

O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica

Childbirth as I see it... or the way I wish it was?
Expectations of pregnant women towards
childbirth and obstetric care in the public
health care system

Sonia Nussenzweig Hotimsky ¹

Daphne Rattner ²

Sonia Ioyama Venancio ³

Cláudia Maria Bógus ⁴

Marinês Martins Miranda ⁵

¹ Faculdade de Belas Artes de São Paulo. Praça Germânia 28, Apto. 91, São Paulo, SP 01455-080, Brasil.

soniahotimsky@uol.com.br

² Núcleo de Investigação e Estudos em Epidemiologia, Instituto de Saúde,

Secretaria de Estado

da Saúde de São Paulo.

Rua Santo Antônio 590,

São Paulo, SP

01314-000, Brasil.

daphne@isaude.sp.gov.br

³ Núcleo de Investigação

em Saúde da Mulher

e da Criança, Instituto de

Saúde, Secretaria de Estado

da Saúde de São Paulo.

Rua Santo Antônio 590,

São Paulo, SP

01314-000, Brasil.

soniav@isaude.sp.gov.br

⁴ Núcleo de Investigação

de Educação, Instituto de

Saúde, Secretaria de Estado

da Saúde de São Paulo.

Rua Santo Antônio 590,

São Paulo, SP

01314-000, Brasil.

claudiab@usp.br

⁵ Ambulatório de Saúde

Mental de São Miguel

Paulista, Secretaria de Estado

da Saúde de São Paulo.

Av. Tenente Aldelino

do Amaral 513,

São Miguel Paulista, SP

08060-000, Brasil.

Abstract Explanations for increased cesarean section rates in Brazil have focused on the organization of obstetric care, training of health professionals, and women's demand for surgical deliveries. This study aimed to identify pregnant women's expectations towards childbirth. Three focus groups were conducted in a public hospital in the city of São Paulo. Analytical categories were: vaginal birth, forceps, c-section, prenatal care, and obstetric care. The desire for c-sections was associated with a demand for tubal ligation, and although women feared labor pains, they were more afraid of how the obstetric team might react to their complaints. Lack of information on reproductive issues was associated with a demand for more information. There was a preference for vaginal births, since most women feared c-sections due to risks associated with this surgical intervention. The authors propose that the demand for cesareans among women should be reconsidered as one of the main factors in the rise in surgical deliveries in the Brazilian health care system.

Key words Reproductive Health; Obstetrics; Delivery; Health Services Research

Resumo Explicações para a elevação das taxas de cesárea em nosso país giraram em torno da forma como se organizou a assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde e a demanda de cesarianas pelas parturientes. Neste trabalho nos propusemos a identificar as expectativas de gestantes em relação ao tipo de parto. Foram realizados três grupos focais em um hospital público na cidade de São Paulo. As categorias de análise foram: parto normal, fórceps, cesárea, pré-natal e assistência ao parto. Nesses grupos, pudemos identificar demanda por cesárea em multigestas associada ao desejo de laqueadura tubária e, mais que medo da dor do parto, as mulheres temiam as reações dos profissionais de saúde às suas queixas. Evidenciou-se deficiência de informações sobre questões da vida reprodutiva, todavia, a preferência era pelo parto vaginal, sendo a cesárea temida pelos riscos a ela associados. As autoras propõem a revisão da demanda das mulheres por cesárea como um dos fatores principais da escalada de partos cirúrgicos em nosso sistema de saúde.

Palavras-chave Saúde Reprodutiva; Obstetrícia; Parto; Pesquisa sobre Serviços de Saúde

Introdução

Recentemente, tem aumentado a visibilidade sobre os problemas que atingem a população de mulheres e crianças em nosso país, principalmente no tocante a um momento de grande vulnerabilidade – o do nascimento e correspondente parto. O Brasil é um dos líderes mundiais em cesarianas, com taxas, desde o início da década de 80, em torno de 30% (Faúndes & Cecatti, 1991). Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS) do Ministério da Saúde (MS) apontaram taxa de 39,7% para 1997, sendo que esse número excluía hospitais privados e de convênio, que tradicionalmente apresentam taxas mais altas. As repercussões disso são bastante sérias: as cesáreas acarretam quatro vezes mais risco de infecção puerperal, três vezes mais risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe, maior período de separação entre mãe/bebê com retardo do início da amamentação e elevação de gastos para o sistema de saúde (CFM, 1997).

As explicações para essas taxas, muito acima dos parâmetros recomendados (no máximo 15%) pela Organização Mundial da Saúde – OMS – (WHO, 1985), são a organização da assistência obstétrica, a formação dos profissionais de saúde e a demanda por cesarianas por parte das parturientes – a “cesárea a pedido” – que tem sido atribuída a fatores sócio-culturais.

