? Cê se cansa. Cê sabe que é uma troca de energia, né. A pessoa tá ali trans, transmitindo energia. ..sai lá fora e diz assim: “Ah. Esse médico só quer conversa. Que conversa é essa.” Você tem que conversar e passar remédio. .pedir exame se não, não convence.

Nádia: a sua consulta, fale um pouco?

Médico: eu gosto de consultar. Eu acho bacana. Eu gosto de conversar. É uma prosa boa.

Nádia: qual o momento ruim da consulta?

Médico: é quando a pessoa, ela vai na intenção e você já capta durante a conversa de pedir um atestado. Ou, seja, a pessoa tem um, os, outros motivos que não à sua doença. Isso aí é terrível. Eu acho terrível. E tem muito viu. Aí você numa forma educada você procura... Tem colegas que tem um comportamento super de ofensa, né, pessoal. Mas eu não. Eu acredito, eu tenho uma linha que você não pode fazer com uma pessoa o que não quisesse fazer com você, né. Não queria que fizesse com você. Eu tento usar isso todo dia. Até numa situação dessa. Mas é o mais chato. Quando você tem uma situação em uma pessoa tem um fim que não é a, a doença.

Nádia: a humanização da prática médica que é isso?

Médico: olha. É, em hospitais mais, é de emergência que chamam de “porta aberta”, que são hospitais de emergência, né, como é o foco deles. Já tem um setor de triagem funcionando bem, né. A pessoa chega e é classificada pelo risco dela. Porque você num, você tá onerando aqui, uma área do, do, do, do serviço de saúde, que é aquela coisa de a pessoa mesmo precisar. Uma apendicite, fratura, é, precisa mesmo. Diferentes de pessoas que, que tão precisando de outras coisas que tem pró-atenção primária. Aqui é setor secundário. Então, o que falta é um serviço de triagem que já funciona bem na Santa Casa de Sobral, que eu trabalho lá. Eu conheço, vivencio. Em outros locais, funciona bem. É uma triagem mesmo. Triar isso aí. Pra pessoa “sacar” que aquilo ali não, isso aqui não é o perfil do profissional que eu quero não. Eu vou ter que procurar outra coisa. Porque é uma questão de educação, né. E a pessoa se educa. Não é possível.

Nádia: gostaria de falar mais alguma coisa?

Médico: a h, eu acho assim. Uma, uma lição é que, é bom você ter poder com o que a gente sabe. Dá um pouco de, “tirar a dor”, né, da pessoa. Tirar o sofrimento. É bom. Seja ele qual for. Eu acho é a, a lição bacana do médico. Eu ainda credito nisso. Mais, e também assim, a, quem você conhecer que quer fazer, que, que se identifique. Eu acho que num pode desistir não. Eu mesmo fiz três vezes vestibular pra Medicina. Foi três anos. Naquele sistema horroroso de, de, né de, somatório. Então eu acho que tem que ir enfrente mesmo. Eu gosto. Faria tudo de novo. Mas tem muita coisa pra ser, né, pra ser “mudada”. Muita mesmo.

Nádia: muito obrigada.

NOTA DE CAMPO 4

O interessante nessas entrevistas-diálogo que mantenho com os médicos e médicas será um fio condutor na elaboração da constituição retórica do texto etnográfico. Escolhi previamente algumas perguntas norteadoras, mas o próprio diálogo nos leva a uma postura flexível e aberta. Tudo vai surgindo e a gente precisa ao máximo recolocar todos os dados de forma sistematizados de acordo com a orientação teórico-metodológica. Nota de campo de uma pesquisadora surpreendida com as gerações de dados. Maranguape, Gonzaguinha, 2010.

MARIA DAS GRAÇAS DAS VASSOURAS

Nádia: fala comigo sobre o teu parto?

Maria das Graças das Vassouras: tô nos cinco.

Nádia: você lembra assim, dos seus outros partos?

Maria das Graças das Vassouras: três foram iguais, né. mas o outro que eu tive ano passado não foi pior que eu não me lembro, né. Se essas dor do parto fosse pra sempre a gente num tinha filho mais não é uma dor esquecida mermo. E depois o ano passado minha fia nasceu morta porque eu tive ela morta, aí eu tava com uns três "meis" depois que ela morreu. ai eu tava sintindo umar dor, ai eu fui bater a ultrassom pra saber o que é. ai o médico disse que eu já tava com três meis já de...grávida e vou pedir pro Dr. mim ligar dessa vez, mias num tem nestesita, e ele vai mim mandar pra fortaleza. E num tem leito. Num sei se eu vou conseguir. Se as dor apertar é bem capaz de nascer normal.ai..lá vem ...viche é ainda uma dorizinha bem fininha...Na hora das dor grande a dor é tão grande que, né...a gente só se lembra de deus naquela hora, mas, depois que passa a dor que a gente tem o neném, depois pronto! a dor é meia violenta. na hora que a dor vem, dá vontade de mijar, de cagar de fazer tudo. A dor dá pra passar, né. só é aquela vez. e pronto. dá pra passar. meus outros três meninos eu tive foi ligeiro. mas da menina por último, "rá" foi mais ruim. que eu tive ela só, né. num tive as força que ela... se ela fosse viva ela tinha me ajudado, né. e ela nasceu morta.

Nádia: você teve ela no hospital ou em casa?

Maria das Graças das Vassouras: no hospital.

Nádia: mas você sabia que o neném tava morto?

Maria das Graças das Vassouras: sabia não. eu soube no dia que eu fui ter ele, né. que eu fui ter ela.

Nádia: mas você fez pré-natal, tudo direitinho?

Maria das Graças das Vassouras fiz, tudim direitinho tava tudo bem. aí eu fui... quando a moça chegou lá que ela foi bater a ultrassom fez o estoque , pediu exame tudim, né. aí ela me disse que a menina já "tarra" morta. aí foi ruim, né. porque eu fui pensando que ela "tarra" viva. mas só que ela num tava. minha filha tarra morta. assim. porque o meu menino mais novo ele tem onze anos e a minha menina do mei tem "quatoze" e o meu menino tem quinze. É assim quinze, quatoze e onze, aí depois de onze anos eu arrumei um namorado, que é pai dessa minina que nasceu morta o ano passado, e agora vai ser pai desse aqui. O mais veie foi meu primeiro que eu fiquei era um namoradin, coisa sem futuro, o segundo eu arrumei um outro marido vivei com ele um bocado de tempo tirre cum ele dois. Eu nem se preocupava e pensava que não ia ter mais menino. Esse meu namorado é um veí já bem veião, aposentado tem 66 anos. Era viúvo, Os fi dele tão cum raiva de eu, porque ele quer casar de papel comigo, mas os fi dele num deixa, butarum advogado e num deixaro porque ele é sargento da aronáutica tem dinheiro, cumprou um televisão pra mim, uma geladeira, arrumou poste de luz; As fia dela fórum lá e quebraro o pau comigo. Dizendo que eu quero só i dinheiro do véi. Mas é não Dra. É que a gente precisa de uma sombra, né e nessas horas a gente tem que se apegar a uma sombra, tô ficando veia, já tenho 40 anos e num dá mais pra ficar assim de del em del. E eu tirre muita sorte desse véi me dá uma sombra.

NOTA DE CAMPO 5: MARIAS MARTIRIZADAS

A narrativa dessa Maria martirizada, é de uma singularidade tamanha que pudera ter todas as condições de uma releitura o mais perfeita possível. Ao falar de seu nenê que morreu o ano passado, às lágrimas medo e coragem desabaram diante de mim. Parecia que as lembranças dela confrontavam com o mundo marcante que a terra tragou. Sua última gestação, a morte reconhecida no momento anterior ao parto, e ter que abraçar um corpo gelado que a natureza expulsou de seu ventre. E ainda as confusões morais, existências de suas tribulações. Mulheres, Maria, Marias, aprisionadas às ontologias ainda intransitivas gerativas das misérias sociais. Os eventos potenciais de mudança ainda estão silenciados de uma forma desconhecida. No máximo, a apostar na renovação e transformação dessas identidades coletivas vulneráveis que encontram na proteção do companheiro o conforto, a segurança. Elas ainda não enxergam outras saídas com autonomia e liberdade em conduzir suas vidas atribuladas. Mas é justamente essa cegueira (tal como Saramago sabe melhor que ninguém), que aprisiona as estratificações discursivas das questões de gênero que nossa cultura engendra em suas esferas ideológicas. O universo ideológico contem muitas esferas de poder que rondam o contexto de miséria nos quais estas mulheres se encontram. O universo (realidade) apresenta-se aos meus olhos como um ato cenográfico e uma dança de corpos aprisionados

ao ritmo impositivo de sua força simbólica, ideológica que em alguns contextos estabilizam na ordem discursiva, as tribulações das Marias.

Nota de campo refletindo sobre a necessidade de teorizações e epistemologias que dê conta na construção da tese dessas inquietações geradas nessa pesquisa etnográfica.

Nádia, Maranguape, Gonzaguinha, 2011.

DOUTORA HELENA DE TROIA E O MUNDO MÁGICO DA GRAVIDEZ

Nádia: pronto. Você vai falar bem aqui pertinho do microfone do gravador por causa do áudio na hora da transcrição te que ser audível mesmo.

Médica: eu sei. Eu tô fazendo uma especialização e sei que tenho de fazer uma monografia. Mas num quero pesquisa qualitativa dá muito trabalho. Eu tô fazendo especialização em diabetes gestacional. Mas prefiro catalogar dados quantitativos. Vai mulher pergunta o que tu quer faz parte desse ritual de, de pesquisa né.

Nádia: por que você escolheu ser médica obstetra?

Médica: olha, é o seguinte. Eu escolhi ser médica obstetra na verdade.

Nesse momento a entrevista é interrompida pela enfermeira que comunica ue tem uma grávida esperando na recepção

Médica: vou dar uma ressonância naquela menina, diga a ela que vou já. É só um tempinho aqui.

Enfermeira: ela pode comer alguma coisa doutora?

Médica: pode, pode.

Médica: eu escolhi ser médica obstetra eu acho que o que oito anos de idade. É. Eu tinha uns oito anos mais ou menos. Eu era bem novinha. Criança. Mais nova do que minha filha tem hoje, né que a minha filha vai fazer onze sábado. Aí, eu já tinha essa paixão muito grande por gravidez. Entendeu. Eu, eu. Até hoje eu não pedi isso. Eu acho muito mágica gravidez, gestação assim. É. Eu acho até hoje. Eu acho muito lindo tudo muito perfeito. Tudo muito encantador. E aí, desde dessa idade que eu fico assim: ah, o neném dentro da barriga. E assim né. Outra pessoa se formando. E eu escolhi dessa idade. Nem sabia falar o nome obstetra, né. Eu falava do médico de fazer nascer neném. Aí depois eu fui sabendo e tal... E assim foi e até hoje. Eu ainda continuo achando isso tudo muito mágico. Muito lindo muito perfeito. Eu não, não... E espero continuar assim. Não perder o encantamento. Entendeu? .

Nádia: você falou em não perder o encantamento. Por a que você acha que algumas profissionais perderam esse encantamento?

Médica: eu acho que sim. Eu acho que tem gente que perde. Eu vi já isso acontecer, né. De gente que ficou banal, né. Assim: banalizou o nascimento. O neném tá nascendo ali. E tá conversando aqui sobre a viagem que ele fez ou que vai fazer não sabe aonde... Tudo bem que isso às vezes acontece. Mas tem gente que banaliza completamente momento.

Nádia: você acha que um momento de comunhão com o ato de nascer, é como se fosse um ritual sagrado?

Nádia: é sim. De primeiro quando a gente ia pra missa a gente na hora da elevação ficava todo mundo assim contrito né aquele momento num é o mais sagrado da missa, a elevação? Eu vejo o ato de nascer assim como o mais belo momento da vida, sagrado mesmo que a gente tá vendo o milagre acontecer naquela hora e a gente tá participando intimamente disso faz partem de todo mundo que da ali, né. É uma pessoa que tá chegando. Você tem que receber e é um momento muito ímpar pra aquela mãe. Não tem como você fazer ser mais um. Assim: ficar fazendo ser mais uma... Não tem. Nem na cesárea... Mas, é uma vida que tá... É. É assim que eu vejo até hoje eu quero que seja assim enquanto eu estiver viva fazendo parto. Trabalhando nessa profissão. Eu quero muito que seja assim pra mim.

Nádia: é um momento sagrado pra você?

Médica: é. É.

Nádia: é muito bonita a sua maneira de dizer, né.

Médica: é tudo. Né. Porque a especialidade não é só obstetrícia, né a ginecologia também. Que o cuidar da mulher e tudo, né. Eu gosto das duas coisas. Eu não gosto só da obstetrícia. Eu faço as duas coisas com muito carinho. Entendeu. Eu gosto de dar atenção à mulher, né. Aos problemas dela. Ouvir as histórias. Eu fico muito tempo no consultório ouvindo as histórias. Porque eu acho que nunca é um probleminha só. Tudo aquilo que envolve a família, o marido eu ouço tudo. Eu ouço toda essa história. Eu gosto muito. Eu gosto muito desse contato. E gosto muito dessa minha especialidade. Entendeu. Porque ta tudo ali envolvido com “ser mulher”, né.

Nádia: fale-me de você, mulher. O que é ser mulher pra você?

Médica: ai... Ser mulher é tanta coisa. Assim, é tão completo. é tão... Não sei nem definir assim rapidinho agora. o que é ser mulher. É uma coisa completa, complexa, e que num tem uma frase que possa definir talvez a que mais se aproxime é o que minha especialidade obstétrica faça: Ser mulher é ser mãe!

Nádia: como é que você médica vê a mulher que você atende aqui no Maranguape?

Médica: não é a mesma maneira como a obstetrícia, como a ciência vê a mulher. Não. Assim, eu procuro ver a mulher como, assim. Aquilo que eu falei agora, né. Um ser completo, pleno. Eu acho a gente muito mais evoluída do que o homem. Eu acho. Entendeu. Assim, só da gente nascer mulher a gente já tem uma luz a mais. Já tem uma evolução a mais. Entendeu. A meu ver. Vê esse objeto que ela estuda que é a mulher tem esse lado dessa questão subjetiva

que você tem ou é mais... Como é que a obstetrícia. Tem a obstetrícia tem esse lado sim de clínico, biológico, mas tem o subjetivo. Tanto é que é o que tão querendo fazer agora do parto humanizado, né. Porque o parto antigamente era o humanizado que tão tentado fazer hoje, né. Que era o natural e tudo. Aí depois fizeram uma coisa muito... Medicalizada. É, né. Ficou tudo muito assim não natural, né. Assim, não. Você tem que ficar desse jeito. Você tem que fazer isso porque eu to mandando. O médico né, com a paciente. Eu to mandando você fazer isso, eu to mandando você fazer aquilo. Você vai tomar isso e vai ficar desse jeito. E agora não. As coisas estão voltando pra o que era mais antigamente em termos de parto normal. Então é onde entra essa subjetividade que você ta perguntando, né. De ver a mulher como um todo. A mulher da família, participar do parto, né. De entrar o companheiro. Ou se não for o companheiro, a mãe, a irmã, uma prima. Quem quer que a mulher escolha, né. Pra fazer parte. Porque ela tá ali se sentindo sozinha. Um momento difícil, né um momento que dói. E é um momento de ansiedade, é um momento ele vai receber ali o filho dela. Ela não sabe se vai dar certa aquela chegada ou não. Ao mesmo tempo em que ela ta sofrendo fisicamente. Então tudo isso é muito subjetivo, né. Tudo isso é muito assim... A gente tem que ter todo esse trabalho.

Nádia: você falou de uma coisa que me preocupa assim... O sofrimento da mulher no parto. Comente para mim:

Médica: né. Ele é um fenômeno quase determinado pela natureza, à gente não escapa desse processo infelizmente é quase que determinado, né. Eu digo quase determinado porque tem muito a depender de como as coisas evoluem, e por mais que a gente seja muito atenta à mulher, por mais que você compreenda a tal subjetividade, os escândalos, aqueles berros, àqueles gritos tem hora que não dar pra fazer nada muito não, talvez pelo menos quando eu passo por essas experiências de mulheres em grandes sofrimentos se eu não tiver mais o que fazer? Quero apenas ficar ali esperando que ela se acalme calada, quietinha, ficar só aguardando, não é de dar carão não. Fico quietinha, é o meu jeito de ser, mas tem colega meu que não consegue se manter calado. Assim, a gente consegue melhorar isso. Porque nós temos a nossa mente, né. Nós temos o nosso raciocínio, a nossa mente e tudo isso. Só que é o que eu to dizendo. Hoje em dia as pessoas esqueceram isso. Então, é o que tão tentando resgatar na conversa, no carinho, na participação. Pra ver se a gente consegue tirar um pouco desse momento doloroso do parto. Inevitavelmente é um momento doloroso, né. É um momento doloroso. Solução para o parto é enfrentar a dor a menos que se usem meios não naturais, né. Anestesia, analgesia, né. Mas se for... Você pode fazer com que um parto totalmente natural seja menos sofrido se você preparar essa mulher ao longo da gravidez toda. Conversando durante o trabalho de parto. Né. Tá ali junto, explicando tudo direitinho o é que ta acontecendo não a deixando sozinha porque tudo é muito a cabeça da pessoa. Se a pessoa se sente sozinha, abandonada não sabe o que ta acontecendo. O sofrimento de um minuto pode parecer uma hora. Se você não sabe quanto tempo vai durar, o por que. Né, ta sozinha. Agora se você explica: olha, essa compressão vai durar tanto tempo. Você vai fazer isso e isso pra aliviar a dor e tal. Isso aí já vai fazendo com que alivie tudo. Com que elava desmistificando aquilo tudo do parto e vá abrandando o sofrimento físico. Com esse abrandamento eu vejo

que é muito importante a interação médico-paciente nesse momento. É o momento de que o médico tem que dialogar. Conversar, deixar muito o lado da mulher falar.

Nádia: você acha que isso é comum na obstetrícia atual

Médica: o medico se dedicar todas essas horas ao lado da mulher? Não. Não é comum. É raro é. Não é comum porque hoje em dia a gente vive aquela velha história da vida corrida e tudo. Então, assim. Nós médicos não estamos mais quase fazendo partos normais, entendeu. Estamos fazendo os partos normais em plantões. Porque nós estamos aqui no hospital durante doze horas obrigatoriamente, né. Mais com pacientes de consultório. Que a qualquer momento podem entrar em trabalho de parto e você ter que se dedicar mais oito, dez, doze horas com ela ali. Hoje em dia ninguém tem mais esse tempo de dedicação a uma só paciente. Por quê? Porque tem um consultório que tá cheio esperando. Porque já tem duas, três cirurgias que já estavam marcadas. Porque também tem família. Tem que levar filhos ao colégio e não sei o quê. Tem outros afazeres. Então já não podem mais ter aquela dedicação ao trabalho de parto. Né. Ao parto normal. Então, hoje em dia aqui no Brasil já não tem mais essa dedicação ao parto normal. Por isso que esta se fazendo tanta campanha. Né. Hoje em dia o aumento do número de cesáreas é absurdo, né, porque todo mundo parte pra cesárea. Não só por conta da dor, do sofrimento. Mas porque é muito mais prático. Isso. É muito mais prático, é muito mais previsível. E do ponto de segurança não tem muito problema porque a assistência garante muito bom êxito. É absolutamente seguro, né. Também, entendeu? Então, de certa forma, o parto normal hoje em dia já está ficando é raro, né. Nos plantões é que a gente trabalha mais com o parto normal. Então essa clientela que vem aqui, por exemplo, mulheres que estejam aqui no Maranguape, são pessoas pobres que não tem como contratar um médico pra fazer um agendamento para uma cesariana, né, então essas mulheres eu posso dizer que elas não têm muitas escolhas pra entrar nesse processo. E elas não têm muitas escolhas. E aí é que entra assim a dedicação do médico plantonista. Porque ela só tem você, né. Ela não tem opção. Então isso me toca muito quando ela só tem essa opção, ela só tem você plantonista e ela chega aqui e não tem a devida atenção. E é maltratada e não tem nada explicado. Eu não gosto.

