



**Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva**

**A DISSONÂNCIA ENTRE DESEJO E REALIDADE:  
A ESCOLHA DA VIA DO PARTO PELAS MULHERES DE CAMADAS MÉDIAS  
NO RIO DE JANEIRO**

**Junia Espinha Cardoso**

**Rio de Janeiro**

**2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**  
**INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**  
**Mestrado em Saúde Coletiva**  
**Ciências Humanas e Saúde**  
**Linha de Pesquisa: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva**

**A DISSONÂNCIA ENTRE DESEJO E REALIDADE:  
A ESCOLHA DA VIA DO PARTO PELAS MULHERES DE CAMADAS MÉDIAS  
NO RIO DE JANEIRO**

Junia Espinha Cardoso

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Estudos em Saúde Coletiva e ao  
Departamento de Medicina Preventiva da  
UFRJ como requisito para obtenção  
do grau de mestre em Saúde Coletiva.

**ORIENTADORA:**  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Helena Simões Barbosa

Rio de Janeiro  
2008

CARDOSO, Junia Espinha

A dissonância entre desejo e realidade: a escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro,

2008.

UFRJ / IESC, 2008

Xi, 181 p.

Incl. tabelas

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – IESC, 2008).

Orientadora: Regina Helena Simões Barbosa

1.Saúde da Mulher 2.Gravidez e Parto 3.Gênero 4.Pesquisa Qualitativa. Tese

**A DISSONÂNCIA ENTRE DESEJO E REALIDADE:  
A ESCOLHA DA VIA DO PARTO PELAS MULHERES DE CAMADAS MÉDIAS  
NO RIO DE JANEIRO**

**JUNIA ESPINHA CARDOSO**

**Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, aprovada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:**

**Banca Examinadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Helena Simões Barbosa – IESC/UFRJ**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Reis Brandão – IESC/UFRJ**

---

**Prof. Dr. Marcos Augusto Bastos Dias – IFF/FIOCRUZ**

**Rio de Janeiro  
2008**

Às minhas filhas, Izabela e Maithe,  
que iluminam os caminhos que tenho  
a percorrer.

Ao meu companheiro, José Augusto,  
responsável pelo despertar de novas  
descobertas, pelo incentivo e apoio  
indispensáveis em minhas conquistas  
e em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelos ensinamentos preciosos, em especial à minha mãe, ‘pequena grande mulher’ que sempre me contou a história dos seus partos de forma natural, sem saber que estava construindo o caminho para que eu vivesse tão enriquecedoramente as próprias experiências dos meus partos.

À minha irmã, Angeli Espinha Cardoso, por ter sempre acreditado e incentivado-me a prosseguir na minha escolha profissional de trabalhar com gestantes, ajudando a superar as dificuldades que encontrei para realizá-la.

Às minhas filhas pela colaboração, afetivas e efetivas, durante as etapas finais desse trabalho, nas revisões, nos ‘palpites’, e principalmente no apoio para conseguir ultrapassar meus próprios limites, enfim, por acreditarem na minha capacidade de vencer desafios. Meus eternos amores, pelos quais busco, incondicionalmente, a cada dia, que sejam felizes e realizadas.

Ao meu companheiro, que assumindo todas as tarefas possíveis e impossíveis, disponibilizou-me mais tempo para a dedicação a este trabalho, em que não faltaram paciência, compreensão e amor.

À minha orientadora, Regina Helena Simões Barbosa, que, ao selecionar-me para o mestrado, possibilitou a realização de um sonho. Minha eterna gratidão pela forma acolhedora, carinhosa e profundamente respeitosa que dedicou ao desenvolvimento do nosso trabalho, pela oportunidade de compartilhar seus saberes, pelos momentos de trocas, pelo incentivo. Tudo isso enriqueceu minha experiência acadêmica, profissional e pessoal.

À Elaine Reis Brandão pelo incentivo e colaboração na minha busca para o mestrado e, principalmente, por ter-me ‘apresentado’ ao IESC.

Às Amigas do Peito, às queridas coordenadoras dos grupos, Cláudia Orthof, Anna Basevi, Rose Teykal, Karina Kuschnir, Maria Alice Nogueira, e Carol Duarte que tão gentilmente me receberam, apoiaram e cederam espaço para a apresentação do projeto de pesquisa e para que pudéssemos, assim, buscar nossas entrevistadas.

Ao Dr. Hugo Sabatino, que me apresentou outras alternativas na assistência ao parto, pela oportunidade de conhecer e ingressar no Programa de Parto Alternativo, na UNICAMP. Pelos ricos ensinamentos.

À Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS), que, desde 1998, possibilitou o desenvolvimento do meu trabalho com gestantes, parturientes e puérperas da rede.

Ao Dr. Marcos Augusto Bastos Dias, por ter aberto as portas da Maternidade Leila Diniz, em 1998, para a realização da minha pesquisa, o que possibilitou o começo de inesquecíveis experiências que enriqueceram de forma inigualável minha trajetória profissional. Pelo apoio, incentivo e reconhecimento do meu trabalho, que sem os quais não teria alcançado tantas conquistas. Não tenho palavras suficientes de agradecimento, em especial, por ser o responsável pela primeira oportunidade de integração aos quadros da SMS.

À querida amiga, Rosa Maria (Rosinha) Domingues pelo privilégio de poder compartilhar de sua amizade, pela convivência em momentos tão especiais como as gestações da Gabi e do Rafa, e principalmente pelo apoio em momentos difíceis, profissionais e pessoais. E, acima de tudo, por ser incentivadora das minhas potencialidades e por ter sempre divulgado com ‘boas propagandas’ o meu trabalho, minha eterna gratidão e admiração.

À Maternidade Leila Diniz e todos com que tive o prazer e o privilégio de compartilhar e conviver, que me receberam de braços abertos para integrar a equipe profissional, sem que eu, professora de Educação Física, me sentisse uma ‘estranha no ninho’, pelo apoio ao meu trabalho. Não poderia deixar de agradecer a Miriam Torres, Márcia Soares, Leila, Solange, Luciene, Tereza Vitória, Verinha, Tânia, Bete, Irene, Ivete, e tantos outros amigos e profissionais. Não haveria espaço para citar todos aqueles que contribuíram, nem para tão ricas experiências ali vividas, pelos ensinamentos no caminho da humanização.

À Dra. Cristina Boaretto e à Dra. Kátia Ratto, minha eterna admiração pelo que construíram nessa trajetória para uma melhor atenção às mulheres, em especial na assistência ao parto e nascimento. Por todas as oportunidades concedidas para desenvolver o meu trabalho. Por terem-me ‘integrado’ aos quadros da SMS, possibilitaram infinitos desdobramentos das minhas ações profissionais.

Às meninas do Espaço Mulher (Tânia, Monique, Louise, Ana, Regina, Luísa), território onde iniciei minhas primeiras incursões na capacitação e treinamento para os profissionais da SMS/RJ, sempre incentivadoras do meu trabalho com as mulheres.

A todos da equipe da Assessoria de Promoção de Saúde (SMS/RJ) pelo carinho com que me receberam nesse novo caminhar na SMS, pela compreensão e apoio nos difíceis e desafiadores momentos para a conclusão do mestrado. Para duas mulheres em especial: Viviane Castelo Branco, pela convivência prazerosa e enriquecedora a cada dia, e Tânia Vianna, amizade recente, mas eternamente gratificante, pelo seu companheirismo incondicional durante toda a trajetória desse mestrado.

A todos e todas enfermeiras(os) obstetras por terem compartilhado tantas experiências nesses anos de lutas por uma assistência melhor às mulheres num momento tão especial em suas vidas – o parto.

À Leila Azevedo, pela determinação e coragem, pela simplicidade e dedicação, pelo exemplo e pela persistência em transformar a Casa de Parto David Capistrano Filho/SMS/RJ em um sonho possível, minha eterna admiração e amizade.

A todos da equipe da Casa de Parto David Capistrano Filho, por poder compartilhar de momentos inesquecíveis junto a profissionais tão dedicados e competentes. Meu reconhecimento a todos vocês, não só por transformarem o momento do nascimento em uma experiência enriquecedora, mas por oportunizarem a transformação das mulheres, resgatando-as como sujeitos inteiros e de direito no processo de parturição.

Às adolescentes da Casa de Parto pelos ensinamentos e pelos momentos de alegria e prazer que me oportunizaram com o Grupo de Dança. Agradeço em especial a Iara Dourado e Telma Garrido, profissionais excepcionais, pela integração valiosa no trabalho que desenvolvemos.

À Eliane Brandão e Marcos Dias pelas sugestões tão valiosas quando da participação na banca de qualificação. Pelo carinho e incentivo para chegar a essa etapa do trabalho.

À Maria Cláudia Vater e Betânia Maria Fernandes que gentilmente acolheram a participação como suplentes da banca examinadora.

Ao Hospital Universitário Pedro Ernesto e ao Dr. Alexandre Trajano, em especial, pelo apoio e incentivo nas minhas incursões ao pré-natal e à maternidade e pelo reconhecimento da importância do trabalho ali desenvolvido. A todas as minhas queridas parceiras da equipe de pré-natal, com quem tive oportunidade de trabalhar durante cinco anos.

Aos secretários do mestrado, Delvaci e Ivisson, pelo apoio, carinho e, principalmente, pela infinita paciência às solicitações feitas.

Aos meus colegas de mestrado pela convivência prazerosa, pelas contribuições no percurso da qualificação e pelos momentos descontraídos e inesquecíveis em salas de aula.

Aos professores do IESC pela dedicação e disponibilidade para com os alunos da pós-graduação.

Aos colegas professores e à direção do CIEP Ministro Marcos Freire que me incentivaram nesse percurso do mestrado.

A um querido amigo, Ney de Oliveira (*in memoriam*), por ter sempre acreditado que eu conseguiria conquistar esse sonho. Finalmente conquistei!

A todas as mulheres que gentilmente concederam as entrevistas, cheias de emoção, sem as quais este trabalho não se realizaria. E aos seus bebês que, muitos ao balbuciar seus primeiros sons, deixaram registrados na gravação às suas participações nas entrevistas.

A todas e todos, mesmo aqueles que por ventura tenha deixado de citar involuntariamente, agradeço e dedico este trabalho, e que certamente sem as valiosas colaborações e incentivos não teria conseguido chegar até aqui. Muito obrigada.

Agradeço, enfim, a todas as mulheres com quem tive o privilégio de compartilhar momentos tão especiais como o da gestação e do parto, que oportunizaram e contribuíram não só para o meu crescimento profissional, mas, principalmente, para o meu fortalecimento pessoal como um ser humano melhor que deseja uma vida mais plena.