Do ponto de vista da organização da assistência, um dos fatores que contribuíram para a elevação das taxas a partir da década de 70 foi a maior remuneração da cesárea, até 1980, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a não remuneração da analgesia para partos vaginais. Todavia, mesmo com a modificação desses fatores, a tendência crescente não foi modificada. O outro aspecto assinalado, a formação dos profissionais, tem privilegiado o uso de tecnologia sofisticada em detrimento da aprendizagem da assistência ao parto normal, enfatizando uma concepção patológica do processo de trabalho de parto e parto. A demanda por laqueadura tubária concomitante à cesárea é também apontada como responsável pelas altas taxas desse procedimento (Berquó, 1993). Além disso, os profissionais de saúde apontam como motivo para a “cesárea a pedido” o medo da dor no momento do parto e a possibilidade de evitar dores após a cirurgia, através da utilização de fortes analgésicos, assim como a idéia de que a cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina e do períneo, o

que seria importante para o coito vaginal (Faúndes & Cecatti, 1991). Atualmente, até o discurso feminista do direito da mulher à escolha está sendo apropriado pela obstetrícia para justificar a “cesárea a pedido”. Porém, a aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e nascimento (Mello-e-Souza, 1994).

Alguns trabalhos questionam a argumentação de que o aumento de partos cirúrgicos é decorrência das preferências das mulheres (Hopkins, 1998; Perpétuo et al., 1998). Por outro lado, há uma tendência crescente na literatura de dar voz aos usuários dos serviços, visando a melhora da qualidade da assistência e a construção da cidadania (Robertson & Minkler, 1994; Tones, 1994).

Focalizaremos neste artigo, representações de gestantes, usuárias do SUS, sobre o processo de gestação e parto, e de que forma estas repercutem nas suas expectativas em relação ao próximo parto.

Metodologia

Os dados apresentados provêm do Projeto *Nascimento e Parto: normal, naturalmente...*, que objetivou a elaboração de um livreto educativo voltado a gestantes. O estudo foi realizado em São Paulo, no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB). Esse serviço público funciona como hospital de ensino e de referência para gestações de alto risco, tendo conquistado recentemente os títulos de Hospital Amigo da Criança e Maternidade Segura. Foram realizados grupos focais no interior do espaço hospitalar com gestantes primigestas, multigestas e adolescentes que realizavam pré-natal nesse serviço.

Grupo focal consiste em uma técnica qualitativa que reúne pessoas com experiências semelhantes para discutir um tópico específico do interesse do investigador. O grupo pode ter entre 6 e 15 participantes que, com a presença de um moderador, aborda tópicos relacionados previamente em um roteiro. A discussão é gravada e posteriormente transcrita, com vistas a possibilitar a análise temática e dos conteúdos específicos. Esta é uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas, onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica em um ambiente permissivo e não constrangedor (Westphal et al., 1996).

Na seqüência, realizaram-se as transcrições das fitas. Na análise ocorreram as seguintes etapas: (1) leitura flutuante dos materiais emergentes nos grupos, (2) leitura detalhada e distribuição na forma de temas e (3) análise temática do material selecionado (Bertrand et al., 1992; Westphal et al., 1996). As categorias de análise selecionadas foram: parto normal, fórceps, cesárea, pré-natal e assistência ao parto. Os dois últimos temas não constavam do roteiro original, todavia, durante o desenvolvimento dos grupos focais, foram abordados espontaneamente e com muita ênfase pelas participantes, tendo sido, portanto, incorporados à análise.

Resultados

Características dos grupos

O grupo de adolescentes foi composto por oito gestantes. Apenas uma gestava seu segundo filho; assim, freqüentemente discutiram suas expectativas e receios em relação ao parto tendo por referência as experiências de mulheres de sua rede de relações – suas mães, irmãs, cunhadas, vizinhas e outras. O mesmo ocorreu com o grupo de primigestas, composto por seis gestantes; todavia, no grupo de multigestas, com 17 mulheres, preponderou a experiência das gestações anteriores.

A grande variação quanto ao número de participantes dos grupos focais, decorreu de que a constituição dos mesmos dependia do número de mulheres de cada categoria de usuárias que aceitaram participar da pesquisa, e que se deslocaram até o hospital para participar dos grupos. Para não restringir o acesso de quem aceitou o convite, o de multigestas foi composto por 17 pessoas, pouco além do preconizado. Acreditamos que essa desproporção entre o número de participantes dos grupos focais não tenha alterado os resultados do estudo, à medida em que foi possível discernir características específicas de cada uma das categorias constitutivas dos grupos.

A seguir, apresentaremos as considerações das gestantes de acordo com os temas abordados. As falas serão precedidas pelas iniciais A, P ou M, referindo-se ao grupo de adolescentes (A), primigestas (P) ou multigestas (M), respectivamente.

Parto normal

Todas as adolescentes relataram preferência pelo parto normal, mas não houve consenso

quanto à preferência por um ou outro tipo de parto nos outros grupos.