Nádia: mas você vê isso acontecer com seus colegas aqui na maternidade?

Médica: vejo, vejo isso, isso mexe comigo, né, entendeu? Eu procuro fazer diferente.

Nádia: num é porque você é mulher?

Médica: não sei... porque eu vejo mulheres também agindo dessa forma. Com certa brutalidade, com certa frieza. Entendeu. Eu vejo isso também acontecer. Mesmo sendo mulheres atendendo mulheres atendendo outras mulheres. E não param pra pensar que aquela é a única opção que aquela pessoa ali tem. Estar ali é o que ela pode ter. Até queria estar em outro hospital, até queria estar com um conforto maior. Até queria ta com o médico só pra ela. Até queria decidir se queria ter parto normal ou cesárea. Mas... Ela só pode ta ali.

Nádia: elas não têm outra saída, né.

Médica: não, então eu acho que no estar ali a gente teria que fazer melhor, né. Tentar fazer o melhor. Tentar fazer o melhor.

Nádia: você trabalha mais com mulheres pobres? Ou também atende as ricas, as que não sofrem no parto?

Médica: é assim. Eu acho que tá meio a meio porque eu trabalhava com mulheres muito de classe média, né. E as mulheres daqui do plantão.

Nádia: você conhece essas duas realidades.

Médica: conheço as duas realidades.

Nádia: você pode afirmar que existem duas práticas médicas então em relação a essas duas realidades?

Médica: evidentemente né, em hospitais, assistências, né... É. Em termos de hospital e assistências, sim. Assim, hospitalar e tudo. Mas não que você tenha que agir diferente, né. Assim, necessariamente diferente. Não: aqui vou desprezar e lá não, porque dou mais atenção. Talvez aqui você não dê... é... Você não vai ser assim... Você não vai dar seu telefone pra uma pessoa do plantão. Você não vai dar... Entendeu. Mas quando você tá aqui, você tá dando toda a atenção. Você tá explicando, você tá ali. Entendeu. Dizendo o quê que vai acontecer. Ó: de tantas em tantas hora vou vir examinar você. O trabalho de parto vai durar tanto tempo. Muitas pacientes não sabem nada. Ficam aí no plantão. Acham que é pra chegar e parir. É porque não pariu no período de uma hora já ficam desesperadas por quê... né, tá demorando demais. E, no entanto um trabalho de parto pode durar... Um trabalho de parto normal pode durar dez horas. Mas tudo foi por quê? Por falta de orientação. Porque ninguém parou pra explicar. E isso tudo gera o quê? Gera angústia, ansiedade. Porque prejudica o próprio parto. Causa mais dor. As dores de misturam. A dor física com a dor psíquica.

Nádia: como a obstetrícia vê hoje a mulher?

Médica: A obstetrícia contemporânea. É... Em fase dos novos olhares sobre a mulher, essas práticas obstétricas sobre essas mulheres cientificamente falando como especialista... Existe uma preocupação de entender essa subjetividade. Cada vez mais está existindo essa preocupação em entender essa subjetividade da mulher na obstetrícia. Cada vez mais. Entendeu. Tá havendo essa integração da parte técnica da Medicina com essa outra parte mais social com a parte psicológica, com a parte de ver como um todo. Entendeu. E ver que realmente é tudo muito subjetivo. Não dá pra... Ir direto ao ponto. Cada vez mais isso tá acontecendo não só na obstetrícia, isso tá acontecendo na Medicina como um todo, né. Que a Medicina hoje ela tá mais é... Sensível. Eu acho que a Medicina tá indo, assim. Ela tá buscando em outras áreas, como é que eu posso dizer... A ajuda pra desvendar certos mistérios. Né. Como no câncer que todo mundo agora fala muito. Que o câncer tá muito ligado, há, há... Como é que eu posso dizer... Há problemas emocionais, há, há... Situação mal resolvida entendeu é tudo muito subjetivo. Isso tudo já tá se procurando estudar. Que isso tudo pode mexer lá com a imunidade, com as células, e fazer com que, né. Se reproduzam mal. e aí vem aquela cancerígena e tal e tal e tal. Então, hoje em dia o ser humano tá buscando ajuda em outras áreas pra ver que a mente da gente não pode separar realmente do corpo.

Nádia: é muito bacana essa interação, né.

Médica: é... Então você acha que o ministério da saúde ao comandar, né. Ao prescrever o parto humanizado isso é parte desse processo, né. A humanização do parto, eu acho, eu acho assim louvável. Tem que haver isso, né. Só que o que eu acho que não é que não, não... Isso tudo tá correto. O que tá faltando ainda são mais... É mais espaço pra que isso aconteça. Mais

hospital entendeu. Mais... Treinamentos das pessoas. Só isso. A ideia é muito boa. A ideia... E esse é o caminho, mas a gente anda sim precisa de mais hospitais trabalhando dessa forma. Mais pessoas com esse treinamento inclusive médicos e médicas com certeza.

Nádia: eles não absorveram ainda esse protocolo?

Médica: não, não. Muitos médicos, principalmente os que já têm algum tempo na profissão, porque os que já estão se especializando agora e até os que estão se formando em Medicina agora mesmo que não estejam se especializando em obstetrícia, mas eles já têm essa ideia formada já, né. Agora os que já estão um pouquinho antes, eles... Dá trabalho, digamos assim. O parto humanizado dá trabalho. Ele dá mais trabalho. Então ele já... Assim... "pra quê?" entendeu. "não quero não", "pra quê acompanhante na sala de parto? "só pra dar problema"? "só porque não sei o quê?" olha, mais uma pessoa pra orientar, entendeu o trabalho e parto normal dura horas e horas, que você faz todo aquele trabalho das bolas, do cavalinho, das doulas que também, né. Faz parte disso tudo. E muitos médicos não tem essa paciência e parte logo pra quê? O primeiro obstáculo, não: "vou logo operar". Quando a gente vê que mais um pouquinho... ia fluir. Entendeu. Então, tem muitos colegas sim ainda aqui que não... Não estão muito é...

Nádia: não adotam ?

Médica: Não adotam o parto humanizado e não é só aqui não nós somos aqui cinco. Eu adoto o humanizado, mas os outros não. Eu deixo tudo fluir. Os outros não. Quero dizer. Ele é um plantonista. Espera, espera e muitas vezes é o outro que pega não tem vínculo com a mulher. Ele passa as suas dozes horas e às vezes coincide dessa mulher passar na mão de diferentes profissionais. Isso eu considero uma desumanização, pois você nessa situação perde os vínculos com a segurança. Ela a mulher nunca sabe quem cuida dela. É o parto humanizado. É, é... Inclusive o acompanhante, né. Tem uns que não aceitam de jeito nenhum acompanhantes, né na sala de parto. Aí às vezes tem problema. Algumas estiveram com um plantonista que deixou, na hora da mulher parir é outro, não aceita e pede pra sair, algumas mulheres o vínculo forte que tem é com a pessoa de sua família da sua confiança. O médico que deveria representar tudo isso, confiança, segurança é um estranho em alguns momentos, Chega um, chega outro, e termina com um terceiro. Aqui a direção não deixa entrar homem. Tem as justificativas. Questão de segurança, privacidade. Os médicos sabem que aqui é uma zona perigosa. A cadeia tá ali o outro lado, tem marginais rondando o hospital, de repente um desses companheiros eventualmente se desestabilizam, o médico, a mulher com as pernas abertas, essas coisas, as mulheres gritando, os médicos têm é medo de uma violência, de uma agressão. Por isso aqui só entra mulher. Pelo menos teoricamente mulher nesse aspecto é mais contida, controlada, dominada. É, isso, e então. É o que eu to dizendo. Dá trabalho. Porque isso faz parte do parto humanizado. Né, o acompanhante que a pessoa escolher. Mas faz parte orientar o acompanhante, orientar a paciente. Né. Explicar tudo o que ta acontecendo. Porque pro acompanhante também é novidade. Aquilo ali que ele ta vendo é ruim, ver a pessoa que ele ama sofrer. Então, você vai ter que ter paciência com o acompanhante. De orientar, de explicar que é assim mesmo. E a maioria das pessoas não quer. Preferem dizer logo o não. "não, não. não tem acompanhante aqui. eu não quero. eu não aceito e pronto".

Nádia: agora voltando assim para a parte clínica: o que é que acontece para que um trabalho de parto não seja um bom trabalho de parto?

Médica: muitas coisas podem dar errado, né, muitas. Assim, são muitas variáveis, né. Não só da mãe, mas como no bebê, né. E aí isso também independe às vezes do obstetra. Né. A gente às vezes faz algo pra ajudar, mas às vezes só detecta que tá errado e aí infelizmente tem que parar com aquilo e realmente partir pra cesárea. Como o caso das doenças maternas, né. A hipertensão, né. Pressão alta. Os casos que a mãe não consegue seguir adiante com a dilatação. O útero não contrai perfeitamente. O colo não dilata perfeitamente. E assim a gente vai acompanhando e às vezes tentando corrigir. Às vezes a gente... Na grande maioria das vezes a gente tem sucesso, mas em algumas não. Às vezes são coisas é, é... Que a gente não pode fazer nada. Às vezes o bebê tá com o cordão enrolado no pescoço. Né. Então isso já prejudicou o trabalho de parto e é uma condição que a gente não tem como mudar, né. A gente tá ali achando que o trabalho de parto vai dar tudo certo, humanizado, lindo, maravilhoso. Quando a gente percebe que tem algo errado e uma grande desconfiança de que seja isso a gente realmente tem que parar tudo e partir pra cesárea. Entendeu, quando dá, né... Ou às vezes o bebê posicionou a cabecinha um pouquinho mais tortinha aí também já prejudica que é a distorção que a gente chama né. Distorção de acomodação. Entendeu. Então, muitas coisas podem colaborar pra que o parto não dê certo. Pra que o trabalho de parto não flua e o que antigamente dava errado, né. Acontecia era morte logo né da mãe e do bebê.

Nádia: já houve muita melhora no quadro da mortalidade materna, né?

Médica: É, mas as não é raro no Brasil uma mulher morrer de parto né? Mais era antigamente né, era o que diziam: ah, morreu do parto. Morreu de parto. Hoje acontece, num é tão comum, mas já foi muito pior, atualmente são três mortes por semana no Ceará, é pouco, mas se há três mortes por semana se você for contabilizar é uma coisa dolorosa, impossível de aguentar. Mulher morrer de parto hoje em dia quando todas as condições possíveis, da Medicina podem atacar. Mulheres morrem de SUS não é de parto. Morrem é *uteite* (falta leito de UTI) mulher morre é de corrupção, o dinheiro da saúde vai pro ralo, morre de incompetência dos gestores. Mas de parto, parto é uma consequência de toda essas maracutaias, da crise ética desses país. Então a gente pode dizer assim que, o sistema de saúde público nosso aqui é... Ele trabalha com muitos déficits né, em relação à garantia de um bom parto pra mulher. . Eu acho assim que ele trabalha com déficits assim. Se você tá num... Sistema que você não tem é uma quantidade suficiente de leitos de UTI para oferecer a população, mas nos hospitais em que você é...plantonista não tem o serviço todo completinho, né o trabalho todo seria é excelente. a... Tudo, né. A organização... Tudo é pra ser muito bom. O problema é que não comporta, não comporta todo mundo na saúde pública.

(Enfermeira): chegue aqui Dra. A mulher tá dando escândalos aqui, eu já falei pra ela se acalmar e nada, tá doida.

Médica: Calma, calma já tô chegando.

Nádia: eu agradeço profundamente sua colaboração. Agora eu vou salvar a gravação.

Médica: será que deu certo?

Nádia: tem que dar, Deus me livre da última vez o MP3 me enganou e eu não salvei.

Nádia: Ok, deu certo, Muito obrigada.

NOTA DECAMPO 6: A RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE COMO UMA DAS CAUSAS QUE PODERIAM SE VIVIFICADAS NUMA PRÁXIS MAIS INTEGRADA E SOLIDÁRIA

Nádia, preocupada com a geração de dados que requer um alto nível de debate epistemológico-teórico com as ontologias sociais da ADC, realismo crítico, entre outras epistemologias. A entrevista com a médica tem muitas questões que preciso explorar no texto da tese quando for fazer as análises. Ela consegue desvelar uma questão caríssima a essa tese; a relação médico paciente como uma das causas que poderiam se vivificadas numa práxis mais integrada e solidária minimizar o sofrimento da mulher no parto. A humanização, os protocolos, a adesão, a não adesão, o tratamento de profissionais com a mulher independentemente da questão de ser médico ou médica, todo o plantonista são estrangeiros ao evento parto. Devo reler muitas vezes esse texto, pois considero que seja um dos momentos mais ricos da geração de dados dessa minha pesquisa etnográfica.

ENFIM NASCEU A ANA LETÍCIA!

Nádia: me fala do teu parto?

Mãe: Às nove da manhã nascera Ana Letícia. Foi bom. Bem diferente, bem... É rápido. Senti umas dorezinhas mais... tava esperando a minha princesinha foi tão natural. Mim falaram que e o normal doía mais que era melhor era a cesária. Que o normal doía. Não era muito bom. Mais, foi muito rápido e num deu nem pra perceber. Foi uma dotora bem boazinha, pedi tanto a Deus que mim desse um bom médico, e ei uma médica no começo tive medo, mulher, coisa assim será que sabe fazer é, acho que os homens sabem mais que as mulheres, pois diz aí mulher, foi com uma médica que tive sorte. Ela mim ajudou explicou tudo que ia passar mim ensinou a respirar, cada dor era de um jeito mais forte. Nas últimas, últimas eu quis gritar mais tava com vergonha, dela, ela disse que eu gritasse e ela não ia fica chateada, aí na hora H eu taquei o grito, quando dei fé a nenê já tava era nascendo. Teve uma hora que chega eu... Pensava que eu não ia aguentar. Mais foi... Eu nem pensei que a menina já tinha nascido. Foi assim tão rápido que eu nem... Esperava. Pensava que eu numa ia ter a sorte de terminar o plantão e vir outro médico, mas grazas a Deus foi com ela. A dotora mim disse que ia ter dor. Toda mulher tem dor de parto né. Pedindo muita força a Deus e a Nossa Senhora do Bom Parto que me dessa força pensava que não ia aguentar (suspiros), mas grazas à Deus deu tudo certo foi bem mais rápido do que eu imaginava.

NOTA DE CAMPO 7 A PACIFICAÇÃO DOS SOFRIMENTOS

Nádia. Gonzaguinha, junho de 2011.

Acho que o ingrediente mágico desse processo de parto esteve na interação médico-mulher, pautada numa relação o mais compreensível possível. Acho que para essas mulheres pobres onde tudo é carência a interação médico paciente é basilar para o sucesso, e para a pacificação desse sofrimento.

DOROTÉIA DO COITÉ

Nádia: teu parto fala pra mim sobre ele.

Dorotéia do Coité: tirano a... ar dô, as coisa mas foi bom. Foi a merma coisa da primeira que eu... Assim, a primeira, eu sofri muito. Eu adorei. Eu...ser mãe. A gente só se completa quando se é mãe. É certo que ar mulher reclama que dói demais, que num sei o quê. Mas num... só tirando só..., mais...dá pá[...]pá passar, pra aguentar, que eu sabia que eu ia passar a merma coisa que eu passei da primeira. Eu já tenho vinte e cinco anos e o pai dessas daqui é mais novo ele tem dezessete anos. A minha sogra é que mim botou pra dentro da casa dela. Ele buliu comigo né desde que ele buli que moro mais ela tá com três anos. Mas já tive muito problema. Já mim butou pra fora de lá desde o dia que e ele arrumou uma lá da rua dele, toda dona da verdade. Arribei pra Madalena, tô só agora e num volto mais prá casa dele não. Minino mais novo é o que dá, diz minha vó. Vou arriba pro sertão e vive mais meus fi por lá mermo, minha vó tem aposento, mair meu vô, e assim a gente vai levando a vida. Quero saber dele mar não. Vou escapar na minha família não, esse negócio da gente arrumar home mais novo num presta, se os mais vei num tem juízo que dera os mais novo.

Nádia: e o nome da bebê, por favor, dessa coisinha fofinha, choroninha?

Dorotéia do Coité: Vou pensar se ela vai ter o nome do pai

Nádia: Obrigada.

Nota de campo: mais uma das Marias miseráveis, pobres mulheres aprisionadas ao sofrimento existência do qual os partos somam-se entre tantos outros.

A MULHER GESTANTE E O CRAK

Eu pelejei pra deixar. Num consigo. Agora tô assim desse jeito. Tenho 30 anos. Num trabalho, vivo do meu trabai. Mas num robu dinheiro de ninguém. Consigo tudo com meu trabalho de reciclagem eu só pego no cachimbo quando termina tudo. Peso o lixo, desocupo o carro. Aí me assento no chão e vou fumá as minhas pedrinhas. Às vez duas pedra, três, depende. Num quero ficar devendo não. Já conheci muita gente que morre devendo pedra. Por isso só fumo da reciclagem mermo...Meus fi...num tem com quem deixar, eles andam comigo. A assistente social já disse que eles tem que tarem na escola, mas eles num ficam não só que andar mais eu. Passam o dia comigo, mim ajudando. O pai deles....morreu...foi-se se meter

com dívida de pedra...mataro ele faz três mes. Eu vou ser mãe de marido morto. Meu fi vai nascer sem pai... Moro aqui mesmo no novo Maranguape, numas casinhas detrás do muro da cadeia pública. La onde mataru o Mainha, ele caiu morto naqueles terrenos. Tenho um barraquim lá, enquanto a prefeitura num butar nós pra fora é lá que nós fica...Mais eu tem minhas duas veias; a minha vó, aposentada tá cega, e veve deitada no fundo de uma rede, deu trombose nela, e minha mãe. Ela é lavadeira, faz faxina nas casas de gente de bem. Ela tem um namorado, a peste é ruim, andava batendo nela e eu taque-lhe o grito e butei pra fora de lá... Lá é bom, mas tenho três irmãos que deru pra ruim. Tem dois pegando cadeia, aqui mesmo no Maranguape e o outro tá só assinando papel.Foi coisa pouca, só foi um assalto, na sugesta, num tinha nem arma de verdade...Eu num quero acordo com assalto. Eu pego minha pedras tudo comprada, num devo nada a ninguém e nem roubo nada de ninguém sou uma muie trabaiadora. ...Eu da última vez que fui suspeita na delegacia, o delegado sabe tanto que num me prendeu. Levantaru falso dizendo que eu tinha coisa junto com o meu marido que morreu. O delegado sabe que eu vivia cum ele, mas num participava das coisas dele não eu darra é conselho, mas quem se mete pra assaltar se não der conta pro traficante vem a morte na certa. Eu vim aqui porque a enfermeira disse que agora a gente quando tá grávida e faz as consultas do pré-natal ganha uma bolsa. Né...A minha dos meninos era o pai deles que recebia num sei nem cuma vai ficar. ...O nenê,? eu num vou dar não...criou dois, vou criar três. Eu quero bem meus fi. Pra quando é?...muié sei não...ainda assim que a gente menstrua todo adoidado né...sei não vou fazer exames, preciso ajeitar meu cartão de pré natal.

Nota da pesquisadora: Gestante viciada em droga visita a maternidade atrás de regularizar seu cartão de pré-natal natal. Foi orientada procurar a assistente social. Participei na sala da colega Assistente Social do atendimento social. Aqui estão transcritos alguns dos dados mais importantes que achei por bem registrar no meu diário de pesquisadora. Quanto mais estudo o sofrimento das mulheres no evento parto, mais mergulho em camadas densas. A vontade que me deu foi acompanhar essa mulher em sua labuta diária no seu carrinho de reciclagem. Acho que seria uma experiência fantástica. Nádia nota registrada em março de 2010.