CARDOSO, Junia Espinha. A dissonância entre o desejo e a realidade: a escolha da via do parto pelas mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Estudos de Saúde Coletiva e Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Orientadora: Regina Helena Simões Barbosa

## **RESUMO**

Este estudo teve como propósito investigar, através da percepção das mulheres de camadas médias, a dissonância entre o desejo pelo parto vaginal e a realização da cesariana como desfecho da gestação. Para alcançar esses objetivos adotamos a abordagem qualitativa, de caráter exploratório, a partir de um roteiro de perguntas abertas. A pesquisa oportunizou dar voz a esse grupo de mulheres para que elas contassem as experiências e percepções desse momento em que não tiveram o seu desejo atendido. Esse trabalho pretendeu redimensionar o direito de escolha da mulher pelo parto frente ao número excessivo de cesarianas verificado atualmente neste segmento social. Ao analisarmos os discursos, tentamos compreender os motivos e significados da preferência pelo parto vaginal; a influência da relação obstetra-gestante durante a gravidez; e o resultado do parto e os sentimentos vividos pela não concretização da escolha. Na análise dos dados emergiram possibilidades para observar como as relações de gênero estão entrelaçadas à assistência pré-natal, ao parto e ao desfecho em uma cesariana. Os resultados apontam para uma preocupante aceitação da medicalização e das intervenções no processo de parturição pelas usuárias dos planos de saúde privados; para a existência de uma interferência por parte do obstetra sobre as mulheres que implicaria na mudança do tipo de parto; para um descompasso entre o que as mulheres realmente desejam e o efetivamente realizado – a cesariana. Numa perspectiva crítica, nos parece que para muitas mulheres não foi possível escapar das ‘armadilhas’ deste modelo biomédico institucionalizado e legitimado pela sociedade. A pesquisa se propõe com seus achados construir, de forma mais consciente, uma reflexão sobre a importância de se rediscutir a busca pela autonomia e pelo protagonismo das mulheres no evento do parto. Este estudo problematizou um campo até o momento pouco explorado e, por isso, pretende ainda colaborar para ações que estimulem o exercício da cidadania feminina nos processos decisórios que envolvem as questões da saúde reprodutiva, além de preservar e garantir a experiência do parto como um direito inalienável das mulheres, do companheiro e da família.

Palavras-chaves: saúde da mulher, gênero, direitos reprodutivos, gravidez, parto, cesárea.

CARDOSO, Junia Espinha. *The dissonance between desire and reality: the childbirth's choice by women from the middle classes of Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Estudos de Saúde Coletiva e Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Orientadora: Regina Helena Simões Barbosa

Abstract:

The aim of this study was to investigate, through the perception of women from the middle class, the dissonance between the desire for the vaginal delivery and the consummation of a caesarean section instead. The qualitative approach was accepted as methodology, through a script of open questions. The investigation gave voice to this women's group so that they could tell their experiences and perceptions about this moment, in which they didn't have their wishes considered. This work intend to review the women's right of choice about the kind of birth they want to have whereas the number of caesarean sections is increasing in this social segment nowadays. By the analysis of the interviews, we have tried to understand the reasons and meanings of the preference for the vaginal birth, the influence of the obstetrician-pregnant woman relationship during pregnancy, the birth's results and the feelings left because their choice was not accomplished. Through the data, we could observe how the gender aspects are interlinked to the prenatal assistance, to the birth and to the outcome in a caesarean section. The results show that the private health care users are dangerously accepting the "medicalization" in the birth process; an existence of a interference by the obstetrician over the woman, which could induce her to change her delivery's choice; the unbalance between what women really desire and what in fact happens – a caesarean section. In a critique review, it seems to us that many women are unable to escape from the traps of the biomedical model, legitimized by society. Therefore, this study proposes a reflection about the importance of the women's autonomy and protagonism in the birth event. Our research explored a field, which was very few studied before and thus, we intended to collaborate with initiatives that encourage the feminine participation in the decisive processes that concern the reproductive health. Moreover it defends the preservation of the birth's experience as a undeniable women's right as well as her partner's and family's.

Key words: woman, gender, reproductive rights; pregnancy, birth, caesarean section

## SUMÁRIO

### RESUMO

### CAPÍTULO I - O OBJETO DA PESQUISA

1.	Introdução	2
1.1.	Apresentação	2
1.2.	O problema da pesquisa: a cesariana em mulheres de camadas médias	4
1.3.	Objetivos e Justificativas	9

### CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO

2.	O preocupante cenário da cesariana	10
2.1.	Uma revisão bibliográfica sobre a questão da cesariana	10
2.2.	A assistência ao parto	16
2.2.1.	Pegadas históricas: das parteiras à obstetrícia	16
2.2.2.	O parto no Brasil	18
2.2.3.	As mudanças no Brasil	19
2.2.4.	A proposta de um novo modelo de assistência: o parto humanizado	21
2.2.5.	Situação atual da assistência ao parto	22

### CAPÍTULO III – DISCUSSÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

3.	Conceito de Gênero	27
3.1.	O conceito de Gênero na análise da cesariana	31
3.2.	O desejo materno e suas variáveis	33
3.3.	O caminho metodológico	34
3.3.1	A pesquisa qualitativa	34
3.3.2.	Pela ótica do materialismo histórico e dialético	36
3.3.3.	Considerações sobre as técnicas de pesquisa	40

### CAPÍTULO IV – OS DADOS DA PESQUISA

4.	Apresentação do campo	42
4.1.	A entrada no campo	43
4.2.	A observação participante	44
4.2.1.	Explorando o campo	44
4.2.2.	A rica experiência dos encontros	45
4.2.3.	Observando as histórias dos partos nos grupos	48
	▪ Desejos frustrados – culpabilização da mulher	48
	▪ Vulnerabilidade da escolha das gestantes	49
	▪ Possíveis justificativas para o desfecho	52
	▪ A recompensa do desejo realizado – outras alternativas	55
4.2.4.	Observando outras interfaces na experiência do parto	56

	▪ As relações de trabalho	56
	▪ A ‘boa mãe’ – o papel materno	59
	▪ Divisão sexual de trabalho	60
	▪ As questões de gênero e relações conjugais	61
	▪ Conflitos interparentais e geracionais	62
4.2.5.	As conclusões – finalizando as experiências nos grupos	63
4.3.	As entrevistas	64
4.3.1.	O perfil das entrevistadas	64
4.3.2.	Com o pé na estrada	70
4.3.3.	A análise dos dados – o grande desafio de navegar no mar de dados	72
4.3.3.1.	A construção da escolha	72
4.3.3.1.1.	O processo da escolha	72
4.3.3.1.2.	Certezas e dúvidas – os movimentos dialéticos relacionados à escolha	77
	▪ Os mitos e os medos	79
	▪ A dor do parto	80
	▪ Interferência na sexualidade	85
	▪ Uma vez cesárea sempre cesárea	86
	▪ Falta de vagas no setor privado	88
	▪ A escolha do parto e a violência no Rio de Janeiro	91
	▪ A ‘pegadinha’ do cordão	93
4.3.3.1.3.	A ideologia de gênero e o parto	95
4.3.3.2.	O parto vaginal – as dificuldades para manter e escolha	101
4.3.3.2.1.	O obstetra e o pré-natal	101
	▪ A escolha do obstetra pela mulher	101
	▪ A interação entre a mulher e seu obstetra durante o pré-natal	109
4.3.3.2.2.	A mercantilização do parto – a indústria da cesárea	115
4.3.3.2.3.	A aproximação do parto: as pressões vividas pela mulher	122
	▪ Relações de poder entre o médico e a mulher	123
	▪ As pressões do companheiro – conflitos entre ‘apoiar’ e ‘proteger’	128
	▪ Os círculos interferentes – figuras femininas no processo do parto	132
4.3.3.3.	A dissonância entre a escolha e o desfecho do parto	138
4.3.3.3.1.	O caminho desviante – O processo de mudança	139
4.3.3.3.2.	A medicalização e as intervenções no parto	144
4.3.3.3.3.	O desencontro entre o desejo e o realizado – a concretização da cesariana	148
	▪ Os sentimentos relacionados a experiência do parto	149
	▪ Tentar de novo?	154
	▪ Querer é poder? O direito de escolha das mulheres	155
4.3.3.3.4.	A escolha do obstetra em um próximo parto	157
4.3.3.4.	A maternidade e a contradição entre as esferas produtiva e reprodutiva das mulheres das camadas médias	159
4.3.3.4.1.	Novas responsabilidades e a volta ao trabalho: conflitos	160
4.3.3.4.2.	Ser mãe para as mulheres de camadas médias: padecer no paraíso?	164

<b>CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	167
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	173
<b>ANEXOS</b>	181

Peço-te o prazer legítimo  
É o movimento preciso  
Tempo tempo tempo tempo  
Quando o tempo for propício  
Tempo tempo tempo tempo

De modo que o meu espírito  
Ganhe um brilho definido  
Tempo tempo tempo tempo  
E eu espalhe benefícios  
Tempo tempo tempo tempo

(Caetano Veloso)

## **CAPÍTULO I – O OBJETO DA PESQUISA**

### **1. INTRODUÇÃO**

#### **1.1. Apresentação**

Este estudo tem como propósito evidenciar, como as mulheres das camadas médias vivenciaram o processo de dissonância entre o desejo pelo parto vaginal (PV) e a realização da cesariana como desfecho do parto. Partindo-se do pressuposto que essas mulheres são mais bem esclarecidas e têm mais poder de escolha e negociação, e, geralmente manifestam preferência pelo parto vaginal no início da gravidez, colocamos a seguinte questão: por que estão elas se submetendo a cesarianas com tanta frequência? Que fatores subjetivos e objetivos estão influenciando este desfecho?

Para melhor entendimento do objeto da pesquisa consideramos importante situá-lo em minha trajetória profissional, que pode ser entendida como um microcosmo do universo da assistência ao parto e das relações sociais que o perpassam.

Graduei-me em Educação Física em 1979 pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Na faculdade a disciplina de fisioterapia apresentou-me um novo universo de trabalho corporal: o trabalho desenvolvido com gestantes. Assim que me formei, procurei colocar em prática meus aprendizados com as gestantes em uma clínica particular, e já naquela época direcionava o meu trabalho para a questão da saúde e não com a preocupação estética. Essas mulheres pertenciam às camadas médias e tinham oportunidade de frequentar um espaço que oferecia atividade específica e diferenciada durante a gravidez. Nas aulas, além dos exercícios específicos, eu orientava também para o trabalho de parto.

Como retorno dos obstetras, ouvi comentários do tipo ‘as gestantes desse grupo se relacionam melhor com o parto’ e ‘dão menos trabalho’. Esses profissionais, na realidade, estavam percebendo os resultados finais de todo um processo de preparação para um caminho consciente, de autoconhecimento em relação ao parto.