“Eu prefiro normal. Ah, porque cesárea acho que tem mais risco... Não pode fazer muito esforço; agora normal não, você vai chegar em casa, (...) vai dar para fazer as coisas” (P).

“Normal. (...) A outra filha foi normal. (...) Foi tudo bem. Deu uma dor, e já acabou” (M).

“Minha tia (...) ela teve inflamação, por isso que eu tenho essa cisma de ter cesárea. (...) ela teve de abrir tudo de novo, estourou os pontos dela na casa dela. (...) Ela quase morre, quase que ela não chega viva no hospital” (P).

“E eu estou com medo só disso (da cesárea), (...) medo da hora lá da anestesia...” (M).

Entre as que preferiram o parto normal, os motivos apontados são a recuperação pós-parto mais rápida, o medo de um parto cirúrgico e suas possíveis seqüelas (hemorragia pós-parto, infecção dos pontos etc.) e, entre as multigestas, experiências anteriores de partos normais que lhes foram, em alguma medida, satisfatórias. Cabe notar que noções de risco fazem parte da linguagem com a qual expressam suas opiniões sobre os procedimentos em pauta.

Fórceps

Em geral, o uso do fórceps é temido, sendo este procedimento responsabilizado por seqüelas na criança. Uma das gestantes afirmou que se pudesse optar, caso tivesse que se submeter a esse procedimento, considerado de risco, preferiria a cesárea.

“Ah (...) fala que quando a criança está na barriga e não quer sair de jeito nenhum, aí eles vai lá com o ferrinho lá dentro lá e puxa (...)” (P).

“Acaba com a mulher e a criança” (P).

“(...) quando eu fui pro hospital, do meu primeiro filho, eu fiquei quinze horas na sala de pré-parto, (...) o médico dizia que não podia fazer uma cesárea, (...) que eu não tinha dilatação, (...) aí foi feito fórceps (...). Então eu não entendo se não pode, que um fala que é um parto proibido no Brasil, né? (...). Mas a criança corre risco com este parto (...) eu não tenho boas recordações dos dois partos (fórceps) que eu tive. Então (...) eu morro de medo disso” (M).

“Ah, se for a fórceps eu prefiro a cesárea” (P).

Para essas mulheres, o parto fórceps está associado a riscos ainda mais temíveis que a cesariana. Sobressai que, no tocante ao fórceps, são enfatizados os riscos à saúde da criança, enquanto que nas falas sobre a cesariana explicitam-se os riscos referentes à saúde da mulher. As falas evidenciam falta de informação sobre o procedimento, além da desinformação expressa no questionamento sobre sua proibição.

Chama a atenção o contraste entre essa concepção do parto, em que tanto o fórceps como a cesárea são percebidos como intervenções envolvendo riscos, e o modelo de assistência prevalente em nossa cultura médica, onde o parto vaginal é percebido como episódio de risco para a mãe e o bebê, sendo que o uso rotineiro de recursos cirúrgicos, tais como a episiotomia, o fórceps e a cesárea é justificado como medida preventiva (Diniz, 1996).

A cesariana

Em algumas falas aparece certa predisposição favorável à cesárea, por vários motivos: *“Eu estou com medo, porque (...) eu não tenho contração, nem no parto. (...) porque eles ficam esperando dar contração, e eu não tenho dilatação. Como que a pessoa vai ter contração se não tem dilatação?(...) eu fico com dor, (...) minhas costas parece que está arrebrandando de dor”* (M); *“Gostaria que fosse cesárea. (...) porque eu não tenho problema nenhum de saúde. Nessa cesárea que eu fiz (...) eu não passei mal nenhum, rapidinho cicatrizou (...) com uma semana já fazia as coisas (...) as coisas mais leves, né? E (...) porque eu não tenho de ter normal mesmo porque a primeira não tive normal; tive muitas dores, mas não tive. Não tenho dilatação, nem nada, então eu prefiro ter cesárea”* (M); *“Ah, eu prefiro cesárea, né? Por causa da idade, então eu prefiro cesárea”* (M); *“Tem muita gente que tem problema de saúde, tem problema de diabetes (...) às vezes, não escolhe um hospital bom pra ter o filho, eles fazem a cesárea de qualquer maneira. A minha eu não senti um pingão de dor. (...) eles fizeram plástica(...) não vê a cicatriz, quase, eu ia pra praia e tudo, (...). Então eu prefiro assim. (...) Eu acho que é o organismo, né? De cada um age diferente”* (M); *“Não tenho nada (não é uma gravidez de risco) o posto enganou também, porque (...) pra ver se eu consigo uma laqueadura. Eu não quero, eu tenho pavor de cesárea, nem no umbigo eu não queria, eu que tenho pavor, um cortinho qualquer já fico (...). Mas precisa (...) que eu não posso tomar remédio”* (M); *“É que quando eu fiz o planejamento aqui, a psicóloga falou (...) que aqui não tem aquela laqueadura que é pelo umbigo, né? (...) Eu não acho vantagem, para quem tem normal querer fazer cesárea só pra fazer uma laqueadura”* (M).