DOUTOR HERÓDOTO: A PROBLEMÁTICA DE SE PARIR DO BRASIL

Nádia: pronto. Tá gravando. Você pode falar bem pertinho, tá.

Médico: tá bom. Pode deixar aqui que eu acho que dá pra fazer.

Nádia: é tão ruinzinho esse som. Então porque sua escolha profissional na área da obstetrícia?

Médico: quando eu fazia OS F(Programa Saúde da Família),fiz PSF, né. Que a atenção básica durante três anos. Eu sentia a necessidade de fazer alguma coisa a mais, né, mais especializada. De me aprimorar, de me capacitar numa área, né. Em trabalhar com por uma questão mais direcionada e aí tinha várias coisas pela frente, né. Tinha várias opções. Na área de Pediatria. Eu queria fazer uma área básica que é uma área que a gente lida muito com a comunidade, tem muita demanda, tem muita coisa pra se vê, né. E é importante, né. Aí tinha a Pediatria, tinha a área de Clínica Médica, tinha cirurgia. Tinha área de Ortopedia e a área da,

da Ginecologia, né. Da saúde da mulher. E eu optei por essa. Por que... Por tudo. Eu teria que relembrar várias coisas, né. Pra falar sobre essa opção aí. Né. Mas é uma especialidade cirúrgica que eu sempre gostei. E é uma área que lida com o ser feminino, né. Com o universo feminino, né. É... E muita coisa é, é relacionada a esse universo aí que a gente acaba lhe dando no dia a dia, né. Eu acho bem interessante. Eu gosto muito, né.

Nádia: é...engraçado que a minha segunda pergunta parece que estava na sua cabeça, né.

Nádia: ao longo desses anos né, de Médico obstetra. Você tem uma ideia qual é a mulher que você trata? Quem é essa mulher que você trata, ou melhor, quem são as mulheres?

Médico: essa identidade feminina que você acabou de falar, né. O fato de essas mulheres pertencerem às diferenças sociais ela é... Reflete isso na prática. No parto... Quem é essa mulher? Quem são essas mulheres? Tem muitos questionamentos sobre isso daí, né. Eu acho que tem vários perfis, né. Quando muda o perfil socioeconômico já muda muita coisa, né. Em geral as mulheres que procuram o serviço público elas tem um perfil. As mulheres do serviço privado elas tem outro perfil. Outros níveis de exigências, né. Outros tipos de questionamentos. Do profissional. O serviço público é outra questão, né. É... De um modo geral o que pesa mais nesses dois lados aí o que conta mais é o nível de esclarecimento. Do público, né. As questões, os, as patologias, a demandas do serviço público são diferentes até, né. Então uma mulher que tá com um sinal de risco na comunidade e não sabe não atenta que aquilo ali é uma coisa que precisa de um atendimento. Ela às vezes vem pro serviço já complicado, né. Ou com um risco eminente de complicação. Diferente de uma pessoa que é mais esclarecida, por exemplo. Quando a pessoa perde líquido em casa, uma pessoa que é mais esclarecida ela vai logo pro Médico pra saber o quê que é né. O quê que aconteceu. Às vezes ela já até sabe. "doutor, minha bolsa rompeu". E a do serviço público, isso é só pra citar um exemplo: ela as vezes fica perdendo líquido em casa uma semana, dez dias aí ela vem para o hospital. "não doutor, eu vim porque eu tô sentindo isso e semana passada eu comecei a perder líquido". Ela não veio nessa consulta agora porque estava perdendo líquido desde semana passada. Foi porque já tá com um sinal de complicação daquilo que aconteceu semana passada para citar um exemplo, esse daí. Mas tem outras coisas relacionadas. Essa questão do esclarecimento, né. As mulheres que não tomam as vacinas que não tomam a medicação. Que o Médico do posto prescreve porque elas não dão importância. Entendeu. São coisas que acabam colocando em risco. Uma coisa que não, não, é... Deveria se ela seguisse as recomendações.

Nádia: é o olhar da ciência, da obstetrícia?

Médico: A mulher mais paupérrima do serviço público. Ela tem menos uma opção de si mesma do seu próprio corpo. Elas têm menos cuidados, né. As adversidades que ela tem são muito maiores, né. Porque a vida impõe isso, né. Geralmente é uma mãe que cuida de casa, às vezes sozinha. Tem outros filhos, né. Ela tem que assumir muitas coisas, né. É uma mulher que eu acho que cuida menos da própria saúde, né. É diferente de alguém que tem um nível socioeconômico melhor, ela tem mais tempo de se cuidar, de ir pruma academia, de procurar um Médico, entendeu. Isso daí muda. Com relação questão do corpo eu acho que a mulher nunca vai assim... Ela sempre... A própria natureza impõe à mulher coisa inerentes e

totalmente diferentes em relação ao homem, né, porque o homem nunca vai gerar ter uma gravidez e parir. Isso é uma coisa que não vai mudar nunca né. Então, a mulher sempre vai ter as peculiaridades dela. Em relação ao ser feminino, em relação à biologia. Você em relação à questão emocional, né. A mulher... Ela... Sempre vai ter um perfil dela próprio, né. Mesmo que a sociedade mude, acultura mude, o comportamento mude, mais tem coisas que não tem como mudar. Que a própria natureza que determina.

Nádia: agora vamos mudar um pouquinho de assunto é... Voltando numa questão aí das práticas médicas, políticas do parto. Que é discurso na humanização do parto. Porque você acha que tem que se falar isso na prática da Medicina. Porque falam tanto: "parto humanizado". Se o parto não é humanizado, se o parto não é humano isso é uma coisa que... Num é um contradição?

Médico: esse seu questionamento é interessante e aí cabem muitas reflexões, né. O que se conceitua como parto humanizado é um modelo diferente do que tinha. Antes, né. Por quê? Tudo parte da questão do relacionamento do cliente com o serviço e passa pela figura do Médico que é quem dá a assistência mais diretamente, né, é... No modelo tradicional... Essa relação do assistente com o cliente é muito superficial, né. Principalmente no serviço público. Porque eu acho que existem mais laços entre o profissional e o cliente. No serviço público é diferente. Se eu faço um pré-natal no serviço particular eu vejo aquela cliente desde primeira consulta até o dia do parto. E sou eu que faço o parto dela. E no serviço público não. Não sou eu que faço o pré-natal pras clientes que vem pra cá pra eu fazer o parto. Quem faz o pré-natal é outro Médico, é a enfermeira. Já existe um, um, uma barreira nisso daí, entendeu. Se fosse alguém com quem eu tive com eu tive durante esses nove meses de gravidez e ela vai chegar aqui pra ela fazer o parto dela é muito diferente. Existe uma barreira relacionada a isso. A questão do acompanhante. Eu não conheço a pessoa que foi nas consultas do pré-natal. Não conversei com ela, não vi. Entendeu. Então existem barreiras relacionadas a isso daí, né. A questão de se humanizado ou não é um conceito novo que tenta mudar essa questão da relação do profissional que dá assistência naquele momento crítico e a pessoa fica precisando da assistência, né. É... O serviço mais agradável. Ter mais conforto, ter pessoas capacitadas, né. A humanização ela passa por isso daí, né.

Nádia: uma pergunta curiosa. O quê que atrapalha do ponto de vista político, institucional não se ter um bom parto já que o objetivo do parto humanizado é ter um bom parto?

Médico: o objetivo do parto é que ele seja bom sempre o parto humanizado. Acho que o objetivo dele é de inibir, amenizar o sofrimento e a angústia, né. Aquele momento que é crítico, né. Um momento crítico, né. Um momento que a pessoa tá extremamente ansiosa insegura, né. E os esforços eles tem que ser nesse sentido aí, entendeu, dá a assistência adequada, né, dentro do que recomenda e ao mesmo tempo dar atenção à essa questão dada, do sofrimento, né. Da angústia da ansiedade. é... mas...acho que eu respondi mais ou menos, né. Infelizmente, a gente vive num país onde... que existe uma mulher de não tem um bom serviço público. que é uma mulher privada tem, quero dizer de plano de saúde. O serviço público, ainda é bastante complicado, né. Nesses termos de limites, de adequação pra que toda essa filosofia funcione em partes, né. logística... eu acho que apesar dos esforços da

instituição sempre há pontos críticos, né, nessa relação complexa. desde do pré-natal até aqui, né. mas... é... a escolha do parto, né. Hoje a gente tá muito consciente, né. Pelo menos as mulheres mais esclarecidas de que o melhor parto é o parto biológico, normal. As mais esclarecidas, viu. E as mulheres... Elas também escolhem, como é que elas chegam "doutor, eu quero que me opere", como é? não. Não escolhe, não. De jeito nenhum. Não escolhe não. A mulher que vem pra maternidade ela deveria ter consciência de que ela está é...confiando no profissional que vai avaliar e vai tratar as condutas adequadas pro quadro dela. Isso é o princípio básico. Em todo e qualquer atendimento aqui e em qualquer lugar do mundo entendeu. O que existe é uma cultura popular distorcida de que o parto cesariano, de um modo geral você pode fazer uma pesquisa. Faça uma pesquisa. De que a cesária é melhor do que o parto normal. Existe o mito popular da dor parto, né. Mas ninguém fala da dor da recuperação pós-cirúrgica, né. Que ela é limitante. Enfim, tudo o que é inerente a um procedimento cirúrgico, mas a cultura popular ela vem de outra forma, né. isso passa pela questão do esclarecimento, né.. O SUS eu acho que ele é deficiente. Ele é ineficiente, ele é... Ele não funciona como era pra funcionar a população não exige, não tem preço de qualidade. A população não tem esclarecimento. A população não reconhece seus direitos. E ela não luta por ter um serviço de qualidade. Uma assistência adequada. As pessoas morrem sem assistência. Sem um atendimento digno. Sem um tratamento adequado. Sem os recursos que são necessários, né. Então, é um sistema que é deficiente. Ele tem princípios fundamentais muito bons, muito perfeitos. Só que esses princípios não são colocados em prática. Entendeu. Tudo passa por uma questão de esclarecimento mesmo. Como a população não exige não cobra, não sabe. Não é informada. A comunidade deveria exigir um serviço de qualidade.

Nádia: o quê atrapalha essa também...

Médico: atrapalha muito. É pessoa fica totalmente... Acrítica disso daí, né. Tem um momento que não tem leito, não tem anestesista, não tem aquilo. E tudo isso fica como um descrédito danado, né. Não tem material, falta fio, falta anestésico. é... Não resolve aqui, tem que ir pra outro lugar. Não tem leito, né. É assim, é muito ruim. É assim. A gente pensa na população que depende de um serviço desse, né. Eu digo desse do SUS. Porque é aqui, é no Rio Grande do Sul, é lá no Amazonas...em todo o Brasil, é assim. Enquanto que a gente sabe que milhões e milhões de recursos são desviados, né. Pelo meio do caminho, né. Em todas as esferas os desvios são aplicados aqui. Quando não eram pra ser aplicados, né. Governo realmente não investe né. Não é uma coisa interessante pro Governo um sistema que funcione perfeito, bonitinho, né. Aqui mesmo nessa revista tem um alerta dos países. Um alerta dos países que mandam turistas pra cá principalmente da Europa dizendo que aqui o sistema de saúde não é bom. Que eles façam um seguro lá o então venham com dinheiro pra se precisar aqui é pro serviço privado. Porque o público tá todo tempo lotado não tem leito, não tem vaga. Bem aqui nessa matéria, que tem logo aqui.

Nádia: então, eu sinto que como as mulheres são vulneráveis em alguns aspectos os profissionais também estão sob alguma vulnerabilidade do sistema, né.

Médico: sim, com certeza, põe em risco assim... Muitas coisas, né, muitas coisas. Porque médicos e pacientes são vítimas disso tudo, né. Os serviços eles são insuficientes. Você vai lá

numa emergência do IJF, por exemplo, é um caos. É uma situação caótica. É igual aquela situação de guerra, né. De calamidade. É assim, lá. HGF, você vai encontrar... Você já foi à emergência do HGF. Corredores. Gente grave nos corredores, entubadas. Aquilo ali é um absurdo, uma calamidade, né. É uma coisa totalmente inaceitável. Eu fico imaginando se fosse um parente meu que tivesse ali naquele corredor infelizmente, né, a gente vê por aí. Acontece e não vai acabar agora. Ainda vai continuar né. O poder público ele não dá a população é... Um serviço de qualidade, né. Os profissionais têm que curso de capacitação rotineira. Tem que ter um serviço que funcione bem com materiais, com recursos, com a demanda planeja pra capacidade daquele serviço. entendeu. Tudo isso é importante. Pra funcionar.

Nádia: você gostaria de falar mais alguma coisa?

Médico: acho que eu falei...

Nádia: muito obrigada,

Médico: de nada.

NOTA DE CAMPO 8: A PERCEPÇÃO DE MUNDO DIANTE DAQUILO QUE PARECE ÓBVIO

Nádia, Maranguape, março de 2012.

Dr. Apolo escreveu um texto que devassa algumas entranhas da crise da saúde pública no Brasil e como o sofrimento de mulheres pode ser compreendido. Precisaréi reler muito esse texto, pois daqui extrairéi o que penso ser uma das epistemologias geradas aqui no campo de pesquisa de profunda riqueza teórica. Os dados etnográficos estão me conduzindo cada vez mais ao esforço teórico da ADC quando Fairclough discute a linguagem no novo capitalismo. A percepção de mundo diante daquilo que parece óbvio e que naturalizam práticas políticas e institucionais num mundo globalizado com a falsa sensação de harmonia, de que o capitalismo é bom une as pessoas, não existindo um conflito real, entre outras tantas questões cruciais. A globalização é suave e parece não existir oprimidos. Médicos e pacientes somos todos oprimidos. É preciso que essa tese ao seu final consiga apontar a necessidade de ressaltar a urgência urgentíssima do ponto de vista de uma epistemologia transitiva crítica da realidade que os conflitos apontados pelas teorias críticas estão aqui fortes sob um componente ideológico perverso. Um novo feitiço que leva milhares de pessoas a não tomada de consciência crítica insurgente. O capitalismo está naturalizado como a grande solução humana. Essa naturalização teórica intransitiva, *inabordável* ao mundo que não trata das assimetrias e desigualdades sociais como questões de luta e poder das classes sociais. No capitalismo pobreza e riqueza são problemas transitórios relacionais, complementam-se com políticas públicas compensatórias, projetos carinhoso, bolsas família, entre tantas medidas relacionais no âmbito das hegemonia política liberal capitalista. Mulheres pobres que padecem a dor de parir são questões ontológicas estabilizadas e invisíveis, mantidas invisíveis

pelas forças ideológicas. A dor no parto é uma ontologia *intransitiva*. Preciso aprofundar muito essa reflexão teórica.

FRAGMENTOS DOS RELATOS

DONA FRANCISCA

Nádia: Tá tudo bem agora, né? Você chorou tanto, que quase choro também.

DONA FRANCISCA: Se eu pudesse escolher, eu num queria sofrer não, mas derde que o mundo foi feito é assim mermo, toda a mulher que é mulher tem que passar por esse sofrimento.

Relato 1.

DR. HERÓDOTO

Nádia: Como você suas pacientes aqui no Gonzaguinha?

DR. HERÓDOTO: O nascimento de um filho é a mais autêntica afirmação do que é ser mulher. A mulher só se encontra na maternidade.

Relato 3.

Nádia: Como você ver as mulheres mãe?

DONA SANTA

Dona Santa a ex- parteira: A mulher só é mulher quando passa pelas dor de parir.

Relato 4.

DONA GRAÇA

Nádia: E a Senhora Dona Graça, como ver as mulheres e mães?

Dona Graça, a ex-parteira: Ser mulher é ser mãe.

Relato 5.

DRA. HELENA DE TROIA

Nádia: Como você ver as mulheres suas clientes aqui no Gonzaguinha?

DRA. HELENA DE TROIA: Nesse aspecto da maternidade sim...eu acho que a mulher pode ser qualquer coisa, mas tem que ter a responsabilidade de cuidar do filho até os animais irracionais cuidam bem direitinho, porque elas não podem cuidar?... Eles não pediram pra nascer, abandonar é um crime. Fez o filho, tem que cuidar.

Relato 6.

HELENA DO CACIMBÃO

Nádia: Conta para mim como foi ter esse menininho.

Helena do Cacimbão: Ter esse menino é que vai me ajudar na velhice, vivo só, os homens não merecem confiança, querem a gente hoje, mas depois a gente fica grávida e eles abandonam. Nesse que eu tenho já é o terceiro homem que eu vivi. Todos são assim “vão se imbora” e eu só tenho mesmo os meus filhos que tenho fé em Deus que nunca me abandonarão.

Relato 7.

LOURA DOS TANQUES

Nádia: Teve algo no seu parto que não foi legal?

Loura dos Tanques: Terre mulher, é que eu num queria ter esse minino não. Aí eu butei citotequi¹²⁹, pelejei mais eu arrumei. Aí eu conseguir duzentos reais, e comprei quatro citotequi. Coloquei dois na vagina, e tomei dois. Num teve jeito. O minino não desceu. Aí o bichim nasceu assim, com essa cabeça dágua. O dottor falou que é uma doença que ele não vai ficar bom. Depois eu vou ter que colocar um negócio na cabeça dele. Ele foi lá pro Alberto Sabim, pra UTI. Quando mais tarde o doto, mim da a alta eu vou ficar mais ele toda vida ... O doto (...)deu foi um carão em mim. Ele disse que eu nunca mais vou fazer, pois é só olhar pro nenê que eu vou saber que num posso fazer. O negócio mulher é que eu num queria não. Eu só fiquei com esse home uma vez só.

Nádia: Cadê êle?

Loura dos Tanques: Ele? nunca mais vi ele. Foi só uma vez que nós fiquemo, nós tava nas vaquejada do Itapebussú, dancemos, bebemos, sei nem que ele é. Só fui saber que tava buchuda um dia desses. Foi a minha patroa que desconfiou. Ela quis mim ajudar, até mim deu o dinheiro do citotec, mas num teve jeito... mulher só foi uma vez nunca pensei que uma vez desse pra engravidar. Dito e feito, foi só faze o exame e deu. O dottor mim disse que eu vou ter que cuidar dele o resto da minha vida, mode o citotec que num arrancou ele. Tomei dois, mas eu num conseguir abortar não, é que quando Deus quer ninguém dá jeito, e agora o bichim nasceu assim, acho que ele vai ser assim doentim.

Relato 8.

NORA DO PATO SELVAGEM

Nádia: Me conta o que ocorreu com você?

Nora do Pato Selvagem: Eu tive sorte, mas também só pude comprar um citoteque, butei na vagina, e a mulher lá perto das placas, disse que conhece uma lá que faz o aborto... Quanto foi? ... Foi só cinquenta, ainda tô devendo a ela. Aí ela me deu um copo de cachaça, Tomei de uma talagada. Num fiquei beba, não. Tomei dois, três, no quinto copo de cachaça... aí tava tudo rodando. Ela disse: agora você vai sentir só uma furada. Vou só furar o saco aqui que o bebê tá. Aí furou. Depois eu fiquei com muita hemorragia, quando cheguei em casa, de noite, tava com muita hemorragia e ela mandou eu vim fazer aqui a curetagem Agora eu vou lá pra Fortaleza.

Relato 9.

JANAINA DO URUCARÁ

Nádia: Conte pra mim como foi esse teu parto?