Com objetivo de ampliar o meu trabalho a um maior número de mulheres, procurei um serviço público para que, voluntariamente, pudesse colaborar com as gestantes atendidas por este sistema. Essas mulheres enfrentavam problemas como falta de vagas para o pré-natal e para a realização do parto. Além disso, o pré-natalista quase nunca seria o médico que faria seu parto, fatores que as colocavam em constante estresse. Mesmo oferecendo um serviço voluntário, não consegui num primeiro momento autorização para realizá-lo.

Continuei atuando no setor privado sem, no entanto, desistir de conseguir levar esse trabalho ao serviço público. Em 1996 fiz as minhas primeiras aproximações com a proposta de humanização<sup>1</sup> que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) já vinha implementando na assistência ao parto e nascimento.

Neste mesmo ano participei do Programa de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), coordenado pelo Dr. Hugo Sabatino. Foram meses de muito trabalho e aprendizado. Mas pude também observar a resistência que os outros médicos tinham em relação ao trabalho que o Dr. Sabatino desenvolvia, o que já me alertava para um modelo biomédico cristalizado e sua relação hierarquizada com as mulheres.

O meu interesse pela assistência à mulher, que resultou nessa primeira aproximação com o Programa de Parto Alternativo, redimensionou minha atuação profissional. As observações e a produção científica ao final do período nesse programa reafirmaram a importância de olhar a mulher como sujeito inteiro, corpo e emoção, político e social, e não apenas no campo reprodutivo, como a ideologia de gênero postula: mulher-esposa-mãe.

O entrelaçamento entre essas questões possibilitou-me a crítica e a desconstrução do modelo biomédico e, correlatamente, da mercantilização do corpo/saúde constituído através desse poder. O confronto da cultura feminina (saber popular) versus ciência motivou-me a discutir os paradigmas dessa medicina *medicalizada* e as reais necessidades de sua prática excessiva e normativa.

Ao retornar ao Rio, procurei a SMS propondo implantar um projeto de pesquisa no programa de pré-natal, voltado para a preparação corporal na gravidez. Escolhi a Maternidade Leila Diniz (MLD), pois sabia que ali um trabalho de humanização à assistência ao parto já estava sendo realizado. Houve uma perfeita integração com a equipe interdisciplinar da maternidade. Também em 1998, implantei um projeto de atividade física para gestantes na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Esse trabalho foi coordenado por mim de até 2002, e se estendia ao pré-natal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Todas essas experiências enriqueceram-me pessoal e profissionalmente.

Permaneci três anos como voluntária na MLD. A partir de então, aconteceram outros desdobramentos da minha atuação dentro da SMS, o que representou, para mim, o reconhecimento do meu trabalho.

---

<sup>1</sup> O conceito de humanização do parto, segundo o Ministério da Saúde, pode ser bastante diversificado, envolvendo não só o conhecimento científico, mas práticas e atitudes que proporcionem à gestante/parturiente procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias e preservando sua autonomia e privacidade, valorizando a mulher como protagonista (MS, 2001).

Ao longo dessa trajetória, houve o despertar do meu interesse em produzir trabalhos científicos em várias áreas relacionadas à participação feminina no processo da gravidez, parto e puerpério. Toda esta produção contribuiu significativamente para a divulgação do meu trabalho e para ampliar o olhar crítico sobre a problemática proveniente de um controvertido modelo de assistência perinatal praticado até os dias de hoje.

Desde 2001 estou vinculada à SMS, multiplicando o meu trabalho em diversas unidades junto às gestantes, parturientes e puérperas e na capacitação e atualização dos profissionais da rede.

Todo esse caminho percorrido com as mulheres foi um aprendizado inquestionável que me proporcionou ampliar e consolidar meus conhecimentos e minha atuação profissional, reconduzindo o meu trabalho para as questões não só de gênero como da saúde coletiva.

Como atuo no setor privado com gestantes de camadas médias há 26 anos, acompanhei as mudanças relacionadas à forma de assistência ao pré-natal e ao parto dessas mulheres e pude perceber o quanto é significativa a trajetória ascendente das cesarianas como o tipo de parto prevalente. As mulheres estariam “escolhendo” a cesariana ou estariam sendo “levadas” a escolhê-la? Seria uma imposição, médica e/ou cultural, ou uma ‘opção’?

A motivação para esta pesquisa surgiu por continuar vivenciando com essas mulheres, muito proximamente, a não concretização do desejo manifestado durante a gravidez de terem seus filhos por parto vaginal. A grande maioria acaba realizando uma cesariana como via de parto sem ter certeza da necessidade de sua indicação.

## **1.2. O problema da pesquisa: cesariana em mulheres de camadas médias**

Este estudo tem como questão norteadora a compreensão da diferença entre o desejo<sup>2</sup> das mulheres de classe média em vivenciar o parto vaginal em contraposição à prevalência da cesariana como tipo de parto mais freqüente nas camadas médias (Barros, 1991; Souza, 1994; Potter et al, 2001; Rattner et al, 2002; Souza, 2002; MS/ANS,2004; Marquês, 2005).

As lacunas existentes na investigação sobre a assistência ao parto neste segmento social foi o ponto de partida para buscar o entendimento do que acontece entre o desejo e a realidade no processo da maternidade dessas mulheres (Curry e Menezes, 2006; Zorzetto, 2006; Giffin, 2003; Souza, 2002; Gamble, 2000; Granham, 1999; Carranza, 1994; Faúndes e Cecatti, 1991).

---

<sup>2</sup> desejo entendido como vontade, motivação

Portanto nessa pesquisa, buscaremos elementos que ajudem a compreender essa contradição, visto que essas mulheres pertencem a uma população com menor risco gestacional, maior escolaridade e, supostamente, com mais poder de decisão (Barros, 1986; Rattner, 1996; Marquês, 2005).

Para tal proposição, o nosso objetivo será compreender as diferenças entre o discurso das mulheres em relação ao tipo de parto desejado, a possível influência do discurso médico na sua escolha e a representação que elas constroem, ao longo da gravidez, sobre a experiência do parto. Dentre todas essas questões, estaremos levando em conta a lógica mercantil que orienta a assistência obstétrica no setor privado e que pode estar afetando essas decisões.

De acordo com o referencial conceitual que aqui será adotado, estão associados a esta questão, e relacionados entre si, o processo da medicalização da sociedade, principalmente na área da saúde reprodutiva, e a sua interface com a obstetrícia, as desigualdades sociais e de gênero e os fatores sócio-econômicos e culturais que intervêm nos processos de saúde e doença, dentre os quais a mercantilização da saúde. A abordagem crítica sobre o modelo biomédico estará, portanto, permeando a discussão visando aprofundar as relações entre as intervenções obstétricas e a assistência prestada às mulheres no parto.

Muitos estudos têm revelado a situação alarmante dos altos índices de cesarianas no Brasil e no mundo. Estas taxas apontam para questões que vêm preocupando a Saúde Pública (Sakala, 1993; Dias, 2001).

Análise dos dados internacionais mostra que os índices de cesarianas aumentaram também em diversos países, atingindo 26% nos Estados Unidos; 21,3% na Inglaterra; 23,9% na Irlanda do Norte e 19%, no Canadá (Guise et al, 2005 apud Cury e Menezes, 2006). Este fenômeno sugere que os processos de medicalização iatrogênicos são, hoje, um fenômeno global relacionados à mercantilização da saúde (Silver, 1999).

Em um estudo realizado na América Latina pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os resultados mostram que as mortes pós-parto subiram em 20% com o aumento do número de cesarianas. Dos 97 mil partos analisados, um terço foi realizado por cesariana. Nos hospitais com maior número de cesáreas, foi constatado um índice mais elevado de doenças maternas, mortes e uso de antibióticos após a gravidez (Villar, 2006).

O Ministério da Saúde (MS), através do Sistema de Nascidos Vivos, que registra as condições do parto, da gestante e do recém-nascido, mostra que 41,8% dos partos realizados

no país, em 2004, foram cirúrgicos. O estado de São Paulo apresentou o maior índice (52,6%), seguido de Rondônia (51,5%), e do Rio de Janeiro (51,0%) (MS/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2004).

No Brasil, as taxas de cesariana do setor privado estão entre as mais elevadas do mundo. Dentre os nascimentos ocorridos no setor de saúde suplementar<sup>3</sup>, 79,70% foram por cesáreas. Este dado evidencia o impacto negativo que a elevada taxa de cesarianas encontrada neste segmento provoca nos indicadores nacionais (MS/Agência Nacional de Saúde Suplementar/ANS, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS/ANS, 2004), a cesárea apresenta maior risco de morte que o parto normal. Além disso, também há maiores possibilidades de lesões acidentais, reações à anestesia, infecções e hemorragias das usuárias, e de prematuridade e desconforto respiratório do bebê. Portanto, a cesariana feita de forma indiscriminada pode trazer sérios danos à saúde da mãe e do bebê.

Diante desse cenário, o MS programou lançar, no dia 30 de maio de 2006, uma Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária para conscientizar a população sobre a importância do parto normal. O objetivo é ajudar a desfazer a idéia já cristalizada na sociedade de que o parto cirúrgico é melhor e mais seguro. Infelizmente, por ser um período eleitoral (2006), não foi aprovado o lançamento da campanha neste ano.

Um procedimento que deveria ser a via de nascimento alternativa à impossibilidade do acontecimento natural apresenta, hoje, uma ocorrência absurdamente superior ao índice de 15% recomendado pela OMS, baseado nas evidências científicas que respaldam esta posição (Notzon et. al, 1987; Zheng et. al 1996; Belizan et al, 1999).

Nesse contexto da alta incidência de cesarianas nas mulheres de camadas médias, e à luz das pesquisas já realizadas, é que muitas perguntas surgem, mas ainda estão sem respostas. E é neste campo insuficientemente explorado, segundo diversos autores (Curry e Menezes, 2006; Zorzetto, 2006; Giffin, 2003; Souza, 2002; Gamble, 2000; Granham, 1999; Carranza, 1994; Faúndes e Cecatti, 1991) que esta pesquisa de caráter exploratório pretende contribuir.

---

<sup>3</sup> Lei 9.961/2000 - criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, receita a vinculação ao Ministério da Saúde. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Uma cirurgia, com todos os riscos de um procedimento invasivo, passou a ser significada como ‘normal’, ao passo que o parto normal passou a ser o ‘diferente e anormal’ (Souza, 1994). Onde e como se construiu o discurso de que a mulher deseja, solicita e quer que o parto seja cirúrgico? Isso já é uma ideologia introjetada? Ou uma negociação desigual entre mulheres e médicos? Ou de ambos?

Serão elas as ‘responsáveis’ por essas mudanças na assistência ao parto, que transformam índices aceitáveis de 15% pela OMS em taxas tão elevadas, a ponto de serem caracterizados pela Saúde Pública como uma situação epidêmica?