Evidencia-se aqui a insuficiência de informação sobre o trabalho de parto (contrações, dilatação, indicações de cesárea e outras) todavia, aparece também a possibilidade de cesariana indicada por problemas de saúde. Entre as múltiplas, a auto-imagem da mulher é cons-

truída a partir da experiência anterior: se o parto anterior foi operatório, acredita-se incapaz de ter seu filho pela via vaginal. Curiosamente, não houve menção, nos grupos estudados, da possibilidade de realização da cesárea por medo da dor do parto ou pelo temor de ficar “rasgada” ou mais larga e, portanto, de tornar-se “inadequada” para a satisfação sexual do companheiro.

Essas falas também explicitam outra prática dos nossos serviços de saúde, ou seja, a realização da cesárea como meio de acesso à laqueadura tubária, dada a sua pouca disponibilidade através de laparoscopia. No depoimento *“Eu não quero, eu tenho pavor de cesárea...”* evidencia-se que não há o desejo de cesárea, mas sim a necessidade de obtenção da laqueadura.

Pré-natal

Segundo as mulheres que participaram desta pesquisa, o atual modelo de assistência não as orienta adequadamente sobre o processo reprodutivo: *“Eu estava fazendo pré-natal no posto, né? (...) só que eu deixei de ir lá porque eu pergunto as coisas pra médica, assim, ela finge que não escuta”* (P); *“(...) tem que ter uma pessoa pra estar explicando pra você (...) eu estou lendo ali mas eu não estou entendendo nada do que está acontecendo”* (P).

Constatou-se uma grande demanda por informações e pela escuta clínica. Percebe-se, pelos depoimentos, que os materiais educativos nem sempre são assimilados e por si só, não são suficientes para esclarecer suas dúvidas e não suprem a necessidade de orientação pelos profissionais.

A assistência ao parto

Nos pareceu bastante significativo que, muito embora não houvesse no roteiro pergunta especificamente relacionada com a assistência ao parto, esse tenha sido um dos tópicos mais discutidos nos três grupos e uma das maiores fontes de temores e angústias. Entre as preocupações mencionadas, cabe ressaltar o medo de não encontrar uma vaga na hora do parto: *“Mas que tenha vaga e não seja muito complicado”* (A).

A dificuldade de acesso às maternidades é um dos principais fatores responsáveis pelas mortes maternas no Município de São Paulo. Como mostra Tanaka (1995), um dos aspectos centrais da “inoportunidade” da atenção que acaba levando ao óbito está relacionado com a “peregrinação” hospitalar, isto é, ao fato das gestantes em trabalho de parto freqüentemente terem de recorrer a mais de uma instituição

antes de serem internadas, contribuindo para que a assistência lhes seja prestada tardiamente. A falta crônica de vagas e o fenômeno da peregrinação hospitalar são bastante conhecidos e representam fontes de angústia para as gestantes estudadas. Também ficou evidente que existe um temor das mulheres em relação às condutas dos profissionais, baseado em experiências de suas gestações anteriores ou de membros de suas redes de relações: “*Bem, a minha gestação, a primeira, não foi boa, né? Porque o médico que me acompanhou, ele teve um erro médico muito sério, certo? (...) Inclusive eu fui procurar hospital público e tive que pagar meu parto (...) e se meu marido não paga, na hora dele fazer o parto eu tinha morrido, feito aconteceu com a criança, faleceu. Ele acompanhou minha gestação, a criança não desenvolvia dentro de mim, eu com pressão alta e ele não descobria. (...) ele nunca pediu um ultrassom, nunca pediu nada, entendeu? Então, quando chegou a hora do nenê nascer, ele nasceu prematuro (...) com um quilo e quatrocentos, por aí*” (M).

É sabido que a qualidade da assistência ao parto é deficitária e, como se vê, uma das mulheres relatou experiência pessoal traumática com perda do conceito – apesar de ter feito pré-natal. Ela queixou-se do mau acompanhamento, inadequação dos procedimentos e, principalmente, da atitude mercenária.

A relação entre profissionais de saúde e pacientes é muitas vezes marcada pela desconfiança, desrespeito e conflito, particularmente em se tratando de pacientes de camadas sócio-econômicas desfavorecidas: “*Assim, o que eu me preocupo é atendimento nos hospitais*” (A); “*Ah, (...) minha mãe fala que a gente começa gritar o médico briga com a gente, deixa a gente mais tempo lá na mesa*” (A); “*(...) ela tava pra ganhar nenem, né? E ela tava chorando (...) a mulher chegou pra ela, falou assim: ‘Ah, cê tá chorando por quê?’; ela: ‘Ai, porque tá doendo, eu acho que vou ganhar’, Falou assim: ‘Mas na hora de fazer você chorou?’*” (P); “*Aí ela começou a gritar, e a enfermeira falou que se ela continuasse gritando, ela falou assim que ia deixar ela lá, ia ganhar nenem lá em cima da cama, não queria nem saber. (...) É sempre, tipo assim, que elas fazem*” (P); “*(...) eu lá quietinha, né? (...) dor assim e eu não parava de ir no banheiro, a enfermeira: ‘Cê vai ter seu filho dentro da privada’*” (M).