Janaina do Urucará: Deus me livre mulher eu tô assim mais ou menos arrependida, mas era que eu queria engravidar dele . Sei lá... ele é casado... e disse pra mim que não ia deixar a mulher dele... aí ele arranjei dinheiro. Foi logo seis citoteque... é caro... eu sei... é que eu recebo o aposento da minha vó... e assim que eu peguei o dinheiro no banco comprei logo... Ela num dá fé... Ela é moca... quase cega... Eu queria ter mais esse pra me aquetar, ter uma

¹²⁹ CYTOTEC (misoprostol) está indicado para o tratamento de úlceras gástrica, contudo, abortivo se usado por mulheres grávidas.

casa pra mim, ficar sossegada, ... Eu tenho uma meninasinha de três, e uma de 10 anos. Elas vevem mais minha mãe... Foi o meu primeiro aborto. É que eu tinha esperança de que ele gostasse de eu ter um filho. Ele teve mais uma mulher velha, aposentada, professorona aposentada, ele só quer saber do dinheiro dela. Ele num tem filho. Sabe o que ele queria? que eu tivesse e butasse lá na porta da casa da mulher dele. Ele disse que eu tinha o menino butasse na porta e ele ia criar mais a véia dele. Taqui que eu ia deixar;¹³⁰ passar por tudo, por todo o sofrimento, nove meses carregando um filho pra dar. Ele é muito é sem vergonha. Ia ficar criando meu filho depois de me abandonar, num tem nem lógica. Eu disse comigo não, prefiro que ele não nasça pra num dá o gost... Arrependida... Tô... assim... marómeno né, mas... foi só dois meses... acho que assim num tem ainda nada formado não né... E eu vou com certeza ter o perdão de Deus... Eu era crente... fui disciplinada lá na Igreja... Teve um home lá que deu fé de mim e ficamos... aí a mulher dele fez a maior confusão e eu fui pra fora da Igreja... Mulher... sabe que é que acho...é que àquelas mulher lá da igreja são assim... não tem vaidade né... Eu não... eu nunca deixei de me pintar... Elas, as irmãs me olhavam com uns olhão em cima de mim... eu num ligava não, o que importa é a gente ter a palavra na fé né...Mas acho que aqui perto tão inaugurando uma... do pastor... aquele da mundial... Ele diz que faz milagres... àquele do chapéu, ... Sim, ... é esse mesmo o Vodomiro¹³¹ ... Eu acho que na igreja do Vodomiro Deus vai me perdoar.

Relato 10.

NOTA DE CAMPO 9: A SOLIDÃO DE ANTÔNIA

Gonzaguinha, Janeiro de 2011.

Presencio atenciosamente a entrada de Antônia no Centro Obstétrico. Abraçando o ventre se contorce de dores. A acompanho nesse breve trajeto de entrada até a sala de parto. No corredor estão os artefatos do sagrado, a imagem de Nossa Senhora do Bom Parto, “*linda*”, de manto branco, sobre uma coluna com características neoclássicas, os pés descalços, flores, fitinhas, terços, e mãos unidas em oração, oferece seu colo, acolhe, e num olhar para o infinito, leva aos céus os pedidos das mulheres por um bom parto. Algumas mulheres antes de entrarem para a sala de parto se aproximam da santa pegam em seus ventres, acariciam a imagem e silenciosamente vertem lágrima. Ela intercede e sabe melhor do que ninguém suas aflições, martírios, alegrias Antônia repete o ritual: para sob uma forte contração e se aproxima da santa. Benze-se. Suplica em voz alta: “Me dê um bom parto, mãe de Deus”. A contração cede, e o encontro com a santa é mais íntimo. Beija a imagem e prossegue sob forte dores rumo ao leito. O deslocamento para a sala de parto é geralmente acompanhadas por outra mulher, parente, mãe, ou amiga. Acompanho também Antônia, jovem, 6a gestação, 22 anos, que é conduzida pela enfermeira e Dona Francisca mãe da parturiente. Dona Francisca carrega o mundo em seus ombros. Olho detidamente seu rosto angustiado, embaçado, sob imensa tristeza. Antônia se deita com dificuldades entre contrações que evidenciam o

¹³⁰ “Taqui que eu ia deixar” é a expressividade modalizada pornográfica semiotizada com o dedo em riste. Significa manda para o lugar *imundo* do corpo todos os *filhos e filhas da mãe* (que o pariu). Assumi a coragem de expor a linguagem viva das mulheres. “Não há interdito que não possa ser transgredido. Frequentemente a transgressão é admitida, muitas vezes ela é até prescrita”(BATAILLE, 2013, p. 87).

¹³¹ Pastor Valdomiro, líder e fundador da Igreja Mundial do Poder de Deus no Brasil.

processo de trabalho de parto em franca evolução. Geme, grita, e reclama que: esse menino é diferente das outras. É mais sofrido esse menino afirma Antônia. A mãe tenta acalmá-la com a sabedoria que preserva em sua história pessoal: menino home é assim mesmo, é mais sofrido, tenha calma. Todo minino home é mais preguiçoso e maltrata mais a mulher. Minino femia é mais macia, num maltrata muito não, é mais macia, ajuda a nascer. Antônia no seu sexto parto natural agarra a mão de sua mãe e diz: “mãe... mãe... tá doendo muito mãe eu acho que desse minino eu num aguento mais não... Me ajuda mãe!”. Após a contração, a paz breve, temporária, a dor se cala pra depois vir mais forte, com mais força, e enquanto se cala me apresento à Antônia, à sua mãe, e digo com breves palavras o que estou fazendo ali nesse momento. Brevemente esclareço meus propósitos acadêmicos, e como mulher e pesquisadora me torno uma “nativa”, mergulho no evento com minhas experiências do parto vaginal de pelo menos quase 3 décadas e resgato intensamente o dia 23 de abril de 1982. Lembranças avivadas tal como num culto histórico, transbordam em minha alma outras línguas, as estranhas línguas que nem sempre são decodificadas pelo outro. E mais uma contração me desperta desse deslocamento com a mão trêmula de Antônia que agarra à minha. O contato autoriza a me colocar sobre seus ombros. Procuro nesse instante me apropriar de seu olhar, de seu ventre revoltado, de seus gemidos contidos sob as orientações da Dona Graça, a ex parteira, que a conforta com o mantra: “é assim mesmo minha fia, toda mulher que é mulher derde que Deus fez o mundo passa por isso, e aproveite a dor, se tiver vontade de se espremer aproveite a dor, bote seus queixos nos peitos e segura a dor, num se preocupa não, na hora quando eu tiver vendo que tu vai ter neném eu chamo a Dra”. Eu montada nos ombros de Antônia aflagava sua cabeça suada, trêmula, me deslocava em busca da minha autoridade etnográfica enlaçada no cordão umbilical que o cenário me tragara. Ora estávamos Antônia e eu com o olhar fixado em Nossa Senhora do Bom Parto, ora olhávamos para a humilde bolsa de seus pertences, simples, uma bolsa de bebê, talvez de muitas idas e vidas, desbotada, com o feche quebrado. E dialogávamos como comadres: “Tá vendo aí, essa bolsa tá assim é que num deu tempo eu costurar, num deu tempo eu arrumar direito, ainda falta umas coisinhas pra comprar. Tem aí umas roupinhas que desde o primeiro “minino” eu trago”. Mas chegou outra dor de força, mais intensa, mais duradoura, o grito não foi mais contido, atravessava as folhas robustas do pequeno jardim, se misturavam ao céu da serra e enseja que sua mãe, dona Francisca se pronuncie com outras dores por ela até àquele momento contidas: pra que foi fazer “minino”? É assim mesmo, pra que foi “embuxar”, já num basta ter 5 lá em casa? Já num basta tu saber que teu marido num presta, àquele miserável sem vergonha, vagabundo, que num dá um real sequer a nenhum dos filhos? E tu ainda vai sair com ele né? Eu te avisei, tu é “pegadeira de buxo”, e tem a mania de num tomar os comprimidos direito, pois aguente calada, deixe de ser escandalosa, quem tem medo de “buxo” num encosta em home quanto mais sendo quem é!. Dotora. (Dona Francisca assim se dirige a mim)¹ : “pois é dotora. Sou eu que trabaio pra sustentar ela e os fi dela, agora me pergunte se ele num passou a noite na pracinha no forró? Derde nessa noite eu num tinha dinheiro pra pegar um carro pra trazer ela aqui pro Gonzaguinha e sabe cuma foi que nós viemos? Foi de bicicleta mermo. Butei ela no varão e vim pois num tinha um cristão que me emprestasse 20 reais”. Dona Francisca me desvenda novas máscaras e sob o constrangimento do carão, nós duas, Antônia e eu aproveitamos o intervalo da contração pacificando o sofrimento. O intervalo de uma contração a outra é um banho de paz, alívio, tal como um

bálsamo nos prepara para mais e mais desafios. E é nesse momento que retornamos nossos olhares e súplicas a nossa senhora do Bom Parto, e como uma resposta do céu, dona Francisca retorna com suas mãos pacificadas, enxuga o rosto suado, afaga os cabelos de Antônia, faz um trança para aliviar o calor, ajeita a camisola, cobre os seus seios, protege de alguma forma o corpo suado, exposto, escancarado que se projeta para a expulsão do feto, e com a voz enternecida se pronuncia: “O negócio é que tá chovendo muito e num inverno lavagem de roupa é fraca, mas se Deus quiser, amanhã vai fazer sol e vou lá na casa de Dona Deolinda, pegar um trouxa de roupa, já vou ganhar 15 reais e vou comprar umas duas caixas de fralda descartavi, ainda tem uns cueirinho bem bonzinhos, umas roupinhas de pagão também”. Com as últimas palavras de Dona Francisca percebi que ela também estivera entre nós sobre os ombros de Antônia. Dona Graça a parteira balbucia Ave Marias, Padres Nossos, e améns, com num belo rosário azul com branco, “que veio de Juazeiro, bento pelas águas do rio Jordão do Cariri”, observa e nos diz: “Tá na hora vou chamar a médica”. Os gemidos de Antonia anunciavam o momento de expulsão, o feto coroara, estava quase nascendo, e a médica diz: “acalme-se, tô lhe ajudando, quando vier a outra dor ajude, é o neném querendo nascer, e você aproveita e se expreme, ao invés de gritar gaste suas energias se espremendo, não grite”. Um breve intervalo e Antônia faz um apelo a sua mãe: “Mãe repara se vai nascer enlaçado mãe, pelo amor de Deus repara mãe”. E dona Francisca atenciosa “fica de olho”. Ser Antônio ou Antônia implica nascer enlaçado, e a parturiente sabe dessas lições que circulam na aldeia; quem nasce enlaçado pelo cordão umbilical e não é batizado como o nome de Antônio ou Antônia, fica desprotegido pelas boas sortes e entregue aos desatinos do destino, acontece de morrer enforcado e outras tragédias associadas à má sorte. E exatamente nesse momento um óbito na Emergência do Hospital de uma criança de 11 anos nos comove a todos pelo desfecho trágico. A avó da criança aos berros acusa o pai do garoto de culpado, pois não a deixou colocar o nome de Antônio em seu neto. Gritava a avó muito próxima à sala de parto: “Eu disse, eu disse, que esse mimino era pra ter o nome de Antônio e você num batizou o minino de Antônio. Foi castigo, a culpa é sua desgraçado, maldito que num deixou eu batizar o menino, foi inventar de botar outro nome da criança de outro nome, e por isso aconteceu essa desgraça”. Antônia a parturiente e eu participávamos involuntariamente desse cotidiano atípico do hospital entre os intervalos da contração agora com novas preocupações: Pede mais e mais atenção da sua mãe para checar se de fato, seu sexto filho poderá ou não ter a sina de ser enlaçado. A médica está ao lado da cama de parto, paramentada, preparada para receber o bebê. Ao seu lado duas profissionais enfermeiras a postos todas em silêncio, sob os gemidos intensos de Antônia que se permite gritar e sua dor cobrir toda aquela serra silenciosa. As profissionais, todas quietas, nada pronunciam e nem se incomodam com os extremos dos gritos da parturiente, até que a última dor, a dor da expulsão final, lágrimas, gritos soluços, se metamorfoseiam, em gradações pacificadoras prenunciam o clímax, o êxtase. A médica diz: nasceu! Seu bebê nasceu! “E é um minino home” diz Dona Francisca. Enquanto a médica faz os procedimentos iniciais de acolhida ao bebê, enrola- o e o oferece para Antônia. “Pronto, mãezinha, tá aqui seu bebê”, e com a ajuda das enfermeiras o primeiro afago ao peito materno. Antônia quase afásica, entre outros matizes das lágrimas ensaia o agradecimento da dádiva: “meu filho! Como é lindo meu filho! Graças à Deus, Glória à Deus, é uma bênção!”. O cenário apresenta um novo ato, cenas do mistério que quer permanecer intocado. Quem saberia interpretar o encontro entre esse eu e

o tu que se projeta do ventre, atravessa o corpo e reencontra os seios enturgecidos? Antônia mais uma vez pergunta se o bebê não nascera enlaçado: e a médica lhe assegura que não: “Ah! meu filho num vai ter nome de Antônio, eu odeio esse nome, eu odeio o meu nome, eu nasci enlaçada num foi mãe? já pensou dos meus 6 nenhum nasceu enlaçado! Deus me livre, nome Antônio, Antônia é feio, só tem um lá em casa que tem nome feio mas é Francisca só no registro, de verdade a gente chama ela de Cristina, Francisca Cristina. É por causa da promessa da mãe num foi mãe! ”. Dona Francisca ao seu lado confirma ter se tratado de uma promessa “quando ela tava buchuda” da sua terceira filha, “teve catapora e ficou muito doente e foi São Francisco que curou por isso quando a menina nasceu batizou assim para homenagear São Francisco de Canindé”. Antônia com seu bebê no peito olha intensamente para Nossa Senhora do Bom Parto, reza, agradece, balbucia que àquela criança “é uma bênção” e eu sobre seus ombros leio alguns signos desse evento: o parto com os extremos da vida que se conflituam num cenário adverso, dialético, felicidades, fortalecimento, poder, pobreza, miséria, pouca escolarização, núcleo familiar paternal problemático, entre outras camadas densas: Só tenho meus filhos, é única coisa que tenho no mundo são meus filhos, é quem vai cuidar de mim na minha velhice né. É quem vai garantir meu sustento, e eu sou forte, sou forte, tenho 6 com esse, tem tanta mulher rica que num pode num ter nenhum fio né? E eu tenho, olhe aí tudim vivo, 6 tudo escadinha, a mais veia tem sete, é feme, tudim é feme, é meu primeiro rapaz. Quem será essa mulher de 22 anos, que encontra na parição a sustentabilidade, e o fortalecimento de sua existência? Na aldeia em que mora é carente, lá está a população que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Brasil do ano 2010 do século XXI classifica de pobre com todas as características que marcam as vulnerabilidades sociais, em que o conceito de felicidade nos ensinado pela ordem capitalista é uma ficção. Antônia fabrica a sua própria felicidade que em alguns aspectos não tem a moldura cognitiva da ordem social impositiva. Sobre os ombros de Antônia ensaiei meu empreendimento de pesquisadora nativa colocando a etnografia num processo diálogo em que os sujeitos falantes estão num campo de múltiplos discursos. Identifiquei algumas trilhas, labirintos que me encaminham para o experiencial, o interpretativo, o dialógico, o polifônico sobre o parto como um evento dialético sócio discursivo entrincheirado entre escuridão e à luz, alegoria que me inspira a pensar o parto com novas possibilidades de leitura e escrita. Para Geertz (1989, p. 7) “fazer etnografia é como tentar ler um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado”, e nessa transitoriedade misteriosa, encarcerada pela dor e alegria, o parto, um mundo com verdades desbotadas, resistentes, valentes num cenário dessa estranheza silenciada, reificada. A seguir relato minha experiência no alojamento conjunto até o momento da alta hospitalar.

NOTA DE CAMPO 10: NO ALOJAMENTO CONJUNTO HUMANIZADO PELAS MULHERES

Gonzaguinha,
Abril, 2011.

Adentrei na Enfermaria chamada de alojamento conjunto, na qual mãe e recém-nascido ficam sendo cuidados no período de 24 horas após o parto. Os 6 leitos da enfermaria estavam ocupados. As parturientes com idade entre 15 a 45 anos dividiam angústias comuns, alegrias, expectativas, e as que foram operadas (parto cesáreo) têm uma recuperação mais lenta e dolorosa. Quanto às de parto natural ou fisiológico, ou vaginal, as mulheres evoluem muito satisfatoriamente, deambulam rapidamente e circulam pela enfermaria com desenvoltura. As profissionais auxiliares, técnicas de enfermagem, e mesmo enfermeiras, pouco adentram a enfermaria, e o fazem apenas quando há um caso mais “especial”, o que é raro, pois a maternidade é destinada para casos de baixo risco de parturição. Os médicos e médicas só entram 1 vez ao dia, no horário de assinar a alta hospitalar. O contato é burocrático. Olham rapidamente e assinam o prontuário de alta sem prescrições ou quaisquer outras informações, que ficam por conta da enfermeira chefe. Caso haja alguma situação mais específica é a enfermagem que assume todo o cuidado operacional. No alojamento, apesar de não perder o estatuto da tradição local, a “doutora Nádia” é uma delas. O poder é simbólico, pois a interação é de mulher para mulher. Elas conseguem me enxergar tal como uma delas. Tendo o cuidado ao mais possível de me posicionar em seus ombros, guio meu plantão nas diretrizes de suas demandas. São 24 horas de comunhão significativamente intensa. Sinto-me numa comunidade, atada em feixe, “não mais um ao lado do outro, mas estar um com o outro” (BUBER,2009), de tal forma que conquisto nesse breve comungar um fluir do eu para o tu no interior dessa reciprocidade (MAGALHÃES, 2000).O vai e vem é intenso, as mais dispostas ajudam as operadas, colaboram de alguma forma em redes de solidariedade pós-parto. E aqui tem tudo de sabedoria. São as lições repassadas, os cuidados com o neném, a neném e às vezes aparece a figura evocada do companheiro, ora sendo enaltecido, ora escrachado. Os celulares que também povoam esse universo, os melhores, com mais recursos registram as imagens dos bebês, enviam mensagens, e há uma norma da chefia de enfermagem que não permite o uso do celular, mas o que vejo é que não funciona, pelo menos no alojamento conjunto. Os celulares muitas vezes de origem duvidosamente adquiridos “bem baratim” na comunidade: “Tem até de 10 real” informa Maria.: “Eu consegui esse por 10 real ele queria me vender por 20 , mas eu disse que dava só dez e aí meu namorado botou os outros 10 de crédito”. O alojamento conjunto é uma fábrica, um cenário surreal, comporta a tragédia, o devir, a luz, a vida, e a morte. Costuram-se lembranças fecundas de dor, e se elaboram perspectivas de modos diferentes de vida, das quais elas parecem não experienciaram. Ora, altar de louvação ao santuário de dádivas no mistério do encontro eu e tu (mãe e filho), ora, atravessado por situações de sofrimento intenso, infelizes, ou quem sabe “sorte, má sorte”. Estão os 6 leitos ocupados de mãe, acompanhante, (mãe, amiga ou parente, não pode ficar homem regra do hospital) e as (os) bebês, “bênças”. No ar, sonoridades, burburinhos dos chorinhos, do dialeto do afago, vozes de mulheres que conversam com seus filhos, mas também há silêncios entre mãe e filho (a), há apatia, um misto de dor, desilusão. A linguagem se estabeleça num acalanto, a força da expressividade instintual maternas, às vezes embaçadas por olhares turvos, distantes, ausentes no infinito que a serra ao lado carrega. Outras são mais silenciosas. Optariam por ficar ausentes desse cenário? Seriam indiferentes, apáticas? Estariam em busca de outras paragens que a vida ainda não as levou? Gostaria de auscultar algum desses olhares distantes, tristes. Mas há outras conversas, experiências correlatas, reeditam sobre outros partos e dores, histórias de dar à luz, histórias dos

seus homens, de suas saudades, de seus abandonos, de suas tragédias morais, existenciais. Parece um palco com atrizes investidas na redescoberta de seus papéis sociais ali realçados, postos na superfície sem medo ou escusas morais. As acompanhantes das parturientes também sobem no palco, falam de suas experiências maternas de seus partos. Todas nós encontramos vozes parecidas que nos enlaça nessa polifonia. É 1 hora da madrugada do dia 23 de janeiro. O silêncio na enfermaria ajuda-me a conter a emoção, desafia-me entender a miséria, a dor. O dia foi de muitas histórias. Aqui registrei apenas alguns fragmentos.