Como parar essa engrenagem perversa que tem um círculo vicioso que subtrai da mulher o direito de viver a experiência do nascimento pelo parto vaginal, pondo em risco a saúde materna e fetal e sobrecarregando os recursos destinados ao sistema público de assistência à saúde, além do aumento dos custos dos que pagam pelo sistema privado?

Esse complexo universo que envolve a mulher e a vivência da maternidade ainda abarca questões tais como a relação de confiabilidade entre a mulher e o obstetra na decisão pelo tipo de parto que ela deseja. O profissional deveria respeitar a escolha da gestante, salvo em situações de risco gestacional. A realização da cesariana passa a ser a justificativa do médico para aliviar o “sofrimento” vivido pela parturiente durante o processo do parto. Promove-se, então, a intervenção para ‘encurtar’ esse caminho. (Souza, 1994; Voloshko, 1996; Dias 2001).

A falta de estudos sobre a questão das cesarianas nas camadas médias não possibilita visibilidade às possíveis interferências e intervenções vividas pelas mulheres que buscam no setor privado melhor atendimento e mais segurança na realização do parto. Conseqüentemente, mais tranquilidade para vivenciarem plenamente o momento do nascimento de seus filhos.

Nesse sentido, entrelaçando todas as interfaces que alicerçam a completude do tema, buscar-se-á compreender, através dessa pesquisa, o processo de interação entre as mulheres e seus obstetras construído durante o pré-natal, e a possível interferência do profissional no momento do parto. Enfocar as ligações entre as ideologias de gênero e a ideologia médica, onde o poder médico atua na naturalização e na medicalização do corpo feminino, sufocando muitas vezes o ‘desejo’ da mulher (Souza, 1994; Bernhardt, 2001; MS/ANS, 2004; Marquês, 2005).

Dessa forma, o estudo tentará identificar como a construção social (ideológica) dessa ‘cultura da cesariana’ ancorou-se e subjetivou-se em mulheres que utilizam o sistema privado de saúde para terem seus filhos através da perspectiva das próprias mulheres.

No campo das ideologias, parte-se do pressuposto que o sistema médico atualiza estratégias controladoras do corpo e da sexualidade feminina e da conduta medicalizante que tem como objetivo último o controle sobre a reprodução. Apesar da participação feminina na esfera produtiva, a ideologia de gênero ainda reforça o papel da mulher como mãe na construção da identidade social das mulheres, o que deve influenciar sua falta de autonomia na decisão sobre o tipo de parto que deseja (Simões Barbosa, 2001; 2006).

A pesquisa, em última análise, pretende contribuir para reatualizar o debate sobre os direitos reprodutivos, onde as mulheres possam fazer reflexões críticas que as impulsionem na luta por melhores condições de saúde, para que tenham esses direitos respeitados e para se assumirem enquanto sujeitos de suas vidas, inclusive na escolha do tipo de parto que desejam ter.

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo Geral**

Identificar mecanismos subjetivos e objetivos que perpassam o processo de gestação e parto de um grupo de mulheres das camadas médias que influenciam o desfecho da gestação em cesariana.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Compreender os significados subjetivos/simbólicos do parto para as mulheres de camadas médias.
2. Identificar, através da ótica das mulheres de camadas médias, quais situações que influenciaram a mudança do tipo de parto.
3. Compreender a experiência da maternidade para as mulheres de camadas médias, tendo em conta seus atuais contextos de vida.

#### **1.3.3. Justificativa**

Através da compreensão dos mecanismos relacionados à escolha da mulher pelo parto por via vaginal e os limites para a sua concretização, contribuir para o estabelecimento de estratégias que busquem transmutar o panorama atual dos altos índices de cesarianas e dar visibilidade às questões sobre a saúde reprodutiva na perspectiva das mulheres, obscurecidas por conceitos pré-estabelecidos do modelo atual de assistência ao parto. Esta pesquisa pretende ainda oportunizar uma reflexão sobre a necessidade de mudanças na assistência ao parto e a desconstrução do mito de que as mulheres desejam cesariana que envolve a escolha das mulheres de camadas médias sobre o tipo de parto.

## **CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO**

### **2. O PREOCUPANTE CENÁRIO DA CESARIANA**

#### **2.1. Uma revisão bibliográfica sobre a questão cesárea**

Segundo alguns estudos, melhores condições sócio-econômicas estão associadas à determinada prevalência na escolha do tipo de parto (Barros et. al 1991; Jonas et. al 1992). Segundo Osava (1990), as representações do parto são estruturadas pelos sujeitos de acordo com a classe social das mulheres. Para as mulheres das classes populares, o parto estaria mais relacionado a um “ato instintivo”, enquanto para as mulheres das classes mais elevadas, a um “ato cultural”. O parto vaginal estaria fortemente associado à idéia de imprevisibilidade, re-significado como um processo fisiologicamente perigoso. A cesariana, ao contrário, estaria associada predominantemente à idéia de segurança, simbolizada pelo avanço científico e pela evolução das técnicas cirúrgicas.

Na década de 70, as taxas de cesariana começaram a apresentar uma aceleração progressiva em todo mundo, transformando-se numa verdadeira epidemia (Sakala,1993; Dias, 2001; Marquês, 2005). O procedimento cirúrgico para viabilizar o nascimento nas complicações obstétricas que colocassem em risco a vida da mãe e do concepto foi banalizado e utilizado como procedimento seguro, indolor, moderno e potencialmente ideal para toda mulher grávida (Souza, 1994).

No Brasil, a assistência ao parto, também a partir de 1970, começou a sofrer uma mudança drástica. Essa mudança gerou um estudo realizado por antropólogos denominado “A Cultura dos Partos Cesáreos no Brasil” (Berquó, 1999; Fachel, 1991 e Souza, 1994). O trabalho mostrou que a soma de diversos fatores não-médicos que envolvem o nascimento são determinantes no resultado do parto. Esses fatores não biológicos conduzem a um risco aumentado da cesariana.

Isso se confirma no estudo de Cury et. al (2003), onde essas evidências estão envolvidas na ascensão dos índices de cesariana e são ainda mais marcantes nos países em desenvolvimento, onde a “cultura da cesariana” se perpetua como forma de nascer mais segura. Segundo os autores, os aspectos sócio-econômicos, preocupações ético-legais e as características psicológicas, tanto do profissional quanto das mulheres, estão fortemente associados à questão da escolha do tipo de parto.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sinaliza, desde 1985, que apenas 15% dos nascimentos necessitam da realização de cesarianas e que taxas superiores são medicamente injustificáveis (WHO, 1985). Mesmo assim, o aumento da incidência de cesarianas nas últimas décadas tem alcançado números assustadores, sendo este tipo de parto utilizado de forma abusiva e indiscriminadamente (Belizan et. al, 1999).

O mito de que existe uma cultura feminina de preferência pela cesariana no Brasil é contestado num estudo realizado por Potter et. al (2001), mostrando que de 70% a 80% das gestantes, antes do parto, tanto do serviço privado como do público, desejam o parto vaginal.

Em contrapartida, Voloshko (1996) mostra que os médicos justificam os altos índices de cesáreas responsabilizando as próprias mulheres. Segundo eles, as mulheres solicitariam a cesariana por temerem vivenciar o processo do parto, as dores associadas às contrações do trabalho de parto, os possíveis riscos e seqüelas, problemas com a sexualidade, etc., desestimulando, assim, os obstetras a tentarem o parto vaginal.

Um estudo feito por Hopkins (2000) evidenciou a participação dos médicos obstetras como promotores de uma cultura intervencionista. Esse estudo destacou a forma como o profissional médico promove, na parturiente, os medos associados ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses.

Assim, as indicações das cesarianas vão sendo construídas fundamentadas no senso comum das representações e imaginário dos próprios obstetras como melhor e mais segura para as mulheres e seus bebês (Dias, 2001).

Este modelo de parto ganha identidade e banalização na sua indicação e realização. Ganha espaço no cotidiano da assistência obstétrica e na vida das mulheres que, sem informação adequada, se expõem à intervenção.

Desta forma, a cesariana caminha para se transformar num procedimento em via de institucionalizar-se. Sua indicação, além da alternativa nas situações de risco gestacional, está associada à informação inadequada fornecida às gestantes, no comodismo do médico, no despreparo da equipe de saúde, e, principalmente, no medo da dor relacionada ao parto normal (Souza, 2002).

A associação entre maior nível sócio-econômico e cesariana tem sido observada por diversos autores. Quanto maior a renda familiar, maiores as taxas de cesarianas (Barros, 1991; Marquês, 2005). Este fato nos revela uma contradição, visto que as mulheres com essas

condições pertencem a uma população com menor risco gestacional, maior escolaridade e supostamente com mais poder de decisão.

Os índices de cesariana nas maternidades privadas no Brasil são muito elevados atualmente, principalmente nas regiões de maior renda. Existe uma tendência, principalmente dos profissionais médicos, em relacionar esses números ao desejo das mulheres de classe sócio-econômica mais privilegiada de optarem por este tipo de parto desde a confirmação da gravidez ou de solicitá-lo quando da proximidade do nascimento. Vários fatores estariam relacionados a esta escolha, como veremos adiante (Barros, 1986; Faúndes e Cecatti, 1991; Souza, 1994; Rattner, 1996; Voloshko, 1996; Marquês, 2005).

No Rio de Janeiro, Souza (1994) realizou um estudo, no período de 1990 a 1992, no qual entrevistou médicos e mulheres que haviam parido recentemente, com níveis sociais e econômicos diversos, faixa etária entre 22 e 32 anos, como parte, segundo a autora, de um grande projeto de moralização pública.

Para essa autora, as mulheres brasileiras conhecem os potenciais riscos envolvidos no ato cirúrgico da cesárea tanto para a saúde do seu filho como para a sua própria saúde. Mesmo assim, acreditam que o parto normal é doloroso e insuportável e, como via de parto, é ultrapassado. A cesariana, então, seria a norma.

Um movimento, que poderia ser denominado de ‘medicalização dos medos maternos’ foi evidenciado na pesquisa de Souza. Os valores culturais e/ou não científicos são incorporados nos discursos médicos, tornando-os, dessa forma, legítimos. A compreensão do processo de legitimação social da cesariana passa pela cultura preconcebida sobre esse tipo de parto tanto na visão dos médicos quanto na das mulheres (Souza, 1994).

Souza (1994) buscou desvelar a forma pela quais valores culturais referentes à dor do parto vaginal, à imagem corporal feminina e ao fascínio pela tecnologia foram manipulados pela biomedicina a fim de consolidar essa prática dentro da orientação geral da medicina ocidental, em relação à beneficência de “poupar a mulher da dor”.