São muito freqüentes as queixas das mulheres sobre desrespeito por parte dos profissionais durante o trabalho de parto e parto, em que se evidencia a leitura moralista que culpabiliza a mulher por ter prazer ao exercer a sua

sexualidade. O processo de dar à luz cria momentos de grande vulnerabilidade e solidão, e muitas vezes as mulheres não têm apoio dos profissionais. Esses, muitas vezes em decorrência de seu treinamento profissional, manifestam insensibilidade ao invés de empatia. Isso sem mencionar as ocasiões em que a parturiente chega a ser submetida à violência de agressões físicas e verbais.

Diversas estratégias individuais são empregadas pelas mulheres na tentativa de se expor menos à brutalidade e humilhações que marcam o encontro clínico no processo reprodutivo. Para algumas, trata-se de procurar se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde e, nesse caso, o silêncio transparece como estratégia privilegiada.

Entretanto, certas mulheres acabam por enfrentar a autoridade dos profissionais de saúde. A narrativa de uma gestante sobre um de seus partos ilustra como o encontro clínico pode ser uma “zona de combate, de disputas de poder” (Taussig, 1980) e se transformar numa manifestação de violência institucional: “*(...) aí ele (o médico) falou: ‘Mãe, você está de sete pra oito meses’, eu falei: ‘Não, eu estou de nove’; ele: ‘Não, você está de sete pra oito’, eu falei: ‘Olha meu ultrassom, eu estou de nove’, ele: ‘Não’. Aí que foi escutar o coração do nenem, ele não conseguiu escutar e o erro dele que ele olhou pra minha cara e falou: ‘Cê vai pra sala de cirurgia, que cê vai fazer uma curetagem que seu nenem tá morto’. Ele falou isso na minha cara. Eu falei: ‘Não, ele não tá morto, ele mexeu há dois dias atrás’, aí eu ainda falei pra ele: ‘Não fala isso pra minha mãe, que a minha mãe tem problema cardíaco’. Ele falou assim pra mim: ‘Tá bom’. Ele chamou a minha mãe e falou a mesma coisa. Minha mãe foi parar no hospital (...). Aí quando trocou o plantão, chegou uma médica, e falou assim: ‘Não, o bebê dela tá bem’ (...) Eu queria tanto ver ele pra mostrar meu filho, que tem seis anos hoje. Eu acho isso errado. (...) Ele não ter certeza das coisas, não deveria ter falado. Acho que deveriam falar as coisas boas, e isso ninguém não fala, né?’*” (M).

Essa cena ilustra como nossa cultura política autoritária por vezes se explicita no encontro clínico. As relações hierárquicas de classe social, *status* e gênero são questionadas pela parturiente ao contestar a autoridade do profissional de saúde e valorizar o seu próprio saber sobre seu corpo grávido. Entretanto, essas relações hierárquicas são reiteradas a partir de algumas atitudes do médico. Esse último, não reconhece a paciente como sujeito e assim não se propõe a estabelecer um diálogo com ela a

respeito de sua gestação. Se ela discute o diagnóstico do profissional, ele, ao contrário, nega o saber dela sobre seu próprio corpo e, ao se ver contestado, a submete a maus tratos.

Cabe salientar a expectativa contida na última frase da narrativa citada: a paciente gostaria de contar com a assistência de um profissional de saúde que pudesse compartilhar com ela os prazeres e alegrias da gestação e parto. Porém, esse tipo de interlocução pressupõe o reconhecimento pleno do “outro”, no caso, ela como sujeito.

Entre as mulheres entrevistadas, a sala de pré-parto foi singularizada como local de abandono e solidão, por vezes cenário de violência institucional: *“Ah, eu não tenho medo de sentir dor, eu tenho medo ali da hora que eu for ganhar eu ficar sozinha”* (A); *“Eu preferia uma cesárea, ou então (...) que eles fizessem alguma coisa, não me deixassem tanto tempo naquela maldita sala, sentindo aquelas dores. (...) que o médico só chega, faz toque, vira as costas e vai embora, não fala nada. Isso irrita qualquer uma que tá sentindo dor. (...) E fica sozinha, eles não falam nada, não fala se tá bem, não fala se não tá”* (M).

O que transparece em todas as falas é que não se teme apenas a dor, mas o modo como serão assistidas na dor, durante o trabalho de parto. Ressalte-se que a qualidade da assistência, particularmente na sala de pré-parto, repercutiu inclusive sobre o desejo de ter uma cesárea.