MADALENA

Nádia: Conte pra mim como foi esse parto?

Madalena: Esse parto foi o pior da minha vida, dos 4 que eu tive esse foi o pior. É que eu não consigo botar ela pra mamar. Eu não consigo esquecer minha filha. Era tudo pra mim. Eu tinha tanta fé que ela ia ficar boa. Lutei tanto, tanto. Era a coisa mais linda da minha vida. Pedaco de mim enterrei ela faz 4 dias. Vitória tinha 5 anos. Desde que nasceu eu lutava com ela. No dia que ela nasceu levei uma surra muito grande do pai dela, ele tava bebo e toda a vida que fica bebo ele bate em mim, fica butando macho pra mim, diz que os fi num é dele. Tive ela só, lá no banheiro. Nasceu roxinha, num chorou, a minha vizinha me socorreu, pagou um carro e me levou pra maternidade. O dotor disse que a nenê num ia ter uma cabeça boa pois faltou respiração, foi pra incubadora, passei ainda 15 dias com ela no Alberto Sabim. Mas ela ficou boa, só ficou especial, mas era linda, bem gordinha, eu cuidava dela, deixei tudo pra cuidar dela, ia pra fisioterapia, pra estimular tudo eu ia, ela num falava muito não, mas mamãe ela dizia. Ela pegou um pneumonia, fui pro Alberto Sabim depois ela pegou uma minigite, e morreu no meu colo agarrando minha mão, olhava tanto pra mim, e eu dizia pra ela num me deixe não minha filha, num me deixe não. Mas ela me deixou, foi-se imhora tô muito infeliz, ainda tive que ter essa aqui agora né, era pra nascer no final do mês mas veio antes, eu não consigo não gostar dessa não, se eu pudesse eu dava, eu queria era minha filha, eu não sei o que se passa na minha cabeça, só penso nela. Era a única coisa que eu tinha, a minha fia mais veia de 14 anos já deu pra ruim, é metida com gangue num estuda, vive aprontando, o do mei tá na casa do avô dele lã na serra, a de 9 anos é que me ajuda, faz as coisas, andava comigo pra cima e prá baixo me ajudando com a nenê.

Relato 10.

MARIA DO LAJEDO

Nádia: E agora me fale de você, mulher, mãe, namorada... Como é você?

MARIA DO LAJEDO: Tô nos 3 mas o primeiro eu não tinha juízo, eu tinha 13 anos quando fiquei grávida. Meu pai mim butou prá fora de casa. Fui vivê na casa da minha sogra, e o meu sogro buliu comigo e fiquei grávida, minha sogra soube e mim butou prá fora, fui viver no sertão lá pra banda de Canindé mais o meu marido na casa de um primo dele. Lá ele mim deixou e foi viver com uma mué bem mais veia que ele e arribou pro Pará. Nunca mais voltou. Aí eu voltei aqui pro Maranguape quando meu pai morreu e voltei pra minha casa. Agora arranjei esse rapaz que é o pai desse meu fi que nasceu, ele é um bom rapaz, deixou a muié dele pra viver mais eu, a muié dele deu pra ruim, butou chifre nele, foi-se imhora e agora também tô criando os fi dele que terre com essa mué, são 4 minino macho.

Relato 11.

ROSA DA PREGUIÇA

Nádia: E agora me fale de você, mulher, mãe, namorada... Como é você?

ROSA DA PREGUIÇA: Só tenho um homem e já tô no quarto fi, desde os 14 ano foi o meu primeiro, eu gostava dele, ele é mais véi que eu 15 ano, mas num quero trocar não, os home de hoje em dia que só veve do trabai pra casa é difícil vê.

Relato 12.

CRISTINA

Nádia: E agora me fale de você, mulher, mãe, namorada... Como é você?

CRISTINA: Nunca tive sorte cum home, Todos que eu vivo me abandonam. Já tô no terceiro que arrumei, e só foi fazer menino em mim, disse que é camioneiro, e tá com muito tempo que num dá notícias. A última noticia que tive era que tava pra banda da Bahia. No começo ainda mim ligava, mas depois nunca mais. Eu quando vi que tava buchuda fiz tudo pra descer. Tumei chá de pimenta com aroeira, chá de cavalinha, mim ensinaram chá de sene, nada sirviu. Lá tinha um home que queria mim vender um citoteque, mas era 50 reais, eu num tive dinheiro, e o tempo foi passando, passando por isso num fui fazer o pré natal, queria mermo é que complicasse, saísse. Se eu fizesse o pré-natal é aquela história de fazer exame, deixar a barriga forte pro bebe nascer direito, e eu num queria que nascesse. Até uma mulher lá, amiga da minha vizinha disse se eu fizesse o pré-natal direitinho ela ficava com a criança. Foi lá umas poucas de vez, mas como num ia ela disse que num queria mais não. Num tô com muita vontade de dar muito não. Eu tava decidida de dar mas a bichinha é tão linda! E mama tão direitinha, que quanto mais mama a gente vai ficando mais agarrada. Num sei não, mas às vezes fico pensando né, tem gente que queria ter uma igualzinha, e não tem né. [...] O nome dela eu num tinha pensado, pode ser até outro se eu for dar. Minha prima disse que lá pra banda da Caridade tem um home de bem que quer. Tem que ser um homem de bem né pra gente dar a qualquer um é muito perigoso. Prefiro dar do que deixar no mei da rua. Mas se eu for de dar parece que num vou aguentar.

Relato 13.

GRAÇA DO PAU SERRADO

Nádia: Por favor, fale-me como é ter essa nenê?

GRAÇA DO PAU SERRADO: É minha primeira vez que tenho filha... Meu.... parto, há, foi bom, deu um trabalhinho, a menina é muito gorda,teve uma hora que eu não tive mais foi força....Mas consegui o dotor deu uma lasquinha para ela passar. Tão cedo num quero mais essa arrumação.... é que eu prometi pra minha mulher essa nenê. Ela é que vai ser a mãe de verdade. ... eu sou tipo de aluguel...assim...aluguel, aluguel não muito, mas foi um acordo. Arrumei um pai e embuchei pro meu amor ficar feliz. ...(risos). Tá com uns cinco anos que vivo com ela e ela tem cisto no ovário, nunca pode ter filho. Quando ela vivia mais o marido dela fez de tudo pra engravidar. Agora nossa felicidade vai ficar completa....Ela mais tarde vem me pegar eu apresento ela pra tú, tu vai ver como ela e linda... Ela trabalha... costura pra Dakota, costura e cola sapato. Trabalha em casa mesmo... Eu... minha, mãe é aposentada....Se tu vê, o quartinho da nenê tá lindo... fiz tudo de rosa, rosa pink, o nome dela é Sofie...chique né.

Relato 14.

MARIA DAS DORES

Nádia: Me fala um pouquinho de como é ser mãe só de minino homem?

Maria das Dores“(...)Sou assim, mãe já de três minino home. O primeiro minino minha mãe cria, o segundo teve mais o pai dele lá nas Placas. Mandeí ele pro pai dele que ele tava dando muito trabaio. Se acompanhando de quem num presta, o minino já tem 10 anos, mas já tava fazendo coisa ruim. A professora disse que ele tava bulindo nas coisas, e tem mais, num aprende nada na escola, aí eu mandei pro pai dele, prá vê se conserta.(...)”

Relato 15.

NOTA DE CAMPO 11: A ALTA E A POLIFONIA BAKHTIANA

Gonzaguinha,

Abril, 2011.

Antônia, Madalena, Cristina, Maria do Lajedo, Rosa da Preguiça, Fatinha da Jubáia, Helena do Cacimbão, já estão prontas a espera do devir, do eterno retorno. Madalena já demonstra menos medo de tocar seu bebê, (ainda sem nome) e ensaia os primeiros embalos corporais do aconchego. Antônia confortada pelo seu “rapaz” responde à dialética da dádiva: Elas com suas bagagens simples, o paradoxo da paixão, diálogo no aconchego com a vida de suas entranhas assinalam um pacto com a situação concreta da existência que perpassa a profundidade de *EU E TU* (MAGALHÃES 2000, BUBER,2009), numa união paradoxal e plenitude, alcança o contraditório na alegria e na dor. O encontro na dádiva onde a totalidade do homem está presente e onde existe total reciprocidade, [...] uma ontologia da relação, uma antropologia do inter humano, na qual a categoria da dialogicidade da dádiva é o “entre” (BUBBER, 2009, p. 21).

Elas, eles caminham entre os limites impositivos da história. Lá fora sabemos que os espera. E tomara que Dona Francisca consiga uma lavagem de roupas e Madalena sustente sua saudade, acolha a bebezinha. Cristina se “agarre” àquele ser, ou, quem o receber e for adotar, seja de fato “de bem”. Marcham as puérparas e acompanhantes, deambulam lento, abraçam os filhos ao peito, e na polifonia do cenário, escuto os acalantos da sustentação desse encontro, dessa dádiva. Um último olhar: a Nossa Senhora do Bom Parto, o beijo emocionado em seus pés. Na recepção estão alguns parceiros, amores, os pais que sobem no palco, tímidos, alegres, alguns envergonhados, solidários amantes, amados, necessários. A polifonia bakhtiana apresenta-se numa poética baseada na experiência de cada uma no contato com os afetos, as decisões, os abandonos, as tragédias, as violências reais no mundo. Mulheres em suas faces heroicas, vencidas, fortes, débeis, presas nas fronteiras morais simbólicas. Falam de uma atualidade inacabada (Bakhtin, 2008). Suas histórias não são baseadas nos mitos, mas na experiência vívida, caracterizada pela polifonia de uma narrativa atravessada pelo sublime do encontro eu e tu (mãe e filho) e das dores, inúmeras, entre elas a do parto como evento sem disfarces de outros eventos heterogêneos, ora evocados, ora intrusos. O parto dá voz a outros desatinos, desenlça nós e recria o contraditório. Não é possível conceber a etnografia como a experiência isolada da autora no campo que escreve sobre as outras, e a interpretação de outra realidade circunscrita, mas sim como uma negociação construtiva, envolvendo sujeitos politicamente significativos. Identidades femininas são construídas nos

discursos num campo socialmente vulnerável sob o jugo do valor cultural hierárquico fundamental no mundo como o conhecemos no contexto da aldeia e suas conexões para além dela. Meu esforço de objetivação sustentada pela Análise de Discurso Crítica em face dessa temática é impositiva quanto à responsabilização da pesquisa e às aplicações práticas emancipatórias, tanto no plano da minha autocrítica, quanto do posicionamento ético ao fazer ciência, numa relação entre teoria e prática dialética que me autoriza a ver diferente. E esse olhar é incomodado com o sofrimento que não deve ser tolerado. Questiono um sistema epistemológico/ontológico que mulheres são sustentadas por relações causais de subjugação e violência naturalizadas nessas instituições definidoras: o patriarcalismo ancestral que institui em redes disciplinares quer no campo das ciências sociais, da psicanálise, antropologia e história. Efeitos dos discursos estabelecidos que alimentam a opressão da mulher é avançar além dos campos hegemônicos postos à mesa no diálogo científico. O feto ao atravessar o estreito caminho do canal de parto até ser expulso da cavidade uterina - um evento exclusivo da mulher - desloca subjetividades, estranhamentos, alguns nos extremos: alegria e dor desnudam fortalecimentos, empoderamento, abandono, solidão, falta de perspectivas, saudades, impossibilidades, esperanças. O pedaço desse corpo, que é ejetado às vezes é pensado ocupando imagens, lembranças, desafios às saudades, às memórias sagradas que a vida traga na injustiça e desatinos do destino. Dar à luz é a alegoria que gera experiências ausentes, alegrias e também tristezas adormecidas. Recolhi lágrimas, de alegria e de dor, sob o evento do parto. A marca de uma dor como um processo mágico e dialético. Minimamente você caro leitor e leitora, deverá recriar a nova escrita desse percurso em aberto iluminando novos cenários criativos sob as bênçãos de Eros.

DRA. VÊNUS DE MILUS

Nádia: Gostaria que comentasse sobre parto humanizado

DRA. VÊNUS DE MILUS. O Ministério da Saúde parece que só tem economista. Inventaram essa história da gente ficar só observando o parto. Esse período que a gente nunca sabe como termina. De repente no final, no último momentozinho, o útero entra em atonia, não produz mais contrações, e aí?

Relato 16.

DR. HERÓDOTO

Nádia: Gostaria que comentasse sobre parto humanizado

DR. HERÓDOTO: É o seguinte eu acho mesmo é que são as enfermeiras que querem agora tomar de conta da obstetrícia, querem fazer parto, pré-natal, e ainda dar ordem pra a gente não fazer os protocolos chamados invasivos. É muito engraçadinho isso. DR. HERÓDOTO:

Relato 17.

DRA. VÊNUS DE MILLUS

Nádia: E o parto humanizado?

DRA. VÊNUS DE MILLUS (...) tudo isso é uma invenção antiMedicina. O parto humanizado as Enfermeiras podem fazer, mas o atestado de óbito quem dá é o médico, muito engraçado né! Por isso eu defendo o Ato Médico, aquilo que é do médico fazer e pronto. Ai fica tudo que é profissional da saúde querendo fazer as coisas e dar as ordens aos médicos. Isso eu não aceito. O Ministério da Saúde parece que só tem economista.

Relato 18.

DRA. HELENA DE TROIA

Nádia: Por favor, fala como é ter que lidar com o parto humanizado aqui no Gonzaguinha?

DRA. HELENA DE TROIA. (...) O parto humanizado, feito natural, em casa tudo isso é incrível se nosso país fosse a Dinamarca, Suíça,... Gente aqui é o Brasil, estamos no nordeste, gente. Isso é uma ironia. Não concordo que o parto deva ser feito em casa. Esse tempo era o tempo da Idade Média que tão querendo trazer de novo essas práticas. Qual é o médico que pode dispensar uma UTI? Uma incubadora? Um exame laboratorial de urgência? Isso é coisa de polícia. A Medicina não pode caminhar feito caranguejo, pra trás e sim acompanhar as evoluções tecnológicas, imagens, suportes, etc. Por isso que o parto é hospitalar, tem que ser hospitalar assistido com exclusividade por médicos especialistas obstetras, que o parto não é só do obstetra, mas tem que ter o neonatologista, o pediatra, não tem essa história que tá na moda, vamos fazer parto natural, tudo muito lindo, parece propaganda enganosa. Humanização do parto é ter tudo funcionando num hospital. Parto é potencialmente favorável para desencadear a mortalidade materna, quer seja humanizado, ou não.

Relato 19.

DR. ASCLÉPIO

Nádia: Por favor, fala como é ter que lidar com o parto humanizado aqui no Gonzaguinha?

DR. ASCLÉPIO: Eu sempre falo: parto humanizado é todo parto, cesariana, vaginal, humanizar é fazer certo, é tratar como gente a mulher, e não poder cortar não dar ocitócico, ao contrário, o ocitócico é reconhecidamente protetor, na dose correta ajuda a manter o útero numa dinâmica rítmica que precisa para o período expulsivo ocorrer tudo bem. Mas eu não quero dar ocitócico pra me ver livre da mulher não, pra terminar logo o parto e ir embora, isso é um absurdo. Tenho um nome pra zelar. Faço obstetrícia há 25 anos e nunca vi um caso nem na literatura e nem na clínica que um médico opte em fazer uso dessa medicação pra se ver livre da mulher, ou faça um fórceps pra maltratar a mulher, ou corte o períneo para a mulher ficar em situação estético-funcional de sua saúde reprodutiva prejudicada.

Relato 20.

DR. HERÓDOTO

Nádia: E o parto natural aqui no Gonzaguinha?

DR. HERÓDOTO: O parto natural exige muito heroísmo da mulher. Heroísmo porque no parto de baixo risco anestesista não pisa. Só quando eles têm tempo. E quando tem anestesista, que é a coisa mais rara do mundo ter um anestesista num hospital como o nosso aqui. Quando tem estão geralmente servindo a outras situações dentro do hospital. Não é exclusivo da sala de parto. São situações difíceis que nos obrigam a utilizar tais processos. Quem faz tem que saber fazer, os médicos obstetras sabem fazer. Estudaram pra isso e ninguém pode pedir licença a mulher pra fazer ou não. Tem que ser feito e não criamos as condições. É o processo do parto e suas complicações que mandam a gente fazer, aí a gente dar ocitócico, manobra de Kristeller, corta, e tudo isso a gente sabe que causa intenso sofrimento nas mulheres, é dor, muita dor, é brutal mesmo, mas a gente tem que fazer.

Relato 21.

O PARTO TEM SEGREDOS DR. APOLO

Nádia: O parto tem segredos para a ciência obstétrica?¹³²

DR. APOLO: Tem sim: a mulher ninguém conhece, ninguém sabe de sua constituição orgânico-anatômica, da estática funcional de sua musculatura da bacia. Não tem exame que

¹³² Minha pergunta não estava no roteiro norteador. O momento do diálogo com os participantes do estudo garantiram a liberdade de novos olhares e novos questionamentos, o que tão bem caracteriza o campo etnográfico.

diga ou revele isso. O parto é um segredo que só Deus e a mulher sabe. Ninguém sabe além deles dois.

Relato 22.

É IMPREVISÍVEL ESTA DOR

DR. APOLO

Nádia: Se manobras invasivas e mecânicas são necessárias, as dores aumentam e como vocês lidam com tanto sofrimento sem anestesia?

Dr. APOLO: É imprevisível como essa dor dessas mulheres evolui. Tem mulher que evolui bem, são mais tranquilas, e tem mulher que você se surpreende. Perdem totalmente o equilíbrio, Ficam transtornadas, agressivas, dizem palavrão, manda você pra puta que pariu, e é claro que nessa hora eu dou o troco. Eu preciso controlar a situação num momento que ela não tá entendendo o que eu faço, eu sei que não posso explicar, não vai adiantar nada e nem pedir licença. É um nível de estress desesperador, é uma questão de em frações de segundo pode significar a vida e a morte. Então, para determinadas mulheres eu tenho que ser forte, usar de autoridade, eu é que tenho o controle da situação. Mando calar a boca sim. E geralmente essas mulheres assim, não é raro a gente pegar no plantão. Quanto mais pobre mais a boca é assim suja, não querem nem saber. Tem outras que dá pena de tão miserável, padecem com muita calma choram sem ser escandalosas. Mas tem mesmo a escandalosa. Tem a que é usuária de crack que até antes de parir usa a droga e fica mais violenta, chama palavrão até com o menino. Vejo muito elas maltrataram as crianças: Saí sua porra, sai daí porra, desce logo, porra, desce caralho, eu ti odeio caralho, eu quero que tu nasça e morra bicho ruim. Há! nessa hora eu assumo o controle da situação. Olhe aqui quem manda sou eu e você vai calar essa boca suja agora. Não maltrate quem não pediu pra nascer. Se você deixar correr frouxo, não dá. Você tem que controlar, impor, decidir....Depois.... depoisDeus faz às vezes um milagre. Quando a ‘porra “ nasce elas choram abraçam... Mas depois não sei o que vai acontecer depois da alta. Provavelmente se sobreviver a essa vida miserável ao lado da mãe viciada em crack será mais um marginal da sociedade.

Relato 23.

SÃO MUITAS, MUITAS HORAS DE SOFRIMENTO

DRA. VÊNUS DE MILUS

Nádia: Como você se relaciona com suas parturientes?