A cesariana, então, é utilizada com duas justificativas: o medo da dor e como proteção perineal. Existe uma associação da falta de preparo psicológico das parturientes para o enfrentamento das dores relacionadas à contração uterina durante o trabalho de parto. A prevenção ‘aos danos do períneo causados pelo parto vaginal’ estaria resguardando valores relacionados ao potencial sexual feminino, à imagem e estética do corpo e à própria

identidade feminina, principalmente entre as mulheres brasileiras de classes médias (Marquês, 2005).

Existe uma tendência a acreditar que a cesariana seja o tipo de parto idealizado pelas mulheres brasileiras de extrato social superior, com plano de saúde e atendidas no sistema privado. (MS/ANS, 2004).

A imagem da cesariana como uma via de parto segura, eficiente e desejável vai se tornando, gradativamente, uma rotina e passa a fazer parte do universo de todas as mulheres grávidas como o meio ideal para o nascimento de seus filhos. A ascensão dessa prática, surgida dentro de uma classe economicamente privilegiada, foi associada a uma representação cultural positiva da classe dominante, tornando-se símbolo de qualidade e bom atendimento (Souza, 1994).

Para Bernhardt (2001), o grupo de mulheres com poder aquisitivo que solicita cesáreas e consegue seu objetivo reforça os valores atribuídos à superioridade da utilização da tecnologia como forma de poder e status. Isto reflete diretamente nas mulheres com nível econômico mais baixo, que consideram a segurança e a possibilidade de não sentirem as dores do trabalho de parto através da cesariana como algo inacessível. Passam a considerar os partos vaginais demorados, difíceis, sofridos, perigosos e discriminatórios.

Este panorama da assistência obstétrica mobilizou o Ministério da Saúde (MS), em 1997, a promover, em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), uma campanha de esclarecimento sobre os riscos da cesariana desnecessária. A campanha, que tinha como slogan “Natural é o Parto Normal”, foi uma tentativa de evitar a proliferação da idéia que passou a fazer parte da cultura nacional.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, ONGs, profissionais isolados e outros grupos se envolveram no trabalho, que tinha como objetivo transmutar essa realidade. Apesar da falta de integração de forças que promovessem resultados eficientes, existiu uma mobilização (Bernhardt, 2001).

No serviço público, também se observa um aumento das taxas de cesariana, inclusive em maternidades cujo perfil não é de atendimento a parturientes de alto risco (Dias, 2001). Uma situação que envolve também essa questão é a procura das parturientes por uma vaga e pelo atendimento em maternidades superlotadas no setor público e que tem sido denunciada através de diversos estudos, assim como pelos órgãos de comunicação (Jornal O Globo, 09 [p. 16] e 10 [p. 25] de maio de 2006). Essa peregrinação das gestantes pobres gera estresse e

angústia, com reflexos irreparáveis na relação dessas mulheres com o momento do nascimento, aumentando a possibilidade de agravo nas condições materno-fetais pela demora na assistência, o que, muitas vezes, resulta numa cesárea de emergência (Barros, 1986; Rattner, 1996; Marquês, 2005).

Outra questão que também está associada à indicação do parto cirúrgico é a laqueadura tubária. A utilização da cesariana como via de se obter a laqueadura foi descrita, em muitos relatórios, como um fator importante para o aumento das taxas de cesárea no Brasil (Janowitz et. al 1982; Braga 1988; Alencar e Andrade 1993).

No Brasil, esses estudos mostram que as mulheres de classe popular atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são submetidas à cesariana em função da realização da laqueadura tubária imediatamente após o parto. A discriminação social é caracterizada pela falta de escolha dessas mulheres, nas quais a intervenção cirúrgica é feita para legitimar uma segunda intervenção. Janowitz et. al (1984) conduziram um estudo em São Paulo que indica que a cesárea era uma condição necessária para a esterilização no pós-parto por ‘sugestão’ dos médicos.

Os resultados de um outro estudo realizado por Osis (1991) também em São Paulo, mostram que a esterilização entre as mulheres hospitalizadas para a assistência obstétrica depende de seu status sócio-econômico, que aumenta de acordo com a instrução, idade e condições de pagamento para serviços.

Diante desses fatores, podemos observar que as características e especificidades da trajetória existente na preferência por um determinado tipo de parto são socialmente estruturadas e contribuem para influenciar determinados padrões de “escolha”, mesmo que a preferência seja efetivada em caráter individual (Loyola, 1984).

Para Giffin (2003), o tempo de internação e a internação precoce com pouca dilatação aumentam as chances de as mulheres solicitarem a cesariana. Isso é confirmado no estudo realizado por Marquês (2005), que aponta que as taxas de cesárea na internação das mulheres com o trabalho de parto pouco desenvolvido no sistema privado de saúde alcançaram o percentual de 95%. A forma de assistência durante o trabalho de parto parece, segundo Giffin (2003), influenciar no pedido da mulher para conseguir o parto cirúrgico.

O procedimento cirúrgico para viabilizar o nascimento quando da impossibilidade do parto vaginal não é isento de riscos. No Brasil, este procedimento está associado à maior

morbimortalidade materna e infantil quando é relacionado ao parto vaginal (Faúndes e Cecatti, 1991; Villar, 2006).

Existe uma tendência no crescimento das taxas de cesarianas entre as mulheres com maior grau de instrução, e esses números crescem progressivamente conforme aumentam os anos de estudo (BEMFAM, 1996; MS/ANS, 2004).

As chances de intervenção obstétrica, como a cesariana eletiva, são muito maiores em mulheres com melhores condições sócio-econômicas (Barros et. al, 1991; Freitas, 2000). Segundo BEMFAM (1996) os partos cirúrgicos são mais freqüentes nas mulheres com idade superior a 20 anos do que nas adolescentes. Ou seja, na medida em que a idade materna aumenta, o risco é potencialmente maior. Esse tipo de parto também é mais presente entre as mulheres de cor branca (Jonas et. al, 1992).

Os resultados desses estudos demonstraram que a ocorrência da cesariana é maior entre mulheres de baixo risco de complicações obstétricas. Isto reflete o que outros estudos já sugeriram: que os altos índices de cesárea no Brasil estão relacionados aos fatores sócio-culturais, institucionais, econômicos e legais da assistência ao parto (Barros, 1986; Pinotti e Faúndes, 1988; World Development Report, 1993; Souza, 1994; Rattner, 1996; Marques, 2005).

A cesariana, neste contexto social, é tida como uma forma moderna e segura de se ter filhos, principalmente porque, para muitas mulheres, existe a crença de que o parto normal é “potencialmente” mais perigoso. Esses fatos vêm estabelecendo um crescente status à operação cesariana (Notzon et. al, 1987; Zheng et. al 1996).

Pelos estudos já realizados vimos o quanto é necessário ampliar a discussão em torno da excessiva utilização da cesariana como via de nascimento, principalmente nas mulheres de camadas médias, dando voz a esses sujeitos, para que possamos entender a divergência entre o desejo (escolha) manifestado e o que elas obtém realmente na prática.

É preciso refletir como e onde anda a ética, pois se a mulher deseja ter seu filho de parto vaginal e pode ter esse tipo de parto, não tendo nenhuma contra-indicação que o impeça e mesmo assim, o médico indica uma cesariana, há um profundo desrespeito ao direito da mulher, que deve ser abertamente discutido, pois não deve se fazer uma cirurgia desnecessariamente. Ou seja, cesárea por conveniência médica (ou por conveniência do sistema privado de saúde) é uma transgressão ética.

## **2.2. A assistência ao parto**

### **2.2.1. Pegadas históricas: das parteiras à obstetrícia**

”A historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam, e iniciam um processo de acumulação do saber sobre a parturição” (Melo, 1983). As mulheres ajudavam uma as outras nos serviços que o parto requeria, antes da oficialização da obstetrícia como prática médica.

Por um longo período, partejar foi uma tradição exclusivamente feminina. As parteiras, “curiosas”, “matronas”, “comadres”, “aparadeiras”, eram mulheres que, em geral, adquiriram seus conhecimentos a partir da experiência pessoal de seus partos e da prática na assistência e nos cuidados às parturientes (Melo, 1983). A sabedoria e experiência alcançada eram transmitidas a outras mulheres. Esse acervo de conhecimento do corpo feminino e da reprodução era um saber dominado pelas mulheres (Giffin, 1991).

A origem da obstetrícia ocidental moderna aconteceu com a apropriação dos conhecimentos acumulados pelas parteiras. Nas complicações do parto, os médicos ou cirurgiões-barbeiros eram chamados para ajudar, com o objetivo de salvar as vidas das mães. Quando isso não era mais possível, tentavam salvar o feto realizando uma cesárea. Porém, a participação do homem no parto foi pouco frequente até o início da Era Moderna (Osava e Mamede, 1995).

A entrada dos homens, que dominavam o saber científico neste campo de conhecimento e o domínio de novas técnicas desconhecidas pelas parteiras, instaurou o conceito de que é possível controlar o nascimento e a idéia de que o parto era perigoso, justificando a presença imprescindível de um médico. Desde então, esta noção começou a se firmar no imaginário popular.

Alguns autores consideram que a invenção do fórceps alterou o modelo de assistência obstétrica. Este fato influenciou na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem. A possibilidade de intervenção tirou o caráter expectante presente na assistência ao parto, que permitia visualizar “a luta do homem contra a natureza”. Anteriormente à utilização de instrumentos nas complicações do parto, pouco ou nada se podia fazer. (Osava e Mamede, 1995).

Até o século XVIII, os médicos-cirurgiões se envolvem cada vez mais com a prática obstétrica e com a problemática do parto. Ocorrem importantes estudos, avanços técnicos e a operação cesariana em mulheres com vida.

A medicina, marcada pela evolução do conhecimento científico e o aprimoramento da cirurgia, se aproxima definitivamente do parto. O saber popular é sistematizado a partir da acumulação do conhecimento empírico das parteiras, domínio exclusivo das mulheres (Vieira, 2002).

O que ocorreu com a medicalização foi a redefinição do parto - na biomedicina - como inerente e problemático, exigindo a presença do médico e sua ativa intervenção para garantir um bom desfecho. A partir da introdução da obstetrícia como campo da medicina, o parto deixou de ser um processo natural. Essa noção conduziu progressivamente à marginalização das parteiras, afastando-as do pertencimento a esse campo tradicionalmente feminino de atuação.

O progresso da ciência inegavelmente foi responsável pelos avanços da obstetrícia moderna, pelo menos no que se refere à redução significativa das taxas de morbimortalidade materna e fetal (Dossiê Humanização do Parto, 2002).

A imprevisibilidade aparente do parto e de outros processos fisiológicos geraram crenças e costumes para explicá-los e controlá-los. Todas as melhorias alcançadas pela ciência formaram um conjunto de práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, sustentadas pelo modelo biológico-tecnista que considera o parto um evento médico e patológico que precisa ser tratado.