Discussão

É freqüente, em nosso sistema de saúde, a realização de parto cirúrgico sob alegação de ser este o desejo da parturiente. Entre as mulheres que participaram de nosso estudo, a explicitação da preferência pela cesariana não preponderou, embora elas sejam de faixa etária ampla e com experiências em relação à vida reprodutiva diversificada. Cabe salientar, que as gestantes que participaram dos grupos focais provavelmente não têm acesso a convênios médicos ou serviços particulares e, por isso, talvez não tenham poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência. Supõe-se que mulheres assistidas em serviços privados, teriam maior possibilidade de exercer esse tipo de opção, o que é coerente com a hipótese da cesárea ter se tornado um bem de consumo (Rattner, 1996). Alguns estudos conduzidos em distintas regiões e cidades brasileiras indicaram que haveria, entre mulheres de camadas médias (Carranza, 1994) e/ou populares (Hopkins,

1998; Perpétuo et al., 1998), uma preferência pelo parto vaginal. Seus autores concluíram que a preferência das mulheres não foi o fator decisivo na determinação do tipo de parto, pois tratou-se, primordialmente, de uma decisão médica.

Embora a dor de parto seja motivo de preocupação de algumas mulheres, sua preferência pela cesariana não se deu apenas por esse motivo. É possível que, por um lado, a dor de parto seja concebida como algo inerente ao processo de parturição e, por outro, que as dores sejam consideradas parte da experiência de se tornar mãe, já que a capacidade de enfrentar ou resistir à dor do parto seria um dos aspectos valorizados da passagem para o status de adulta e mãe, representada pela parturição, para mulheres de camadas populares urbanas (Costa, 1995; Paim, 1998). Trata-se de um processo de “naturalização” do sofrimento associado à forma como se dá a construção social de gênero prevalente entre as camadas populares brasileiras (Diniz et al., 1998). Nesse sentido, é significativo que a preferência pelo parto normal tenha sido consenso entre as adolescentes.

A minoria que desejava ter um parto cesáreo se concentrou entre as multigestas, grupo em que se situa a demanda por laqueadura tubária. Para nós, essa demanda esta relacionada com a organização da assistência, a formação e as conveniências dos profissionais de saúde, e com a desinformação e falta de acesso das mulheres a outros métodos de planejamento familiar. Cabe lembrar que a laqueadura tubária emerge como método contraceptivo de uso mais freqüente entre as mulheres brasileiras, num período de transição demográfica em que novos padrões culturais concernentes ao tamanho da família e à contracepção se consolidam (Berquó, 1993; Diniz et al., 1998). Embora justifiquem a necessidade da cesárea para a realização da laqueadura, chama a atenção que ela aqui não é percebida como solução segura ou desejada, mas sim temida, particularmente por causa dos riscos associados à cirurgia. No entanto, trata-se do único método contraceptivo que lhes é conhecido e oferecido como alternativa à pílula, que não podem utilizar.

Um aspecto relevante que aparece nas falas das mulheres sobre o uso do fórceps e/ou da cesariana são suas concepções sobre a fisiologia do parto. Essas aparentemente, são influenciadas pelo modelo médico hegemônico que assume uma concepção patológica da fisiologia do parto vaginal, o que passa a justificar o uso da cesariana como medicina preventiva (Diniz, 1996). Uma das bases da legitimação desse modelo seria a concepção dualista de na-

tureza/cultura, mente/corpo, masculino/feminino que se expressa através da metáfora, popularizada por Descartes, do corpo-máquina humano, cujo controle e aperfeiçoamento cabe à ciência. Segundo essa concepção, o corpo feminino é considerado inferior ao masculino e é retratado como uma máquina inerentemente defeituosa. O nascimento passa a ser entendido como ato médico e procedimento cirúrgico, cuja finalidade é proteger a mulher e o recém-nascido desse corpo-máquina feminino (Davis-Floyd, 1992; Martin, 1992). A concepção da cesárea como medida profilática a ser adotada contra os possíveis riscos associados ao parto normal, embora fosse mais freqüente no passado, está ainda presente em livros e textos de medicina brasileiros (Diniz, 1996) e americanos, assim como em revistas médicas (Davis-Floyd, 1994).

Em nosso estudo, algumas multigestas acreditavam ter sido submetidas a cesáreas por não ter havido contrações e/ou dilatação, e que isso se devia a uma falha intrínseca a seu organismo, que as impedia de ter um parto vaginal. A visão “pessimista” da fisiologia do parto que caracteriza o discurso biomédico, estaria sendo re-elaborada por elas, como um discurso que diz respeito intrinsecamente ao funcionamento de seus próprios corpos.