DRA. VÊNUS DE MILUS: vejo que essa questão é muito complicada, têm muito médico e médico que não faz isso. Eu vejo muitos de meus colegas que não enxergam as mulheres desse jeito. Não estou falando de suas condutas médicas, estou falando como eles não conseguem entender as mulheres. Muitos não querem nem conversa, sabem que as dores são fortes, não explicam as mulheres o que vai acontecer, as mulheres não sabem o que está acontecendo ficam mais angustiadas, os médicos não tem paciência de explicar que o processo é lento, que são muitas, muitas horas de sofrimento e que no final de 10 a 14 horas mais ou menos, é o período de expulsão quando as contrações ficam muito intensas, e há casos em que algumas dessas mulheres entram em pânico, sofrem muito, gritam, chamam palavrão, chutam a gente, e você nessa hora não pode perder o controle da situação, aí você é grossa, você também manda a mulher parar de gritar, aí fica tudo muito estressante. Tem médico que não nasceu pra ser obstetra, pois é uma profissão que requer muita paciência.

Relato 24.

OS ACOMPANHANTES ATRAPALHAM

DR. HERÓDOTO

Nádia: Dr. Heródoto, sobre a presença de acompanhantes na sala de parto, vi que você não aceitou: o que tem a comentar sobre essa questão:

DR. HERÓDOTO: Eu trato a mulher seguindo os protocolos, mas não aceito que na minha sala de parto tenha qualquer acompanhante. Acho que acompanhante atrapalha, eu mando sair mesmo. Sala de parto é área privativa da Medicina. Pra que uma pessoa que não sabe de nada, ignorante, ficar aqui dentro? Eu sei o que faço e não preciso de ajuda de acompanhante. Preciso das enfermeiras, de acompanhantes e nem doulas preciso não. Aqui tem umas doulas, elas sabem que no meu plantão não entram. Elas podem ficar lá na enfermaria, conversando, mas aqui não. Os acompanhantes atrapalham. E as doulas é que mandam as mulheres ficarem aí sentadas nessas bolas. Esse negócio da mulher ficar sentadas nessas bolas, ficar pra cima e pra baixo rodando, eu acho isso uma besteira, uma enganação. Em que vai ajudar no parto? Só se for efeito placebo, pois com a natureza biológica da mulher não tem isso não, isso é invenção de não sei quem, pois faz milhares de anos desde que o mundo é mundo que a mulher nunca precisou de bolas para parir. Evidências científicas esse nome é uma enrolação. O que o Ministério deve fazer é botar um anestesista em cada maternidade de baixo risco, outro nome idiota, pois todo o parto é de risco potencial, não existe essa história de baixo risco, só serve para dificultar a vida da mulher.

Relato 25.

O PARTO É EXCLUSIVO DA MEDICINA

DR. ASCLÉPIO

Nádia: É possível falar que o parto de baixo risco outros profissionais da saúde podem executá-lo?

DR. ASCLÉPIO: Eu acho que essa classificação de parto de baixo risco é hipocrisia. O Ministério da Saúde não quer gastar dinheiro e que fazer com que os médicos voltem no tempo das cavernas. Fecham os hospitais maternidade. Aqui foram fechadas duas grandes maternidades. Em Fortaleza foram fechadas nos últimos cinco anos oito maternidades. Só tem três funcionando. E a população de gestante muito alta, é como você diz mesmo aí, são as mulheres que batem de porta em porta. Elas precisam é de uma vaga para serem atendidas, e tem horas que lota tudo, não tem onde botar mulher; veja tem 15 dias que morreu àquela gestante lá na fila de espera do HGF¹³³, sabe quantas horas ela passou para ser atendida? Oito horas. Oito horas se contorcendo em dores em cima de uma cadeira. Chegou no hospital as 15 horas, morreu a meia noite quando foi ser atendida. Isso é um genocídio. E vem a hipocrisia do Ministério com esses manuaizinhos de parto humanizado. Isso é hipocrisia. Escreva isso na sua tese: hipocrisia.

Relato 26.

¹³³ HGF: Hospital Geral de Fortaleza um dos poucos hospitais públicos na cidade de Fortaleza com UTIS materna e neonatal de alta complexidade.

UM ATO HERÓICO

DR. APOLO

Nádia: O que você tem a dizer sobre as parturientes aqui no Gonzaguinha, realizando partos normais em sua grande maioria?

Dr. Apolo: Eu não sou muito a favor de parto normal não. O parto normal, ninguém, ninguém, ninguém de sua consciência sabe como ele termina. Ninguém pode afirmar que vai dar tudo cem por cento. Pode acontecer o quê. É... Uma parada de progressão. É parar no meio do canal da vagina. Nem desce. Pra ser parto normal nem dá mais pra fazer cesárea aí termina no fórceps. O fórceps é exatamente aquele instrumento é extremamente agressivo e é um ato heroico para o obstetra, pra mãe e pro neném sua utilização. Ninguém passa um fórceps porque acha bonito não. Então passa como a última medida. - um ato heroico é um parto heroico- É. Porque não tem nenhum obstetra que gosta de passar também não. Então é um negócio que realmente você não pode prever, certo. - é pra ser feito quando vai passar um fórceps uma peridural, né. Uma anestesia. Ou peridural ou rack. - à vezes tem anestesista, às vezes não tem. Então, um parto normal você nunca sabe como ele vai terminar. Tipo outra coisa também. É... Uma distorce de ombro. Passa a cabecinha e o ombro não passa aí você precisa quebrar a clavícula aqui pra dá um jeitinho aqui e liberar o ombro. Tem a circular de cordão. Que algumas ultrassonografias dependendo do ultra-sonografista, ele detecta que o neném tá laçado pelo pescoço. Outros não. Principalmente esses mais simples que o pessoal faz muito apressado. Eles num detectam. Então, às vezes num... Durante um parto normal quando o neném vai baixando o cordão vai apertando. E dependendo da circular se o cordão for curto e tudo pode realmente sufocar. Ou até mesmo ir a óbito. É outra coisa que também pode acontecer é atonia uterina. O útero não contrai bem. Já na cesárea você tira ali de imediato a placenta. Se tá com a mão dentro da placenta. Dentro do útero tira logo a placenta, faz massagem. Que é pra ele contrair... É mas fácil você ter uma atonia realmente num parto normal do que numa cesariana. Na cesariana você pega o útero, sabe se está íntegro, se tem alguma lesão, a gente tem mais segurança de controlar algum evento hemorrágico. No normal não temos segurança. E muitas das causas de morte materna é depois das doenças hipertensivas, as hemorragias trans e no pós-parto.

Relato 27.

É DESUMANO

DR. APOLO

Nádia: O que você tem a dizer sobre as parturientes aqui no Gonzaguinha, realizando partos humanizados em sua grande maioria?

Dr. APOLO: Parto humanizado? (...)Eu tenho minhas desconfianças que esse discurso do Ministério da Saúde que quer estimular parto normal não seja por conta da mulher pobre que não tenha um sistema funcionando. É desumano. É porque ele o sistema não é tem condição de fazer mesmo, não tem. - não tem. O parto normal acaba sendo um romantismo. É porque não tem, não pode atender a mulher de outro jeito aí ele bota no parto normal. - aí inventaram o parto humanizado também. Parto humanizado com aquelas dolas, aquelas bolas aquelas cadeiras... Só que a dola aqui funciona de manhã. De tarde e de noite já não tem. É muita coisa. Então, fizeram o negócio bonitinho, bonitinho, arrumadinho. Aí é... Só que pra fazer um negocio desse assim mais sofisticadosinho, mais humanizado... Às vezes faz a mulher sofrer mais do que deveria porque o sistema não flui direito, tipo...Falta suporte de anestesista, falta leitos, as únicas terciárias do Estado sempre lotadas, diz aí na tua tese, só tem três, somente três, na Maternidade Escola, na Cesar Cals e no HGF, o pré-natal lá na

atenção básica em alguns lugares é medíocre, muito rasteiro falta muita coisa pra ser bom, e é assim um risco. Eu não concordo com esse sistema tão carente da saúde pública, que inventa o parto humanizado, mas não inventa leito nas UTI's, por isso aqui é desumano. Isso sim é desumano.

Relato 28.

MARIA DAS ROSAS

Nádia: O que não foi legal no teu parto?

Maria das Rosas ... teve uma hora que chega eu... Pensava que eu não ia aguentar. Toda mulher tem dor de parto né. Pedindo muita força a Deus e a Nossa Senhora do Bom Parto que me desse pensava que não ia aguentar (suspiros). Mas graças à Deus deu tudo certo. Teve uma hora que achava que ia morrer de tanta dor. Aí eu peguei na mão da minha mãe. Na hora que eu peguei na mão da minha mãe (...) e naquela hora que aquela enfermeira falou que normal era coisa da natureza, uma coisa bem legal. Todo mundo conversando comigo. Foi bem legal. Aí o doutor entrou e mandou minha mãe sair aí eu comecei a chorar bem alto. Eu pensava que não aguentasse a dor e o doutor.... (...) fosse dá um carão em mim. Minha mãe saiu com o rabo entre as pernas.. Eu fiquei com muito medo de não aguentar e gritar e ele brigar comigo, fechasse a perna ou alguma coisa acontecesse. - acho que... de assim de prejudicar a neném. Mas graças a Deus deu tudo certo foi bem rápido.

Relato 29.

MARIA CELESTE, ANJO NO CÉU.

Nádia: e, aí, Maria Celeste, tá tudo bem?

MARIA CELESTE, ANJO NO CÉU¹³⁴ Tudo né, aqui é bacana né, tem a vaga, tem tudo, né, apenas ter já é um alívio, né um conforto. Andemos pelo Maracanaú, num tinha vaga, fui bater no Dionísio lá na Pajuçara num tinha, fui na Maternidade da Pajuçara eles mim mandaram voltar disseram que num tava na hora. Aqui tem doutor. E eu tô precisando de ajuda, né, já andei tanto, pra cima e pra baixo, mas graças a Deus consegui me internar, derde ontem que eu perdo água, tô fraca, sem forças, mas tenho fé em Deus que meu nenê vai nascer bem gordin, as coisinhas dele é tudo azul, comprei tudim de azul, vai ser meu primeiro minino home é tudo que eu queria e Deus mim deu, um minino home.

Relato 30.

CRISTINA

Aqui é linda!

Nádia: e, aí, Cristina, tá tudo bem?

Cristina: Tem duas tão quietas né? Mas àquela mais novinha tá é gritando, viche meu Deus. Será que é a primeira vez dela? A minha já é a segunda, e eu já sei o que é passas por essa dor. Quando a gente passa já sabe o que vem né. Minha primeira tive lá na Maternidade da Madalena. Lá é bom também. Mas num era que nem essa aqui não. Aqui é linda!

Relato 31.

¹³⁴ Maria Celeste, a jovem mãe peregrina evoluiu com complicações no parto e foi à óbito 4 horas após o nascimento de seu filho. Acompanhei sua transferência para uma Maternidade de Referência e no percurso 'parou' para desespero do Dr. Heródoto e de toda a equipe. Mesmo em parada foi socorrida nos corredores da Maternidade Escola (UTI sem vaga) e apesar de inúmeras tentativas médicas não foi possível reverter a parada.

CÍCERA DAS LAGES

Nádia: E aí Cícera das Lages, o que você tá pensando sobre o seu nenê que tá bem pertinho de nascer?

Cícera das Lages: Tudo que mais quero na vida é ter um bom parto, sair legal, não quero de bunda não. Minhas colega teve de bunda e o doutor cortou ela todinha, puxou o menino pelos alicates, ainda hoje tá com dois anos ainda tem marca na cabeça do bichim, diz que ele é meio fraquinho, por isso. Só veve doente o bichim. Aí eu fui pergunta o médico se fosse de bunda ele ia me cortar ele disse que era um problema dele. Agora eu tô com vergonha de perguntar de novo e ele brigar comigo.

Relato 32.

RAIMUNDA DA PAPARA: ESCAPEI FEDENDO!

Nádia: E aí Raimunda da Papara, o que você tá pensando ?

RAIMUNDA DA PAPARA: No meu último parto. Foi triste. Minha nenê nasceu roxa, a nenê morreu, foi pra incubadora e tudo mas morreu. Eu fui bater lá prá Fortaleza, num vi mais nada, apagou uma tonteira na cabeça, e acordei auperada. Sem saber de nada fiquei ainda um bucado de dia interna, acordei com uns doutor em cima de mim dizendo que eu escapei fedendo, e que eu só podia ter filho bem muito tempo depois, eu tive eclâmpsia. Tá com dois anos por isso eu quero ligar. Ele brigou foi muito comigo agora, me chamou até de irresponsável, disse que eu não tinha consciência, do mal que eu fiz porque engravidei. Mas eu num sabia não mulher que tava grávida. Eu não era pra ter ficado grávida. Agora ele vai me mandar pra Fortaleza que eu posso até morrer, e dessa vez é pior. Eu não posso ter mais normal não é já tô sentido muita dor de ter menino. Tô esperando o negócio da da central de leito. Ele disse ,Ai, lá veio a dor de novo....Ele disse o doutor que ainda não tem vaga por isso ele não pode mim mandar. Tô esperando a vaga. Eu tô muito triste e com muito medo.

Relato 33.

ANGÉLICA DO RATO DE BAIXO: VOU AGUENTAR A DOR BEM CALADA.

Nádia: E aí Angélica do Rato de Baixo, dessa vez como acha que vai ser seu parto?

ANGÉLICA DO RATO DE BAIXO: Tem doutor. Aqui e em todo o canto né, tem doutor..... bom, calmo, e tem doutor nervoso. Deus a livre. Tem aqui um doutor muito, assim... mulher sei não... Ele dá uns carões na gente, essa noite tinha uma mulher gritando aí ele disse que ela tinha de calar a boca porque estava fazendo medo a todo o mundo né. Nessa parte eu acho que ele tá certo, nós num é mulher! Nós temos que passar puressa dor, não dá como não se vê livre dela e gritar é só pra levar carão mermo, por isso que quando chegar a minha hora eu não quero gritar. Vou aguentar as dor bem calada.

Relato 34.

EU MANDO MESMO

DR. HERÓDOTO

Nádia: Fale um pouco sobre sua prática médica aqui no Gonzaguinha

DR. HERÓDOTO. Quem ditou essas regras não são médicos, no mínimo burocratas que querem economizar linha de sutura, lâminas descartáveis, antissépticos, pois é um crime você deixar a mulher parir sem essas mínimas condições serem providenciadas: Mesmo que a enfermagem fique apontando pra mim que no protocolo isso não tem. Eu mando mesmo. Primeiro. Eu mando fazer a tricotomia. Mesmo que a enfermagem fique apontando pra mim que no protocolo isso não tem. Eu mando mesmo. Eu faço manobras, corto o períneo, sabe por quê? Porque eu quero?, Porque eu quero maltratar a mulher? Não. Eu faço por ser uma necessidade protetora para a mulher, é a vida dela que precisa, é o filho que precisa nascer bem, num hospital que não tem anestesista, tudo que eu tenho é facilitar a saída dessa criança que fica impactada na cavidade de parto, por inúmeras razões.

Relato 48.

DR. ASCLÉPIO E A MORTE ANUNCIADA

Quem fez esse protocolo é um burro, não foram os médicos pois nós sabemos que temos que preparar a mulher para tudo que possa acontecer. É ético é científico. Eu não posso deixar a mulher voltar ao seu estado de selvagem, iguais as cachorras vira latas da rua, pois as cachorras das dondocas têm condições hospitalares e humanas melhores que as mulheres do SUS. Corto sim porque é a vida da mulher que corre riscos. E todas as pesquisas científicas justificam que essa é a melhor conduta. Se eu não cortar sabe o que poderá ocorrer? Rotura uterina irreversível. Aí sim é morte anunciada.

Relato 49.

DRA. HELENA DE TROIA. A MORTALIDADE MATERNA QUER SEJA HUMANIZADO, OU NÃO

DRA. HELENA DE TROIA. Eu digo sempre: O parto é potencialmente favorável para desencadear a mortalidade materna, quer seja humanizado, ou não. Muitas síndromes podem certamente vir a ocorrer na parição, e mesmo a mulher parindo bonitinho pela vagina ela pode vir a complicar nas primeiras horas, e até minutos depois do nascimento do bebê e evoluir para óbito. Tanto faz na forma vaginal como cesária, só que a cesárea o risco de embolia pulmonar é presente como em qualquer ato cirúrgico. Por isso eu mando as auxiliares fazerem a tricotomia, pegar acesso, deixar tudo em ponto de bala. Todo parto é um risco...

Relato 50.

DR. ASCLÉPIO: A MULHER MORRER EM SUAS MÃOS

É muito doloroso você ver a mulher morrer em suas mãos e você saber que essa morte poderia ter sido evitada.

É claro que a família, a sociedade vai dizer que nós matamos a mulher.

Somente Deus sabe o que passei naquele momento.

Estou plenamente convencido que a morte dessa mulher é o descaso social das autoridades de nosso Estado.

Relato 51.

BOTAM MESMO O MAIOR BONECO

Eu vejo essa questão da transferência como um problema a mais pra mulher. As pobres em sofrimento, né, já não gostam de sair aqui do Maranguape, pretendem ter o nenê e ir logo pra casa, estão pertinho de seus parentes, familiares. Quando a gente diz que elas vão ter que ir pra Fortaleza, é um Deus nos acuda. Choram muito, resistem, botam mesmo o maior boneco. Mas aqui não dar pra cuidar delas em situações que requerem maiores recursos. Você vê, aqui até a gente podia tentar uma cesária, mas nunca tem anestesista. É muito difícil a gente trabalhar nessa situação. Aborto, que é uma coisa simples a gente tem que mandar, porque precisa de anestesista.

Relato 52.

NOTA DE CAMPO 12: FEZ-SE LUZ

Gonzaguinha,
Abril de 2011.