Parir nas sociedades modernas distanciou-se de um processo natural e normal da vida, das transformações e crises que ocorrem naturalmente durante a existência da maioria das mulheres. A parturição tornou-se uma situação clínica, um acontecimento patológico, onde as intervenções passaram a serem ‘necessárias’ (Kitzinger, 1978).

Capra (1982) analisou a origem do modelo biomédico de assistência à saúde a partir das mudanças da física e da astronomia. Segundo ele, o pensamento científico ocidental sofreu forte influência da visão de mundo cartesiana e dos princípios da física newtoniana. A moderna medicina científica constituiu aí suas bases conceituais.

Segundo Davis-Floyd (1992), o desenvolvimento da obstetrícia ocidental foi fortemente influenciado não só pela visão do corpo como máquina, mas também pela aceitação da metáfora do corpo feminino como ‘máquina defeituosa’. Os obstetras foram levados a desenvolver ferramentas e tecnologias para manipular e corrigir os defeitos dos processos perigosos e anormais do nascimento.

Ao analisar a transferência da assistência ao parto para os médicos, Machado (1998) pontua:

*“Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram formados para intervir, resolver casos complicados (...) O parto passou, então, a ser visto como um ato cirúrgico como outro qualquer (...) O normal é confundido com o patológico, a pressa e ansiedade tomam o lugar da calma e da serenidade. A observação atenta dá lugar à intervenção sistemática e desnecessária, na maior parte dos casos” (p.143).*

Essa trajetória desvela como o parto foi apropriado e legitimado pelo saber científico, medicalizado e dominado pelo poder médico. Na continuação dessa jornada vamos percorrer brevemente seu caminho no Brasil.

### **2.2.2. O parto no Brasil**

Até o século XIX, a assistência ao parto no Brasil era realizada por parteiras; apesar da obstetrícia já ser praticada por médicos, ela se restringia, então, a partos complicados e cirúrgicos (Magalhães, 1922 apud Vieira, 2002).

Apesar da oficialização do ensino da obstetrícia nas faculdades de medicina neste mesmo período, esse não era um campo onde os homens atuavam, ficando restrito às parteiras, principalmente na assistência aos partos domiciliares. Com isso, os médicos parteiros se formavam sem a familiarização e sem a experiência prática necessária para partejar e assistir aos partos (Vieira, 2002).

O corpo feminino e o processo de medicalização no Brasil passam a serem discutidos como objeto médico e as condutas adotadas passam a gerar a medicalização excessiva. O discurso médico, já com caráter higienista, transmite à mulher novas ‘responsabilidades’ dentro da família. Esse novo papel passa a valorizar a mulher como esposa e mãe e lhe confere a responsabilidade de dar assistência aos filhos. A mudança reorganiza a mulher dentro do espaço doméstico, proporcionando mais ‘autoridade’ e aumentando suas obrigações (idem).

Nesse processo político e social, estava inserida a condição feminina, a qual era necessário controlar. O poder médico e suas decisões a respeito do corpo da mulher passam a ser soberanos e indiscutíveis.

Como aponta Vieira (2002):

*“Apesar dos conflitos internos no meio médico e da resistência das mulheres, o parto transformou-se em ato médico e as mulheres puderam voltar à tradição de partejar, agora, com novo status, o de médicas. (...) O saber que havia sido expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, que através do poder médico pode exercer o controle social sobre o gênero feminino, em que pese o fato de até recentemente ser essa profissão eminentemente masculina em nossa sociedade.” (p. 58)*

Após a Segunda Guerra Mundial, o parto, no Brasil, foi sendo institucionalizado gradativamente, período no qual normas e rotinas passaram a serem ditadas para o tratamento e comportamento da mulher. Novos conhecimentos e habilidades de diferentes campos da ciência foram incorporados à medicina, diminuindo, de forma significativa, os riscos hospitalares. Todos esses fatos ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando, também, num aumento progressivo de operações cesarianas (Tanaka, 1995).

### **2.2.3. As mudanças no Brasil**

No Brasil, no início dos anos 80, surgiu, durante o processo de redemocratização do país, um amplo movimento pelo direito à saúde que tinha como norte uma Reforma Sanitária. Esse movimento, tendo como matriz teórico-conceitual o campo da saúde coletiva, reconhecia a natureza social da saúde e da doença. O “Movimento Sanitário” como foi chamado, agregava em sua luta pesquisadores, docentes, profissionais de saúde, estudantes, sindicalistas, moradores organizados e grupos de mulheres através do movimento feminista (Costa e Aquino, 2000).

O movimento feminista já lutava pela saúde das mulheres na questão dos direitos reprodutivos, questionando o saber e o poder médico. Fazia críticas à situação dos serviços de saúde e exigia do Estado eficácia no funcionamento desses serviços, buscando incluir na agenda política a discussão de temas como reprodução (Ávila, 1993 apud Simões Barbosa, 2001).

O Ministério da Saúde, atendendo as reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política materno-infantil que ainda orientava a assistência à saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (MS, 1983).

A criação do PAISM, em 1983, como política nacional no contexto da Reforma Sanitária, teve participação do Movimento Feminista Brasileiro. O movimento de mulheres esteve presente na elaboração das diretrizes do PAISM, incorporando concepções de ações educativas através do processo participativo e dialógico que trabalhasse as questões do corpo e da sexualidade nas dimensões sociais, culturais e ideológicas. (Costa e Aquino, 2000, Simões Barbosa, 2001).

Esse programa voltado para as mulheres em todo seu ciclo vital foi considerado um marco histórico nas políticas públicas. O PAISM é considerado um dos programas mais abrangentes e conceitualmente avançados do mundo (Costa e Aquino, 2000, Simões Barbosa, 2001).

A problemática da assistência ao parto, apesar do PAISM, ainda era um 'nó' na área da saúde da mulher. Essa questão mobilizou o Ministério da Saúde a implantar um conjunto de ações que constituíram o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento<sup>4</sup> (PHPN). As características principais do programa são a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, incorporados como diretrizes institucionais. Seu enfoque principal era concentrar esforços buscando reduzir as taxas inaceitáveis de mortalidade materna e perinatal. A estratégia compreendia reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade do atendimento com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos. (MS, 2000).

O MS usou como referência para o PHPN o documento organizado e publicado pela OMS em 1996, com as recomendações baseadas nas evidências científicas sobre a assistência ao parto, distribuindo esse documento a todos os profissionais atuantes no campo da saúde da mulher (WHO, 1996). Essas medidas visam à sintonia entre a assistência praticada em uma medicina baseada em evidências, mas com o olhar de reconhecimento da mulher como condutora do processo, adotando a ética como pressuposto básico na prática profissional.

---

<sup>4</sup> O PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria / GM n. 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto (MS, 2000). <http://www.saude.gov.br/biblioteca/publicacoes/ProgramaHumanizacaodoParto2000>

#### **2.2.4. A proposta de um novo modelo de assistência: o parto humanizado**

O estabelecimento de novas propostas para a melhoria da assistência ao parto faz parte das transformações necessárias que possam garantir à mulher seus direitos e benefícios à sua saúde e o resgate de sua participação central e ativa no evento do nascimento.

*“Na história da medicina ocidental, a conquista do poder por uma elite profissional masculina envolveu uma longa luta que acompanhou o surgimento da abordagem racional e científica da saúde e da cura. O resultado desta luta foi o estabelecimento de uma elite médica quase que exclusivamente masculina e a intrusão da medicina em setores que eram tradicionalmente atendidos por mulheres, como o parto. Essa tendência está sendo agora invertida pelos movimentos das mulheres: elas reconhecem nos aspectos patriarcais da medicina mais uma das manifestações do controle do corpo das mulheres pelos homens, e estabeleceram como um dos objetivos centrais a plena participação das mulheres na assistência à sua própria saúde.” (Capra, 1982, p. 119)*

Contrapondo-se ao modelo biomédico de abordar a gestação e o parto, surgem novas práticas de assistência à mulher no processo do nascimento, resultando em uma tentativa de mudança do paradigma obstétrico. O parto não é mais apenas um evento fisiológico, mas também um processo social (Klaus, 1993).

A partir da década de 80, ocorreu um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, no qual o movimento feminista também se envolveu. A proposta era o reconhecimento dos direitos fundamentais da mãe e da criança, a garantia da qualidade na assistência prestada, e, como resultado, a satisfação da experiência do parto para as mulheres e sua família. Havia uma preocupação crescente em dar lugar a novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade. A proposta também era a sensibilização e estimulação dos profissionais de saúde a repensarem suas práticas, buscando a transformação da realidade no cotidiano do cuidado (Dossiê Humanização, 2002).

Segundo Davis-Floyd (1992), essa proposta de assistência à mulher na gravidez e no parto deve considerar os processos fisiológicos do corpo feminino como saudáveis e seguros. Saúde e doença são reflexos, manifestações do próprio indivíduo, da sua vida cotidiana, sua família e sociedade em que vive.

A assistência humanizada, portanto, deve ser centrada nas necessidades da parturiente. Os sentidos e experiências são importantes e devem ser considerados e respeitados frente às

rotinas, tanto da instituição como dos profissionais. A ciência e a tecnologia devem estar disponíveis para o benefício da mulher, sendo o papel do profissional que assiste ao parto acolher e fortalecer os futuros pais. Os conhecimentos e habilidades desse profissional devem suprir e apoiar as ações e os desejos da mulher e de seu parceiro. (Davis-Floyd, 1992; Dossiê de Humanização, 2002).

Para Burch e Sachs (1999), podemos nos beneficiar do desenvolvimento da ciência moderna para melhorar os indicadores da saúde reprodutiva, mas isso não precisa acontecer às custas do processo natural. Segundo os autores, há mais na experiência do nascimento do que um parto tecnologicamente perfeito.

A avaliação científica das práticas de assistência evidenciou a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenção sobre a fisiologia. Os procedimentos devem ser centrados nas necessidades das parturientes ao invés de organizados em função dos protocolos das instituições, que não consideram a individualidade de cada mulher.

A sistematização de evidências sobre a eficácia e segurança na assistência à mulher foi realizada através da cooperação internacional do grupo de pesquisadores da Cochrane Collaboration<sup>5</sup> e se traduziram em recomendações baseadas em evidências científicas (WHO, 1996).

### **2.2.5. Situação atual da assistência ao parto**

Apesar dos avanços científicos e da moderna tecnologia utilizada na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ainda vivemos uma realidade alarmante no que diz respeito à assistência ao parto.

A proliferação do uso dessas tecnologias com a finalidade de melhorar as condições do parto e preservar a saúde do “binômio mãe-filho” teve seu preço. A construção de um campo de saber que valoriza mais a ciência e a intervenção técnica do que o ser humano se cristaliza no modelo de assistência biologicista/tecnocrático que mantém sua hegemonia.