Ao considerar a elevação das taxas de cesárea, a literatura antropológica e a medicina baseada em evidências têm mostrado que a abordagem médico-cirúrgica do parto tende a superestimar os riscos inerentes ao processo fisiológico, o que freqüentemente implica na “*substituição do risco potencial de resultados adversos pelo risco certo de tratamentos e intervenções duvidosas*” (BWHBC, 1993, *apud* Diniz, 1997:105). Todavia, a despeito da preferência médica pela cesárea, que passou a ser retratada e difundida no Brasil como um tipo de parto seguro, indolor, moderno e ideal (Diniz, 1996; Mello-e-Souza, 1994), a maior parte das mulheres que participaram deste estudo exploratório manifestaram preferência pelo parto vaginal.

É importante ressaltar que a assistência e os profissionais são fontes de temores pela dificuldade de acesso à vaga para o parto e pelas atitudes e condutas dos profissionais. Trabalhos indicam que a falta de disponibilidade dos profissionais de saúde, assim como o desrespeito e os maus tratos, são características comuns da assistência ao parto que transparecem no discurso de usuárias das camadas populares em diferentes regiões do Brasil (Alves & Silva, 2000; Diniz et al., 1998).

Ademais, o discurso científico e o das gestantes estudadas, se diferenciam de forma sig-

nificativa quanto ao processo social e cultural de seleção e percepção de riscos considerados prioritários (Douglas & Wildavsky, 1982) em relação à parturição. A maioria dos riscos a que elas se referem não está relacionada à tecnologia em si, mas a outras características da assistência: elas temem não encontrar vagas no momento do parto; serem negligenciadas ou desrespeitadas pelos profissionais de saúde; não receberem explicações sobre o trabalho de parto e sobre sua saúde e a de seus conceitos; ou a perspectiva de ficarem sozinhas. No limite, temem a própria morte e/ou a morte de seus bebês, que desponta ameaçadora em seus relatos sobre os casos de pessoas conhecidas ou em suas próprias experiências anteriores. Trata-se em suma, de riscos relacionados a características da organização da assistência que se explicitam no encontro entre gestantes e profissionais de saúde, os quais se têm denominado de violência institucional (Diniz, 1997; Diniz et al., 1998).

As mulheres que participaram desta pesquisa se apropriam de suas experiências anteriores de parto, assim como as de outros membros de sua rede de relações, e procuram também se apropriar do saber médico para formular suas expectativas e preferências em relação à parturição. Cabe a nós perguntarmos o quanto a angústia experimentada por essas mulheres contribui para a própria distócia durante o trabalho de parto, dado o papel fundamental da ocitocina endógena na contratilidade uterina, e o efeito negativo do estresse e da insegurança sobre a sua liberação (Odent, 1994). Nesse sentido, estudos têm mostrado o impacto positivo do suporte emocional sobre a diminuição da incidência de partos cesáreos, e sobre a diminuição da duração do trabalho de parto (Kennel et al., 1991).

Essa e outras práticas têm sido denominadas tecnologias apropriadas para partos e nascimentos, e cada vez mais se avolumam as evidências científicas de como beneficiam o trabalho de parto e nascimento normais, constando inclusive, das recomendações oficiais da OMS de 1985 e 1996 (OMS, 1996; WHO, 1985). Os depoimentos das mulheres deste estudo desvelaram suas queixas, temores e expectativas e é um retrato por vezes dramático da realidade a que são submetidas quando demandam assistência ao nascimento de seu filho.

Considerações finais

Explicações para a elevação das taxas de cesáreas em nosso país, giraram em torno da forma

como se organizou a assistência obstétrica, a formação dos profissionais e a demanda de cesarianas por parte das parturientes, atribuídas a fatores sócio-culturais. Na população estudada, essa demanda esteve associada principalmente ao desejo de laqueadura tubária. A qualidade da atenção, particularmente na sala de pré-parto, também repercutiu sobre o desejo de ter uma cesárea, sendo que mais que o medo da dor do parto, as mulheres temiam as reações dos profissionais às suas queixas. O temor de inadequação futura para a prática de sua sexualidade não foi referido pelas parturientes em pauta. Essas mulheres preferiam o parto vaginal e, ao contrário, temiam a cesárea, pelos riscos a ela associados.

Este estudo, portanto, redireciona o foco para a forma como se organizou a assistência obstétrica em nosso sistema de saúde, assim como para a formação dos profissionais: aquela é uma assistência iníqua e inequívoca, pois nem ao menos garante vaga para cidadãos nascentes; quando têm acesso à vaga, muitas vezes as parturientes são submetidas à assistência de pouca qualidade, seja em seu componente técnico, seja no tocante à relação interpessoal. Quanto à formação dos profissionais,

esta ocorre no bojo desse sistema de saúde, em meio a uma cultura médica que transformou o parto e o nascimento, de eventos fisiológicos, em patológicos, e que privilegia o uso de equipamentos sofisticados à adoção das tecnologias apropriadas à assistência perinatal.