Tudo aqui está mergulhado num silêncio pacificador. Não tem nenhuma mulher no sofredor, e as parideiras, em número de três estão enlaçadas com seus filhotes sedentos de seus seios. Entre elas Dona Conceição do Trapiá 36 anos a personagem que elegi para iluminar a contra capa dessa tese. Nosso primeiro contato foi no início da tarde, por volta das 17 horas. Estava sentadinha na recepção esperando para ser conduzida à admissão obstétrica. Conversarmos amenidades, falamos sobre nossos partos, nosso filhos, nossas dores de mulher. Dona Conceição estava na sua nona gestação e assim relatou-me: “Todos os partos normais “bem bonzinhos, ligeiros, Já tive até dentro de casa. Dos meus oito dois eu tive em casa, com minha comadre. Deu àquelas dor, e eu já sabia, que num dava tempo pegar carro pra vir pra maternidade. Veio a primeira, veio a segunda, na terceira me abaixei, e gritei por minha comadre que veio e me ajudou. O menino nasceu dentro de casa. Mas esse aqui a enfermeira botou os papel pra eu ligar. Eu num tava com muita vontade não. Mas meu marido assinou. Eu vim pra mim operar. Tive tudim assim se operar. Eu num queria muito não, a gente passa necessidade, né mas onde come sete come oito, come nove também. O meu mais velho tem 10 anos, tudo lá em casa é escadinha mesmo, parece uma creche. Eu não me dou com comprimido. Sou lesada, lesada, esqueço, e é tanta confusão na minha cabeça que eu até começo, depois me aperta uma dor de cabeça, aí eu esqueço quando dô fé tô buchuda. Meu marido reclama não né, a culpa não é minha é dele né é ele que faz. Então, eu vou vivendo assim com a graça de Deus. Nós se quer muito bem, nós somos assim agarradinho né (risos). Ele aceitou. A enfermeira disse que era melhor eu ligar. Porque ela disse que num faz mal, fica tudo do jeito que é. Meu marido perguntou pra ela se eu ia mudar, pois bicho capado, gata capada é triste, não tem mais alegria, e será que eu eu vou ficar assim? Ela disse que não. Mas aí eu tenho que confiar nela é é dotora né. E eu tô aqui pra me internar e operar, porque era pra ser só no dia 28, mas derde essa madrugada tô sentido dor de menino e se apertar num vai dar tempo eu me operar aí, (risos) será que eu escapo de num embuchar de novo? Sei não mas eu acho que num dar tempo não. Eu sei se a dor que eu tive agora ...ai... parece que num passa de hoje não, eu acho que vou ter esse menino é pra logo. O processo de admissão prosseguiu seu trâmite e reencontro Dona no centro obstétrico sendo orientada com as recomendações médicas: o parto deverá ser realizado na cidade de Fortaleza, pois o médico plantonista suspeita de complicações uterinas que possam comprometer seriamente o ato e deverá ser realizado em ambiente de alta complexidade, afinal a mulher tem 36 anos, muitas gestações e o risco de mortalidade materna/fetal e complicações outras são impeditivas de um atendimento numa maternidade de baixo risco. “Mas eu num quero não, se

eu não sei ficar nem um dia longe de minha casa, dos meus meus fi, num quero não, eu num vou. E se eu morrer? “ A Assistente social da instituição estava tentando convencê-la de que é muito importante sua transferência para Fortaleza. São inúmeras as argumentações da profissional, que sempre é chamada para solucionar essas demandas quando o médico plantonista ou a enfermeira não conseguem. Finalmente, a mulher silencia: tudo indica que está convencida. Observo que enxuga as lágrimas, abraça o ventre e pede para ir ao banheiro. Retorna, e pede a assistente social que avise pro seu marido que irá pra Fortaleza. Enquanto a assistente social feliz da vida se desloca para sua sala de trabalho, a mulher volta ao banheiro. E sua demora começa a ser notada por todas nós que estamos no balcão assistindo a TV enquanto aguardamos a peregrina para tomarmos a ambulância. A demora preocupa a enfermeira chefe. Esta se dirige ao banheiro. E não encontra a mulher. Uma aflição toma conta de todas nós. Cadê a mulher? Eu não acredito, grita a enfermeira. Ela pulou a janela do banheiro. Socorro segurança, porteiros, todo o mundo! Dr. Apolo, a mulher fugiu, pulou a janela. Pelo amor de Deus vamos atrás dela: então todos fomos. Chovia muito, muito, com trovoadas na serra. Relâmpagos, muitos ventos fortes. Todos nos dispusemos a colaborar. Cercamos toda a área do Hospital. Veio policia Ronda do Quarteirão, vizinhança, voluntários, adentramos na mata subindo a serra, e os guardas do ronda com luzes artificiais fortes iluminando a escuridão, nos pediam silêncio, pois deveríamos escutar alguns sinais dessa mulher que não poderia estar tão longe. Finalmente, um choro de bebê, e a cena posta na contra capa dessa tese: a mulher deitada sob as árvores, no chão, ofegante, pálida, seu bebê no chão, segurando o arbusto forte do pau d’arco, a árvore mais linda da serra: A mata, o parto natural, vaginal tal como no Éden e a criação do paraíso perdido. A corajosa mulher, conhecedora dos segredos de seu corpo, e que só ela e Deus sabe, desafia aos protocolos clínicos da soberana Medicina Ela conhecia as dores e a anunciação que os anjos da terra, do céu da mata, os trovões e as luzes dos relâmpagos revolviam em seu ventre o bendito fruto, que nasce abençoado pela mata, seus mistérios noturnos, seus animais solidários, atentos, partícipes dessa cenografia polifônica, insurgente, rebelde, caótica, transgressora, e que encontra o seu eterno retorno na pacificação dos umbrais iluminados pela vida. Dar à luz é a consumação de uma história primordial, tal como o Gênese revelou. Faça-se a luz. E fez-se a luz pela força rebelde de um parto. Muitos deuses e anjos vigiaram esse momento sagrado, e a coruja atenta testemunhou guardando também em sua sabedoria alguns desses segredos da mata, da noite banhada pelas fortes chuvas a irrigar a vida, a fecundar a Terra-Mãe.

DRA. HELENA DE TROIA: MULHER É MUITO SENSÍVEL

Na minha sala de parto eu sou diferente. Eu deixo a acompanhante entrar, afinal mulher é muito sensível, a gente tem medo mesmo, é uma situação muito delicada, e muitas dessas mulheres ficam mesmo muito desesperadas, e a mãe é uma força, é uma presença importante, nesse hora a gente sabe o que é ser mulher. Só assim a gente se valoriza mais e valoriza a mãe da gente. Quando a mulher tem um filho acho que é a maior realização que uma pessoa possa ter (DRA. HELENA DE TROIA).

Relato 56.

NÃO GOSTO DE ACOMPANHANTE

Eu na minha sala de parto não gosto de acompanhante. Não concordo com essa coisa do parto humanizado, assim natural, de qualquer jeito. O parto é um procedimento cirúrgico, privativo da Medicina. Esse negócio de estar com gente de fora é inadmissível. Minha relação com as

pacientes é de respeito e controle, se não controlar a gente perde o rumo da situação. A mulher precisa de nossa autoridade para vencer o medo. O médico seguro, que sabe dominar a situação. Pra que família perto? Família atrapalha (DR. HERÓDOTO).

Relato 54.

CONVERSO POUCO COM AS MULHERES

Eu na sala de parto eu converso pouco com as mulheres .Mas procuro distraí-las, brincar um pouco. Apenas assim quando estão com muitas dores e entram em pânico aí eu dou uma forcinha, procuro amenizar. Lembro a elas que é a dor mais esquecida do mundo. Elas dizem que nunca mais querem filho e aquelas coisas todas, aí eu digo: profissional assim para o ano tá aqui de novo mãezinha, vamos apostar? Eu conheço essa história, quanto mais reclama mais retorna. (risos)(DR. APOLO).

Relato 55.

VOCÊ QUER QUAL DOS DOIS?

Vamos lá mãezinha, vamos lá ajudando aqui o Dr. Ajude, ajude, pois o nenê quer nascer: Se você colaborar tudo ficará mais fácil. Se não colaborar tudo ficará mais difícil. Você quer qual dos dois? (DR. ASCLÉPIO).

Relato 57.

SE A SENHORA FICAR CALADINHA, QUIETINHA

Aqui se Deus quiser vai dar tudo certo se a senhora ficar caladinha, quietinha, nada de escândalos: Eu não gosto de escândalos: a dor é grande. É assim mesmo. Gritar em nada vai ajudar, quero que você bote força quando eu mandar, antes não, não faça nada de força sem eu mandar (DR. HERÓDOTO).

Relato 58.

MULHER NASCEU PARA PASSAR POR ESSAS COISAS NA VIDA

Dona Santa

Minha fia se preocupa não, mulher nasceu para passar por essas coisas na vida. A gente num se livra não. Do jeito que Deus dá as dor, ele na sua santa sabedoria dá o esquecimento se não no mundo num tinha mais um pé de pessoa.

Relato 59.

DEUS ME LIVRE

Por isso eu num quero, nunca, nunca na minha vida ter parto natural. Deus me livre. Vou fazer cesária. Eu lá quero passar por isso. Prefiro antes morrer (MARIA DO DESTERRO).

Relato 60.

AS MULHERES SE EXCEDEM NOS ESCÂNDALOS

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DR. HERÓDOTO: As mulheres se excedem nos escândalos, pois se a gente perder o controle da situação a coisa complica mais. Tem mulher que é bem quietinha, a gente num instante

acalma, tem outras não; se excedem, berram, assustam as outras e aí parece um fenômeno em cadeia. Grita uma aqui, daqui a pouco a outra vizinha grita também aí você fica doido. O parto precisa de calma da mulher. Escândalo às vezes prejudica, é uma descarga de adrenalina muito grande e afeta o bebê. Ai eu falo mesmo: quer que seu bebê sofra quer? Se você fica gritando aí, você está atrapalhando o seu filho de nascer. Você é responsável pela vida dele.

Relato 61.

MULHER ESCANDALOSA, A GENTE TEM QUE SER MAIS FORTE QUE ELA

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DR. APOLO: Eu vou conversando (...) assim falando do nenê, para despertar mais calma. Pois você sabe que o nenê ajuda no parto, ele colabora abrindo os caminhos, mas sob estresse materno o bebê é afetado. Por isso eu digo mesmo. O lado emocional também ajuda a problematizar. Se a gente sabe que tá lidando com uma mulher escandalosa, a gente tem que ser mais forte que ela. Que se a mulher não ajudar a coisa fica muito difícil pro bebê e pra ela. Infelizmente é assim mesmo, tem algumas mulheres que sofrem muito no parto, por causa de sua natureza, a bacia, os músculos, as condições físicas, e aqui a gente como plantonista faz o que pode. Se tivesse anestesista é claro que nesse período mais doloroso, expulsivo a gente poderia com segurança amenizar, mas aqui não tem nem anestesista, e quando têm eles não querem fazer mesmo. Infelizmente essa é a verdade. Anestesista é difícil vir atender a uma mulher no período mais doloroso do parto vaginal. Essa não é a realidade da clínica privada. Em maternidade do SUS anestesista não vem minimizar dor de parto vaginal. Esse é um fato de todas que eu conheço aqui no Ceará. Aqui de verdade as mulheres sofrem muito mais. É... a gente tem pena, mas o que fazer? Infelizmente a gente tem que controlar essas mulheres com coerção mesmo, pois as pobres estão desesperadas e se não contermos como fica?

Relato 62.

TEM PARTOS DE FATO EXTREMAMENTE DOLOROSOS

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DR. ASCLÉPIO: Tem, tem a mulher escandalosa, mas é por causa da educação eu acho. Quanto mais pobre, com menos estudo mais são escandalosas, gostam de um palavrão danado. Mas eu exigo respeito na minha sala de parto. Gritar pode grita, eu sei que muitas delas estão sofrendo de verdade, e tem partos de fato extremamente dolorosos, por isso a gente diz assim algumas coisinhas para amenizar que é assim mesmo, mas quando dão pra falar palavrão eu barro na hora. Mando mesmo calar a boca.

Relato 63.

FALTA ESSA SENSIBILIDADE PARA ENTENDER QUE É ESSA MULHER ESCANDALOSA

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DRA. HELENA DE TROIA: Eu sei que tem mulheres escandalosas, meigas e não precisa ser rica e nem pobre para ser mais calma ou não. É surpreendente. Você olha pra mulher assim não dá nada por ela, e de reprende ela se revela poderosa, grita, se revolta, parece que traz toda a revolta do mundo. Eu já atendi muitas mulheres que são duplamente sofredoras, pois além de terem engravidado à força, estupradas, pelo marido, companheiro, ou mesmo

familiar, pai, irmão ela ainda tem que aguentar a dor de parir. Eu acho que meus colegas médicos homens faltam essa sensibilidade para entender que é essa mulher escandalosa.

Relato 64.

QUEM SÃO ESSAS MULHERES?

Nádia: Me fala como é que você faz diante dos sofrimentos das mulheres?

DRA. VÊNUS DE MILLUS: Eu gosto de pensar um pouco como elas, assim (...) se colocar no lugar delas. Se coloque no lugar da mulher aí você vai ver porque ela está dando escândalo. Não é só julgar assim. Essa mulher é escandalosa, etc. A gente tem que parar e perguntar: quem é essa mulher? A gente sabe que as que batem as portas do SUS são as pobres, que não tem plano de saúde, a gente sabe, como é a situação, mas a gente não sabe é as razões que levaram essa mulher a engravidar né, e as vezes é uma gravidez indesejada demais.

Relato 65.

VEJO O PARTO VAGINAL COMO DESUMANO, EU SOU CONTRA

Nádia: Como você vê o modo de sofrer dessas mulheres no parto natural?

DR, HERÓDOTO: Vejo o parto vaginal como desumano, eu sou contra, É coisa de animal. Sou a favor do parto cirúrgico. Quem é que arranca dente sem anestesia Dra. Nádia? Ninguém em sã consciência né, nem uma unha encravada, quanto mais um filho nascer sob o desespero de uma mãe. Parto vaginal que não dói é mentira. Tem uns mais difíceis, com muito mais sofrimento, mas não tem nenhum que não ocasione um intenso sofrimento, coisa de bicho mesmo. Eu faço aqui porque sou plantonista, mas se eu pudesse num deixava nenhuma mulher dessas gritar de tanta dor igual a um bicho desesperado. (grifos nossos)

Relato 66.

É UM SUPLÍCIO

Nádia: Como você vê o modo de sofrer dessas mulheres no parto natural?

DRA VÊNUS DE MILUS: Eu vejo que tem mulheres passam nessa hora muito sofrimento. É terrível é um suplício. Coisa de condenado. Suplício, lento gradual que vai crescendo, evoluindo as dores vão ficando mais longas, até a fase de expulsão que é extremamente dolorosa. E nessa hora, a mulher padece como um animal em nossas mãos. Mas muitas delas enfrentam com coragem de uma santa; outras berram como os bichos, é realmente nesses casos animalesco.

Relato 67.

NOTA DE CAMPO 12 AS AGONIAS DA EXPERIÊNCIA DA PARTURIÇÃO

Gonzaguinha,
Agosto, 2012.

Recolhi dois relatos que foram transcritos após os partos num dia de muitas atividades na maternidade. Na enfermaria, todos os leitos estavam ocupados. Rosa da Preguiça e Fatinha da Jubáia compartilham com colegas de leito as agonias da experiência da parturição. Após o

parto, as parturientes narram suas vitórias diante das agonias, embalando seus bebês aos seios enturgecidos. Eu observo e medito como esse processo.

interacional médico e paciente é crucial para amenizar o sofrimento no evento discursivo parto. Ouço detidamente o vozerio das lamentações e faço reflexões importantes: Eu e Tu em relações dialógicas fortes e fracas. Defendo que o significado da palavra fraca pressupõe uma relação assimétrica, considerando que o evento da parturição prescinde de uma dialogicidade intensa no sentido de uma comunhão integral de quem observa (obstetra, sentido literal do termo) e a observada, a parturiente que evolui em contrações, em sua grande maioria dolorosas, até a expulsão do feto. A interação verbal fraca e subalterna com os médicos é relacionada à passividade, obediência e servidão. Afinal de contas, as mulheres, na medida do possível, atendem às determinações e controles interacionais, aquiescem aos comandos verbais do controle da parturição pelos médicos: a seguir um breve recorte do parto no Gonzaguinha:

Parturiente: Ai, ai doutor me acuda, ai, ai, meu Deus, ai, mãe, eu quero morrer, ai, nun aguento mais... eu quero me levantar...me larga, me solta.

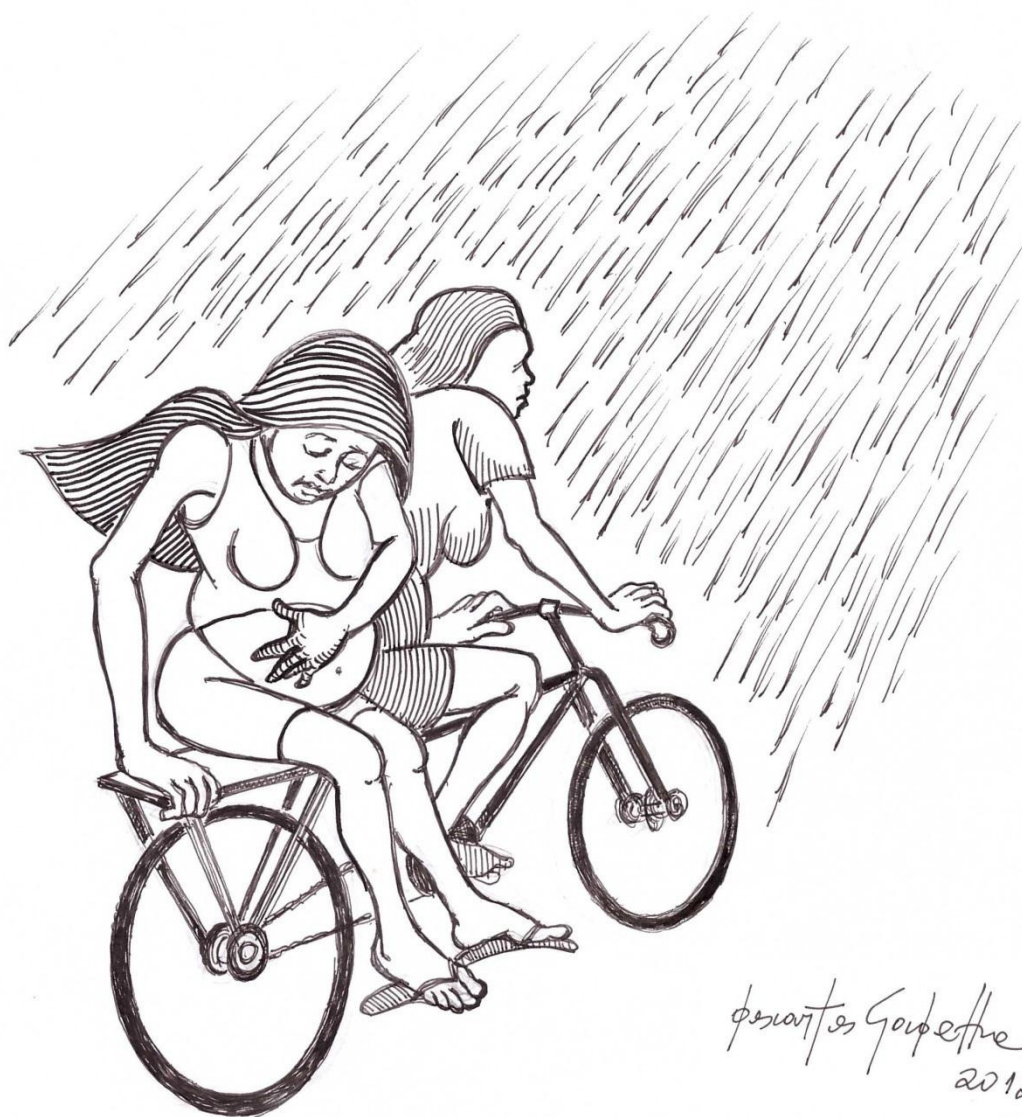
Médico: Não feche as pernas, não grite, colabore, não atrapalhe, o bebê quer nascer e você não está deixando. Parturiente: ai doutor é que num tenho força...(...)