Por conta dessa situação, a OMS propôs outro modelo de assistência, onde deveria existir ‘razão válida’, realmente obstétrica, para interferir no processo natural do parto. Essa proposta ancorou-se nas avaliações científicas que reprovavam a forma excessiva de utilização dessas práticas intervencionistas (WHO, 1998).

---

<sup>5</sup> A Cochrane Collaboration é uma organização internacional independente e sem fins lucrativos, dedicada a produzir informação exata e atualizada sobre os efeitos da atenção à saúde disponível em todo o mundo.

Segundo Illich e Barros (1976 e 1991 apud Silver 1999), é preocupante quando se reduz a saúde a um objeto de consumo, que através da medicalização transforma a vida e a sexualidade em produtos comercializáveis. Essa mercantilização da saúde expõe os usuários a riscos desnecessários e diminui não só a autonomia como a integridade das pessoas.

Para Silver (1999), a produção e consumo tanto dos serviços quanto das tecnologias sofrem influência dos interesses e das regras do mercado muito mais do que pelos interesses de uma política de saúde. Como aponta a autora:

*“... o caso mais flagrante citado no Brasil há mais de 25 anos (Mello, 1971) é o uso excessivo do parto cesariana. Este procedimento, tão necessário nas verdadeiras emergências obstétricas, tornou-se objeto de lucro e conveniência para hospitais e médicos e símbolo de status social pela população feminina, pese a evidência dos seus riscos maiores quando utilizado sem indicação obstétrica”.* (p.311)

A mesma autora critica exatamente a questão médica, onde nenhum profissional ousaria fazer uma intervenção cirúrgica ‘a pedido’ sem temer o conselho de ética. O caso da cesárea no Brasil é tão naturalizado que é normal a mulher e/ou o médico escolherem a cirurgia como parto mesmo sem real necessidade de fazê-la.

Em resumo, existe um gasto de recursos inapropriado e injustificável, tanto pelo ponto de vista econômico como pela exposição das mulheres a riscos e danos à sua saúde. Isso resulta na má utilização de tecnologias incorporadas pelos sistemas de saúde. O interesse de grupos corporativistas e do complexo médico industrial serve ao crescimento dos lucros na política neoliberal.

As distorções no cenário da saúde aparecem nas condicionalidades que o setor privado oferece e que levam ao excesso da utilização dessas ‘modernidades’ que atendem às classes sociais mais favorecidas. As condições do serviço público, em contrapartida, expressam o acesso restrito a recursos necessários para a população de baixa renda. Esse pano de fundo determina as desigualdades sociais que se instalam no âmbito das políticas de saúde, que penalizam aqueles que certamente mais necessitam de atenção e cuidados.

Apesar de todos os esforços e ações para alcançarmos uma mudança no paradigma da assistência ao parto, buscando humanizar o nascimento, o que se observa é a preservação de condutas e procedimentos ineficazes, que põem em risco a integridade física e emocional das

mulheres e de seus filhos. O preço da melhoria das condições do parto foi a desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto no processo do parto e nascimento.

É importante ainda ressaltar que os serviços de saúde para as mulheres são tradicionalmente voltados para o ciclo gravídico-puerperal, ou seja, principalmente para a reprodução. Se essa abordagem de certa forma favoreceu aumentar o acesso aos serviços essenciais, acabou fragmentando o atendimento à mulher. As mulheres sofrem com a falta de integralidade dos sistemas de saúde, haja visto que as doenças cardiovasculares, acidentes e violência matam mais que a gravidez e o parto, embora as taxas de mortalidade materna no país continuem excessivamente altas (Silver, 1999).

Tanto no Brasil como em outros países, as recomendações da OMS vêm sendo desconsideradas e as condutas que deveriam ser eliminadas, continuam fazendo parte da atuação dos profissionais em grande parte dos serviços de saúde (Dossiê de Humanização, 2002).

Outra discussão relevante que denuncia a situação atual da assistência ao parto relaciona-se ao alarmante índice de mortalidade materna<sup>6</sup> no Brasil e no mundo. Por ano, cerca de 530 mil mulheres no mundo são vitimadas por causa de complicações relacionadas à gravidez ou ao parto, segundo os dados presentes no relatório "Saúde Mundial 2005 - faça valer cada mulher e criança", recém-lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Dia Mundial da Saúde. Todas as análises relativas a esses dados apontam que a imensa maioria desses óbitos é decorrente de causas evitáveis (OPAS/OMS, 2005).

No Brasil, as taxas de morbidade e mortalidade maternas são tão altas que o óbito materno acaba sendo 'naturalizado'. A morte das mulheres durante a gestação ou no parto ainda é vista como provável ou aceitável e acaba sendo introjetada como uma possibilidade de vir a ocorrer, fazendo parte da vivência ou do risco da maternidade (Oliveira, 2006).

Esta situação oculta a dimensão da mortalidade materna no Brasil. Num estudo feito pela pesquisadora Anna Volosko, em 1992, usando uma nova metodologia com um fator de correção mais adequado para análise estatística, verificou, entre mulheres de 10 a 49 anos de idade, residentes numa área do município de São Paulo dotada de hospitais e com uma

---

<sup>6</sup> A mortalidade materna é definida como sendo o óbito de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada ou agravada pela condição gestacional ou ainda por medidas relativas a esta, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (OMS, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; 10ª Revisão. CBCD, São Paulo; 1995).

população basicamente de classe média ou pequena classe média, um registro de 142 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, quando o coeficiente oficial era 3,5 vezes menor (Mendes et al, 2006).

Dentro dessas estatísticas de mortalidade materna e cesárea também encontramos mulheres com curso superior e que, teoricamente, têm mais acesso à informação e estão inseridas numa classe com maiores oportunidades. Isso nos revela que os dados existentes têm obscurecido a realidade dessa tragédia (Mendes et al, 2006).

No IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, em 1984 na Holanda, com participação de representantes brasileiras, o dia 28 de maio foi instituído Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher. Em 1988, foi lançada neste mesmo dia, 28 de maio, a Campanha de Prevenção da Mortalidade Materna, coordenada pela Rede Mundial de Mulheres pelos Direitos Reprodutivos e pela Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e Caribenhas, com envolvimento também da Rede Feminista de Saúde, do Brasil (Cunhary, 2004) .

A luta dos movimentos feministas e de profissionais de saúde comprometidos em garantir os direitos humanos das mulheres trouxe o problema da mortalidade materna para ser discutido na agenda da sociedade e do Estado brasileiro.

A Constituição Federal de 1988, que considera a proteção à maternidade um direito social, não consegue evitar que estas taxas sejam elevadas, principalmente nas regiões mais pobres do país. Isto reforça que os riscos de morte materna incidem de forma desigual sobre as mulheres. Eles aumentam quando existem diferenças entre os diferentes estratos sócio-econômicos, e também quando relacionados a fatores étnicos e culturais, desvelando-se indicador de iniquidades.

Mais uma tentativa de reverter esses índices vem através do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado no dia 8 de março de 2004, Dia Internacional da Mulher. Esse pacto teve como meta reduzir em 15% os atuais índices de mortalidade materna e neonatal (de recém-nascidos) até o fim de 2006 e, em 75%, até 2015.

O que observamos em relação a essa problemática que envolve à assistência à saúde da mulher é o quanto os sistemas de saúde estão sucateados e deteriorados, deixando as usuárias distantes dos seus direitos à equidade, integralidade e universalidade. O PAISM transformou-se num fragmento das políticas públicas e ainda, segundo Simões Barbosa (2006), “um ideal a ser conquistado”. Como aponta a autora:

*“O PAISM, como todo o Sistema Único de Saúde, vem sofrendo com os problemas decorrentes de falta de financiamento que inviabiliza, entre outras questões, ações articuladas e integrais, tanto no que diz respeito à assistência ao ciclo gravídico-puerperal quanto aos problemas de saúde das mulheres, inclusive aqueles não relacionados à esfera reprodutiva.”*  
(P. 6)

Em 28 de maio de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, com objetivo de consolidar avanços e reconhecer/analisar os retrocessos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Foi construída a partir do diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil, respeitando as características da nova política de saúde. Questões como a humanização e a qualidade do atendimento estão inseridas nas diretrizes da atenção à saúde das mulheres (MS, 2004). A nova política é um desafio para sua implantação. Segundo Pedrosa (2005):

*“A mudança de modelo de assistência não depende somente da construção de planos e programas. Faz-se necessária a incorporação dos princípios propostos na prática cotidiana dos serviços, que devem contar com suficientes recursos financeiros e com recursos humanos capacitados a executar esse novo modelo.”* (P. 79)

Neste contexto assistimos a uma ‘fonte inesgotável’ de medidas que reduzem os gastos públicos em saúde, incentivam a crescente privatização deste setor através de um mercado voraz (altamente lucrativo) das políticas neoliberais dentro de um sistema capitalista que trata a saúde como bem de consumo (Almeida, 2000, apud Simões Barbosa, 2006).

Portanto, para alcançar (ou alavancar) as metas de programas como o de Humanização<sup>7</sup> no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e do próprio PAISM será necessário muito mais que propostas, que não sendo postas em práticas re-atualizam as desigualdades que vitimizam a população feminina nos seus direitos básicos à saúde, à dignidade e à cidadania.

O que estamos assistindo hoje é a forma contraditória que a sociedade trata as questões sobre a maternidade. Ao mesmo tempo em que se evoca ideologicamente esse momento como um direito a uma experiência enriquecedora, humanizada e valorizada onde se celebra a geração da vida, podemos ver o outro lado da moeda, onde a maternidade padece da falta de proteção e é negligenciada nessa mesma sociedade.

---

<sup>7</sup> Cf. Simões Barbosa (2006)

Essa negligência não atinge apenas o ciclo grávidico-puerperal, ela tem sua interface nos aspectos assistenciais, econômicos e psicológicos, dentre tantos outros que agravam a vulnerabilidade social da maioria das mulheres brasileiras, que não encontram sequer facilidade de acesso a um serviço de saúde de qualidade, inclusive no pré-natal.

## **CAPÍTULO III - DISCUSSÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA**

### **3. O conceito de gênero**

Nosso estudo adotará o conceito de gênero para a compreensão das relações ideológicas que se constroem entre as mulheres de camadas médias e os seus obstetras durante o processo de gestação e parto.