Nosso estudo deu voz às mulheres, quando ainda em seu período gestacional, quanto às suas expectativas – e finaliza por expor o seu desejo: de ser acolhida, poder demandar o serviço, poder fazer perguntas e obter respostas – isso durante a gestação, no acompanhamento pré-natal; obter a vaga; ser respeitada, ter espaço para sua dor e vulnerabilidade, poder gritar se o desejar; ter assistência de boa qualidade, com acesso disponível à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades e, finalmente, poder compartilhar com os profissionais os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto.

Se esse é o desejo das mulheres, ele difere, e muito, de uma cesárea... e cabe a nós, profissionais de saúde, criar as oportunidades de escuta dessas e outras demandas e expectativas das mulheres em nossos serviços de saúde.

Agradecimentos

À direção, funcionárias(os) e usuárias do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, cuja colaboração foi essencial para a consecução deste trabalho, e ao Fundo das Nações Unidas para a Infância, pelo fundamental apoio financeiro.

Referências

- CFM (Conselho Federal de Medicina), 1987. Cesariana: Uma epidemia invisível. *Medicina, Conselho Federal*, 84:18-19.
- ALVES, M. T. S. S. & SILVA, A. A. M. (org.), 2000. *Avaliação de Qualidade de Maternidades. Assistência à Mulher e ao seu Recém-Nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão/Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- BERQUÓ, E., 1993. Brasil, um caso exemplar. Anticoncepção e partos cirúrgicos – À espera de uma ação exemplar. *Revista Estudos Feministas*, 1:366-381.
- BERTRAND, J. T.; BROWN, J. E. & WARD, V. M., 1992. Techniques for analyzing focus group data. *Evaluation Review*, 16:198-209.

- CARRANZA, M., 1994. *De Cesáreas, Mulheres e Médicos*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília.
- COSTA, R. G., 1995. *Concepções sobre Maternidade entre Mulheres que Buscam Tratamento para Esterilização*. Dissertação de Mestrado. Campinas: Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- DAVIS-FLOYD, R. E., 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, R. E., 1994. The technocratic body: American childbirth as a cultural expression. *Social Science and Medicine*, 38:1125-1140.
- DINIZ, C. S. G., 1996. *Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- DINIZ, S. G., 1997. O que funciona e o que é justo: Notas sobre a violência na Assistência ao Parto. In: *Curso de Capacitação para o Atendimento de Mulheres em Situação de Violência* (Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP/CFSS, org.), pp. 102-116, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. (mimeo).
- DINIZ, S. G.; MELLO-E-SOUZA, C. & PORTELLA, A. P., 1998. Not like our mothers. Reproductive choice and the emergence of citizenship among Brazilian rural workers, domestic workers and housewives. In: *Negotiating Reproductive Rights. Women's Perspectives Across Countries and Cultures* (R. P. Petchesky & K. Judd, ed.), pp. 31-68, New York: Zed Books.
- DOUGLAS, M. & WILDAVSKY, A., 1982. *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:150-173.
- HOPKINS, K. L., 1998. *Under the Knife: Cesarean Section and the Female Sterilization in Brazil*. Ph. D. Thesis, Austin: University of Texas.
- KENNEL, J.; KLAUS, M.; McGRATH, S.; ROBERTSON, S. & HINKLEY, C., 1991. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *JAMA*, 265:2197-2201.
- MARTIN, E., 1992. *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- MELLO-E-SOUZA, C., 1994. C-sections as ideal births: The cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 3:358-366.
- ODENT, M., 1994. *Birth Reborn*. New Jersey: Birth Works Press.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Geneva: OMS.
- PAIM, H. H. S., 1998. Marcas no corpo: Gravidez e maternidade em grupos populares. In: *Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas* (L. F. D. Duarte & O. F. Leal, org.), pp. 31-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- PERPÉTUO, I. H. O. P.; BESSA, G. H. & FONSECA, M. C., 1998. Parto cesáreo: Uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: *Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais* <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>.
- RATTNER, D., 1996. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 30:19-33.
- ROBERTSON, A. & MINKLER, M., 1994. New health promotion movement: A critical examination. *Health Education Quarterly*, 21:295-312.
- TANAKA, A. C. D., 1995. *Maternidade: Um Dilema entre Nascimento e Morte*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- TAUSSIG, M. T., 1980. Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*, 14B:3-14.
- TONES, K., 1994. Health promotion, empowerment and action competence. In: *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy* (B. B. Jensen & K. Schnack, org.), pp. 163-183, Studies in Educational Theory and Curriculum 12, Laererhøjskole: Royal Danish School of Educational Studies.
- WESTPHAL, M. E.; BÓGUS, C. M. & FARIA, M. M., 1996. Grupo focais: Experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 120: 472-482.
- WHO (World Health Organization), 1985. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2:436-437.

Recebido em 3 de agosto de 2000

Versão final reapresentada em 26 de dezembro de 2001

Aprovado em 12 de março de 2002