NOTA DE CAMPO 13: PRESENÇA ESTRANGEIRA

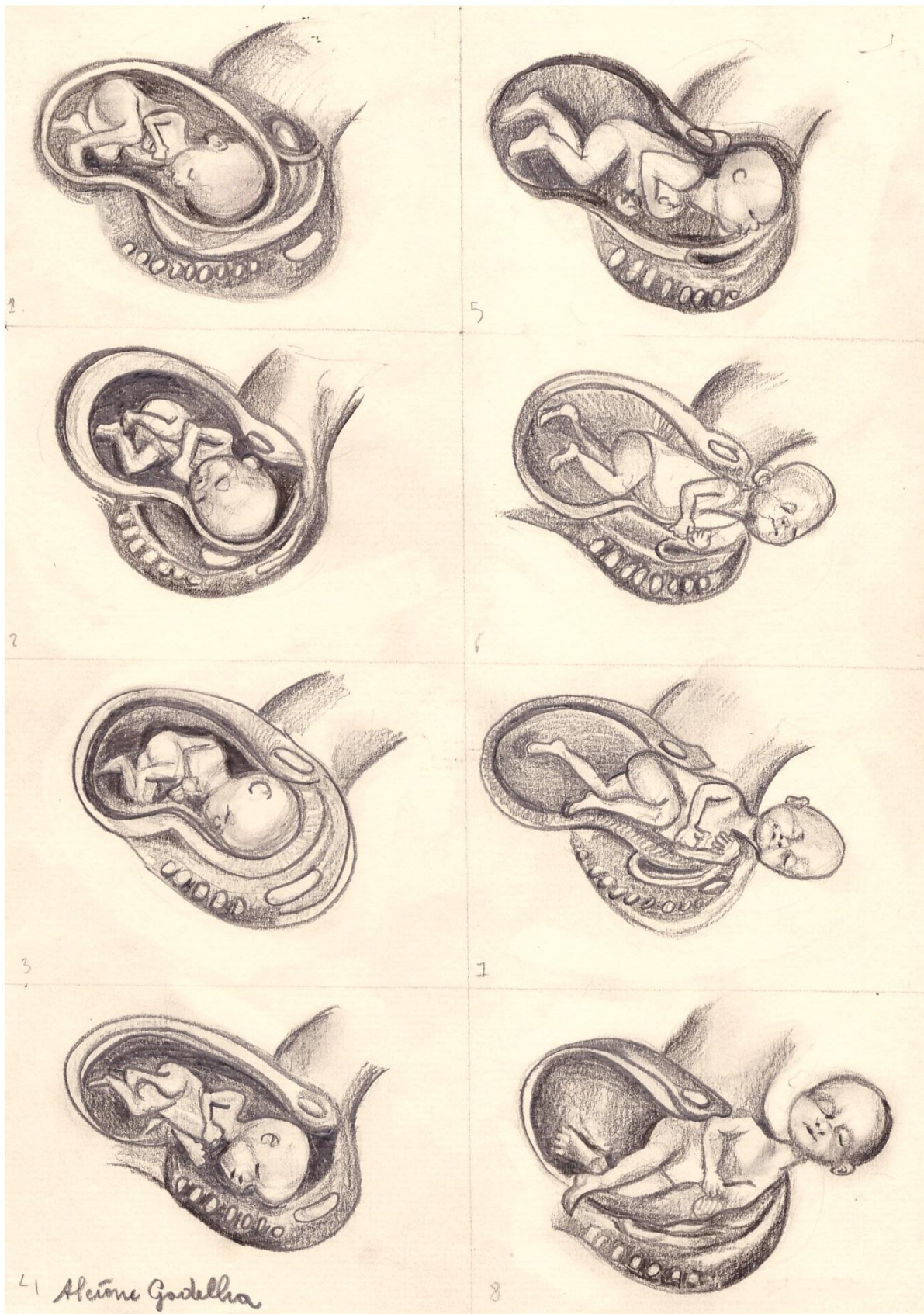
A dor do parto desprovida de tecnologias médicas científicas e outros saberes advindos de campos epistemológicos de cosmologias imersas na história revela-se inundada de forças religiosas e sobrenaturais. Dor, sofrimento e mulher se unem em busca solitária a Deus, aos deuses e suas forças sagradas. O médico ou a médica solitário comanda um corpo revoltado em dores de parir, mas esta mulher sente-se amparada, assistida por outra gramática acessível ao seu suplício. Entre mulheres em sofrimento no parto, outro mundo fala como no princípio, imerso na nostalgia holística em que a religiosidade é uma prática integrada do ser humano com a terra, a vida em todas as dimensões. Mas naquele lugar o médico ou a médica é uma presença estrangeira.

ANEXO B – Dar à luz





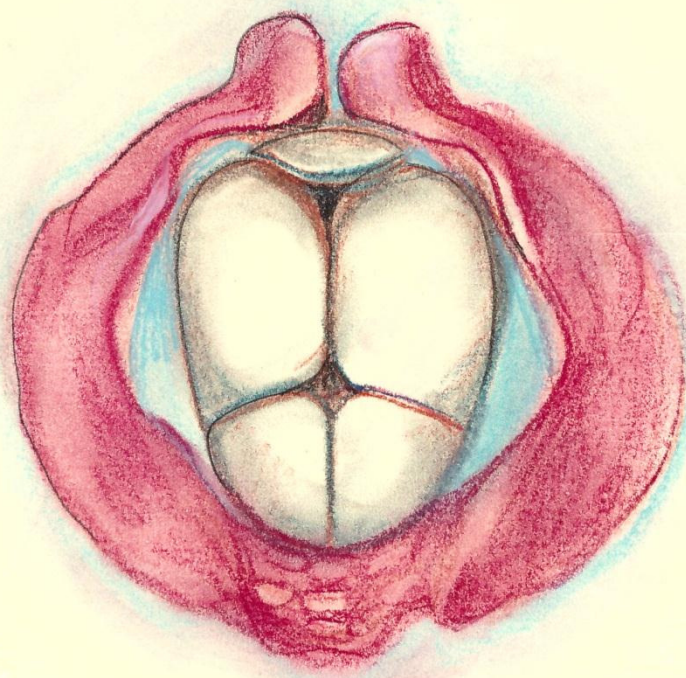
Francisco Gaudin
2012



41 Alcione Godelha

8

Encaixamento cefálico



Alcione Gadelha





fernando Gelpi
2012



Francisco G. G. G.
2012

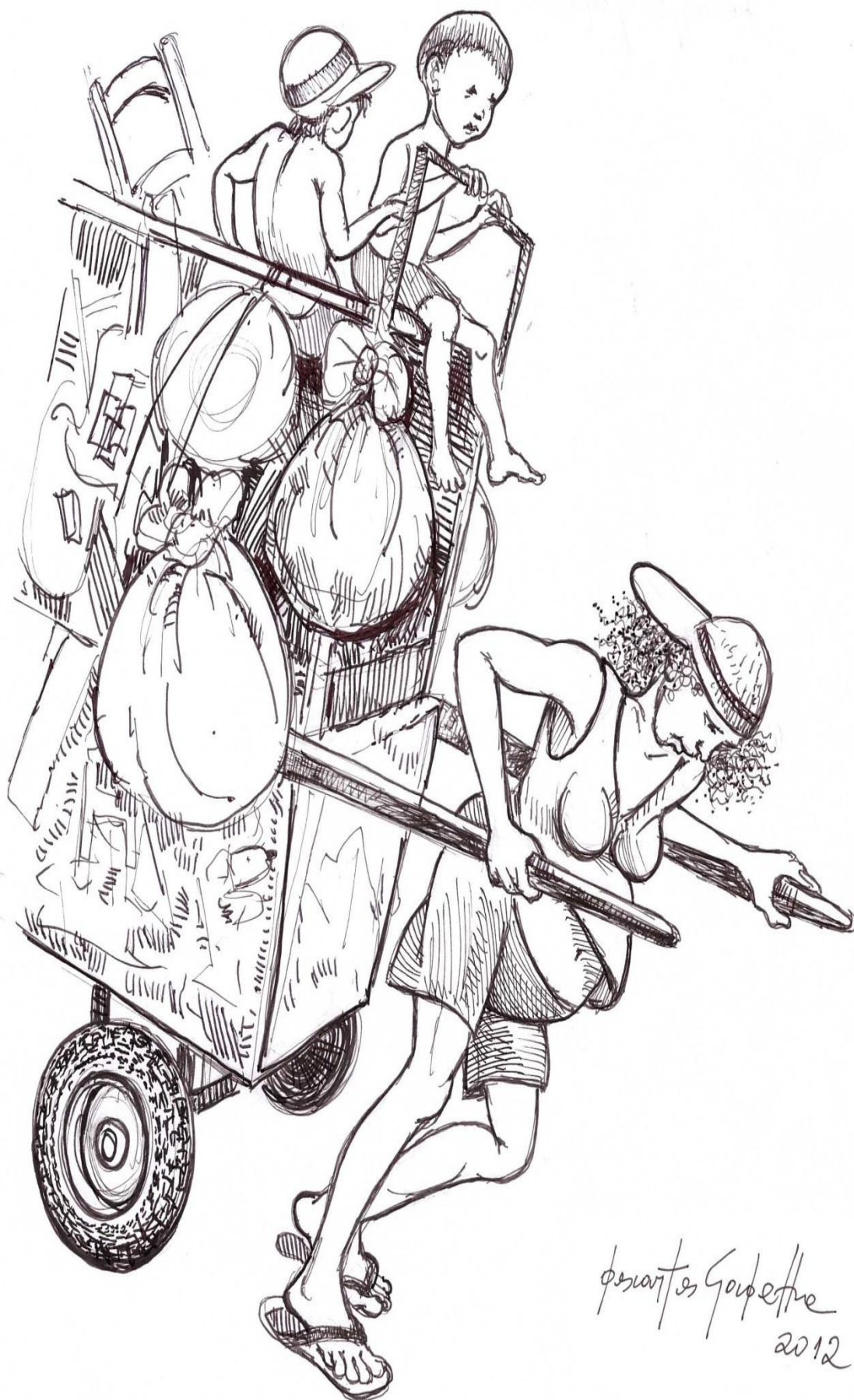




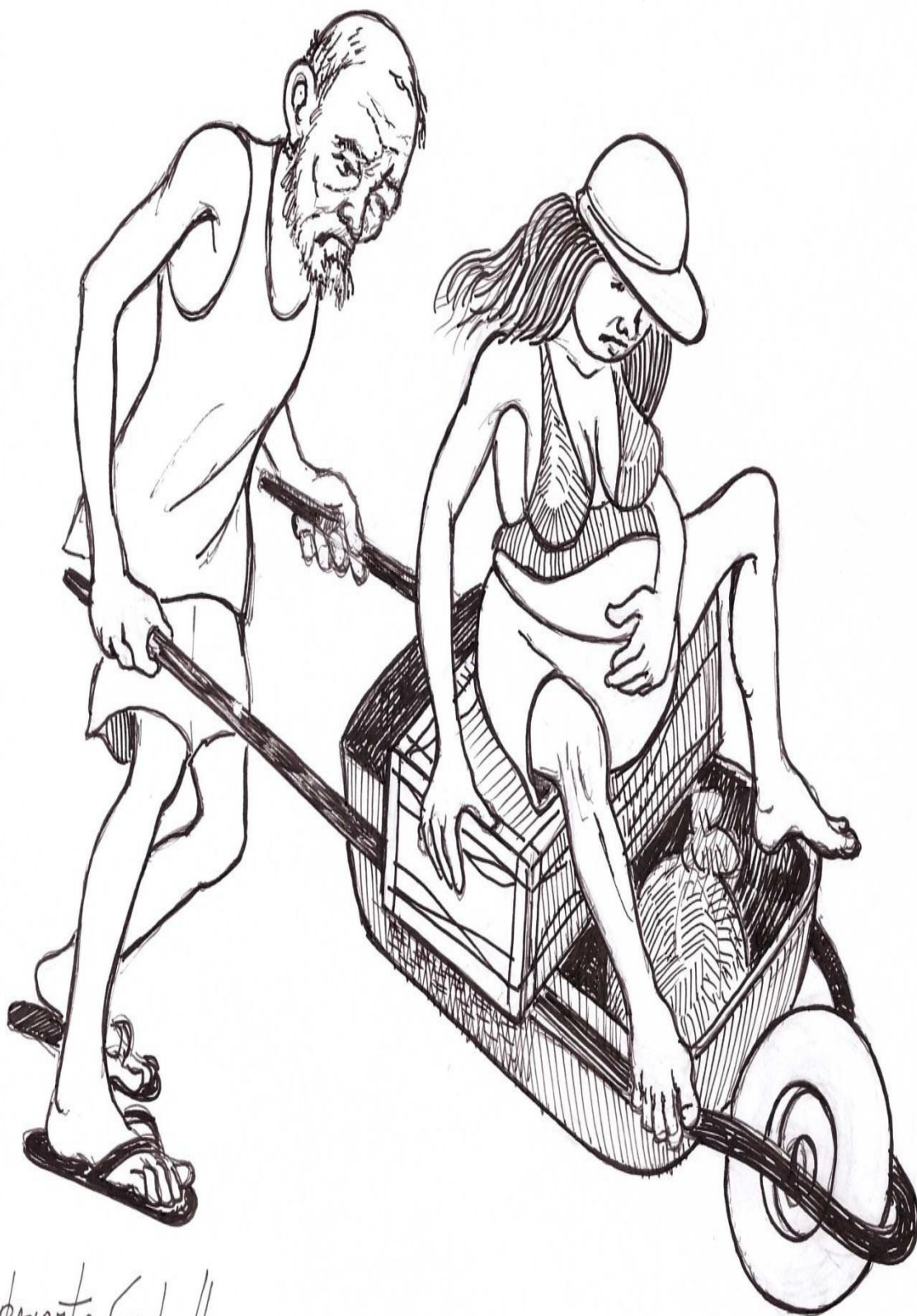
Francis Gouette
2012



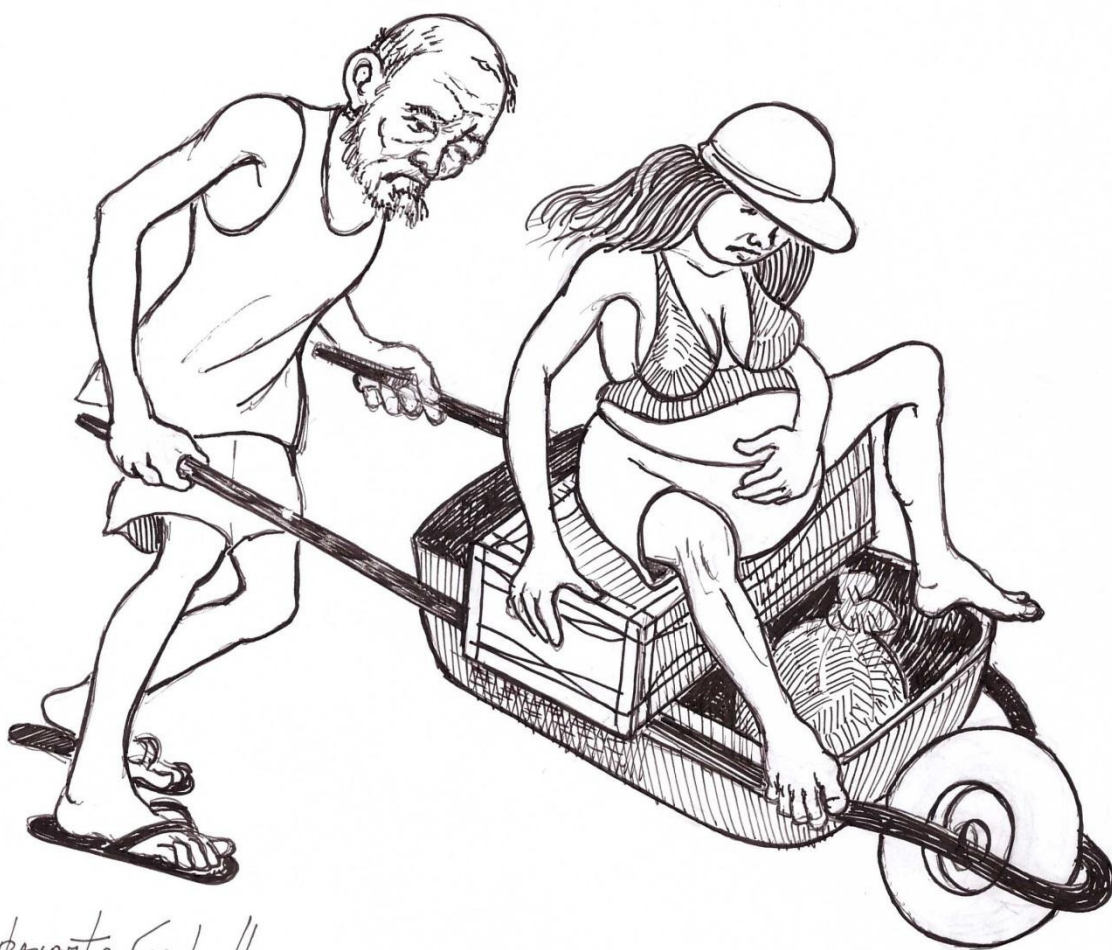
Francisco Galdames
2012



Francisco Gouette
2012

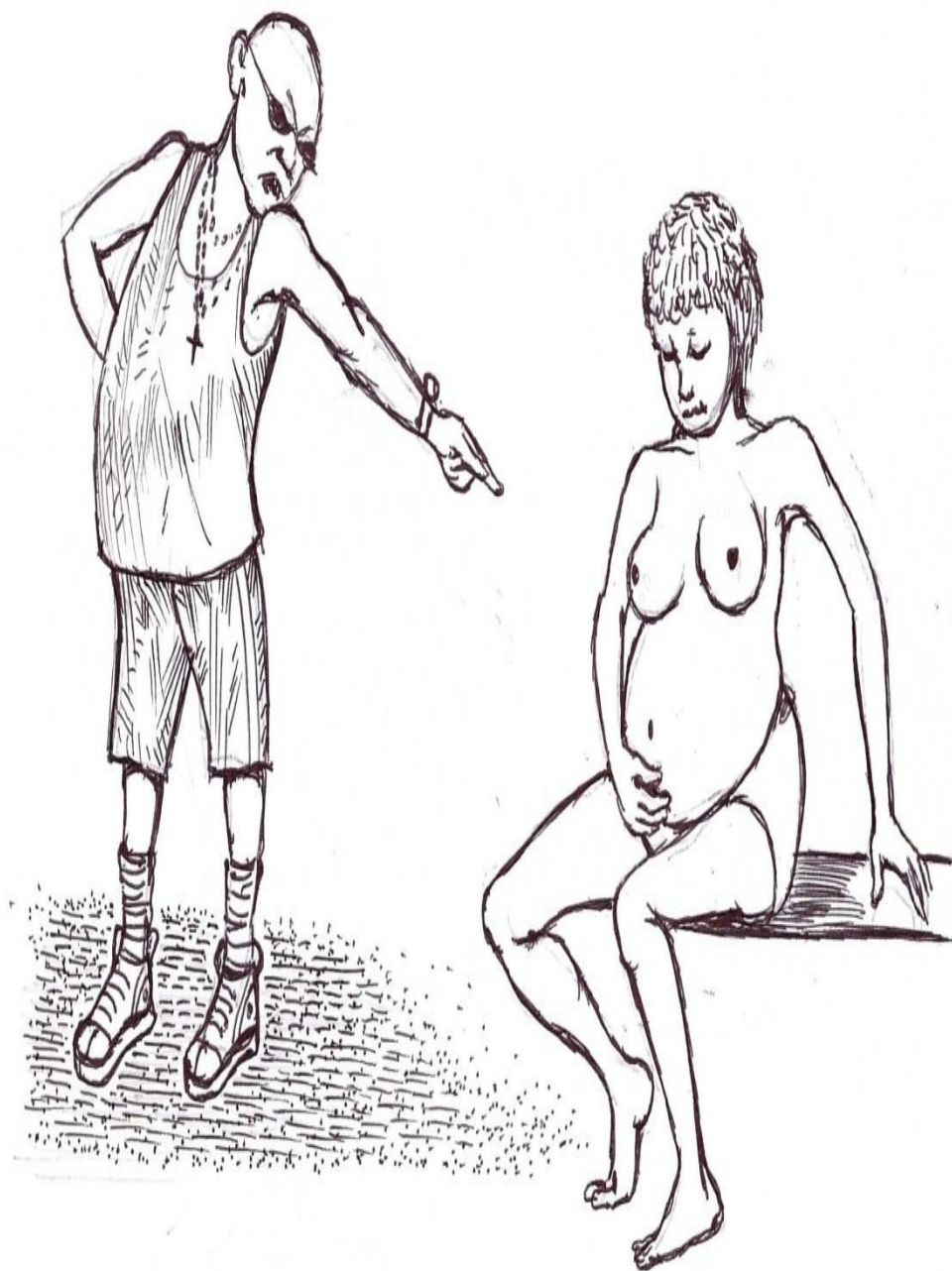


psantos Gabethe
2012



Desantos Gabethe
2012





"ESSE MENINO NÃO É MEU."

Osvaldo Gonet
2012



desuantes Gopetne
2012



Francisco Gouffier
2012