A maternidade é aqui visualizada como uma experiência fundamental na vida das mulheres. Porém, sua histórica ideologização, ou seja, a idealização do papel materno, está presente e persiste no imaginário social. Portanto, entendemos que as considerações que envolvem essa experiência devem considerar, sobretudo, a escuta das mulheres, tomadas enquanto sujeitos - social, político e de gênero – ancoradas em suas próprias vivências enquanto mulheres e mães, o que inclui considerar as contradições e conflitos entre idealização/ideologização e as reais condições de vida das mulheres (Simões Barbosa, 2001)

O conceito de gênero postula que a posição subalterna das mulheres na maioria das sociedades tem causas sociais, econômicas e políticas, confrontando, assim, as explicações que atribuem ao seu papel biológico na reprodução as causas desta inferioridade. Assim posto, a subalternidade pode ser transformada através da ação política.

Scott (1995) define o gênero como elemento constitutivo de relações sociais baseado nas experiências percebidas entre os sexos, implicando em quatro elementos: *Símbolos* culturalmente disponíveis com representações múltiplas (contraditória); *Conceitos normativos* que colocam em evidência interpretações do sentido dos símbolos e que assumem a forma binária; *Dimensão política* com referência às instituições e organizações sociais; *Identidade subjetiva* como reflexão sobre a construção de identidade de gênero (crítica à psicanálise pela pretensão universal, a-histórica).

Segundo a autora, o gênero seria a primeira forma de relação de poder, o campo onde o poder vai se entrelaçando e articulando. Certamente, o gênero não é o único campo, mas constitui um meio persistente e recorrente que na verdade tem essa significação do poder.

O feminismo surge como um movimento social e político (Louro, 1997; Simões Barbosa, 2001) no início dos anos 60. Contribuiu, junto a outros movimentos libertários da época, para a emergência histórica das mulheres enquanto atores políticos, rompendo com o isolamento doméstico em que estas viviam. O conceito de gênero emerge, então, da reflexão coletiva das mulheres sobre seus corpos, vivências e emoções enquanto mulheres, e da recusa ao determinismo biológico, que se caracteriza pela diferença sexual (Simões Barbosa, 2001).

O movimento feminista alavancou, através da discussão da opressão das mulheres, questionamentos que iam além do corpo e da sexualidade. Essa percepção descortinou outras formas de opressão e exploração articuladas à de gênero, tais como as de classe social e de raça/etnia (Simões Barbosa, 2001; Scott, 1995), sinalizando para as diferenças entre as mulheres.

Neste contexto de lutas sociais, o movimento feminista empreendeu teorias com o intuito de explicar as causas da opressão feminina para, assim, poder transformar essa situação (Simões Barbosa, 2001).

As contribuições trazidas pelos estudos feministas incluíam as experiências pessoais e subjetivas que valorizavam as histórias de vida, a luta pela inserção social e política e a correlata saída das mulheres do âmbito privado/doméstico para a esfera pública, agora como atores políticos. Esses estudos não só pretendiam transformações sociais como também reconstruir a inserção social das mulheres em bases igualitárias. Evidenciar essas questões ampliou a crítica teórica e prática que denunciava as relações de poder e controle social sobre as mulheres (Simões Barbosa, 2001).

Entre outras contribuições, o feminismo trouxe para a arena científica questões que eram, até então, atribuídas à esfera da natureza feminina, portanto, não valorizadas e desqualificadas enquanto objeto de conhecimento pelo campo científico (Romito, 1997 apud Simões Barbosa, 2001).

As críticas feministas centralizaram-se sobre a ciência hegemônica (o paradigma científico legitimado), tomado enquanto instância legitimadora da opressão feminina. A partir daí, o conceito de gênero passa a desconstruir a lógica androcêntrica dessa racionalidade fundamentada no modelo cartesiano, binário e dicotômico, apostando na construção, junto com outros segmentos oprimidos da sociedade, em um novo paradigma alicerçado na dialética, subvertendo, assim, os parâmetros teóricos existentes (Louro, 1997; Giffin, 1999 apud Simões Barbosa, 2001).

Os estudos direcionados a responder as causas de opressão/subordinação das mulheres pretendiam alcançar como resultado a transformação social, alçando a mulher como sujeito do conhecimento e sujeito político.

As questões feministas, inicialmente, tiveram muita afinidade com o marxismo enquanto referência epistemológica e política para a análise das desigualdades sociais comprometida com as transformações almejadas. As feministas introduziram neste campo teórico e prático as desigualdades de gênero, ampliando criticamente o debate sobre as desigualdades sociais (Louro, 1997; Rangel e Sorrentino, 1994; Simões Barbosa, 2001).

Entre 1960 e 1970, o feminismo marxista exerceu grande influência no processo de elaboração das teorias feministas, especialmente introduzindo categorias conceituais que permitiram visibilizar a divisão sexual do trabalho, as relações entre produção e reprodução social e o significado econômico do trabalho doméstico (Giffin, 1999 apud Simões Barbosa, 2001).

A partir da década de 80 ocorre um processo de desvalorização do feminismo marxista como referencial de análise no campo acadêmico em decorrência, entre outras causas, de complexas questões sócio-políticas que não cabe aqui analisar. Mas, mesmo assim, ainda se mantém como referência para alguns segmentos do movimento feminista comprometidos com a luta social contra a exploração capitalista (Simões Barbosa, 2001).

Por que caiu em ‘desgraça’ o referencial teórico marxista, se persistem, e se aprofundam, dentro da sociedade, tantas desigualdades provocadas pela onda capitalista neoliberal?

O avanço das políticas neoliberais enfraqueceu ideologicamente as lutas sociais, refletindo-se na desmobilização desses movimentos, inclusive o feminista. Paralelamente, o poder dominante está, cada vez mais, concentrado nas mãos de pequenos grupos que perpetuam seus lucros às custas da exploração da maioria da humanidade (Hennessy e Ingraham, 1997 apud Simões Barbosa, 2001; Laurell, 2000).

Poderíamos dizer que os efeitos da globalização influenciam a ‘máquina’ (governos, indústrias, mercados, mídia) que mantém e aumenta as desigualdades em todos os segmentos sociais, particularmente nos países dependentes, onde são maiores e mais drásticas as conseqüências sociais e econômicas (Berman, 1997).

Assim, para o referencial do feminismo marxista, a desigualdade de gênero na sociedade está intimamente entrelaçada ao capitalismo, o que se afasta de uma visão que

tende a tomar o gênero enquanto uma questão absoluta. Portanto, a opressão das mulheres não está associada somente às desigualdades de sexo, mas também resultam da interseção com as desigualdades de classe e de raça/etnia, numa ‘alquimia de categorias sociais’ (Castro, 1992)

Brito (2000, apud Simões Barbosa, 2001), ao articular as esferas da produção e da reprodução para explicar as desigualdades de gênero, chama a atenção para a exploração da força de trabalho feminina, através dos baixos salários pagos às mulheres (salários menores para as mesmas ocupações que os homens), para o emprego feminino preferencialmente em segmentos produtivos que exigem baixa qualificação profissional e/ou com vínculos precarizados, a falta de legislação trabalhista que garanta às trabalhadoras alguns direitos, principalmente no terceiro mundo. No presente momento histórico, podemos perceber o quanto os mecanismos de exploração do trabalho feminino são partes do fenômeno da globalização e da imposição da lógica do mercado (Brito, 2000; Laurell, 2000).

Em termos da subsistência familiar, esse efeito é sentido na perda da função do homem como principal sustento econômico, como decorrência, principalmente, do desemprego estrutural, o que provoca a desvalorização da figura masculina do provedor, forçando a crescente e cada vez mais precoce entrada das mulheres no mercado de trabalho para garantir a sobrevivência familiar. O resultado deste processo é visível no aumento das famílias chefiadas por mulheres, na feminização da pobreza e, conseqüentemente, na fragmentação das relações familiares, causadas pelo afastamento da mulher dos cuidados com os filhos menores, pelo acúmulo do trabalho doméstico com o da esfera pública, gerando um círculo vicioso que expõe as mulheres a uma situação social de risco e violência, doenças físicas e emocionais e a todo tipo de desigualdades (Scott, 1995; Louro, 1997; Giffin, 1994).

Essas transformações reverberam nas condições, nos papéis e identidades femininas e masculinas e, através das conexões dialéticas entre produção e reprodução social, apontam para uma ‘*transição de gênero*’ (Giffin, 1994, 2002), onde a inserção da mulher na esfera produtiva e sua participação no mercado de trabalho tornou-se fundamental para garantir a sobrevivência e a manutenção da família. Como aponta esta autora,

*“A ideologia da “nova mulher” que atua no mercado de trabalho remunerado normaliza e legitima a transformação, encobrendo não somente a reprodução da desigualdade de gênero, mas também a das classes sociais” (1994:38).*

Simões Barbosa (2001) reitera que *“esta situação evidencia a distância entre um discurso que idealiza – ideologiza – a ‘conquista de independência’ feminina e a realidade concreta de vida da maioria da população”* (p.85).

### **3.1. O conceito de gênero na análise das altas taxas de cesariana**

O conceito de gênero tomado pela ótica marxista, ao focalizar o objeto desta pesquisa, encampará a discussão crítica sobre o uso abusivo das cesarianas entendendo que este procedimento cirúrgico está implicado em interesses mercantis que, visando aferir lucros, promovem uma mistificação ideológica do nascimento através da naturalização da cesárea, encobrando, assim, mecanismos de dominação e exploração que são reproduzidos pelo saber dominante e legitimado pela ciência médica em relação ao corpo feminino.

Berman (1997) aponta como a “ciência objetiva” baseada na ideologia dualista, amplamente defendida pelos homens da ciência, se sustenta dentro do poderoso sistema capitalista atual, onde a tecnologia desenfreada intensifica as relações de poder e exploração. Os avanços tecnológicos norteiam os ideais éticos da sociedade, modelando a própria vida à máquina de produzir lucros. A cesárea pode ser tomada como um símbolo desse momento.

Observamos, atualmente, que as maternidades privadas, com a conivência de muitos obstetras, transformaram o nascimento em uma linha de produção de cesáreas, como revelam os alarmantes índices de 79,70% partos cirúrgicos, recentemente divulgados pela ANS (MS/ANS, 2004). A cesárea como técnica segura e conveniente para o discurso médico é, assim, ‘apresentada’ às mulheres como a melhor opção para todos - médico, gestante e bebê-, independente das conseqüências que possa ter seu uso indiscriminado. A cirurgia como via de parto é um evento mais lucrativo, sendo um ‘produto’ oferecido e valorizado no mercado da saúde.

A ciência apresenta-se como fonte inesgotável de conhecimento que postula e respalda as ações que servem a um sistema produtivo e a um mercado lucrativo; para se manter e se justificar, re-significa a cesárea como forma natural de nascer, abusando do uso da tecnologia sobre os corpos femininos, mesmo que sem justificativas consistentes o que, segundo Berman (1997), *“serve para justificar o domínio de uma elite de poder “naturalmente superior” – e da ciência que está a seu serviço”* (p.271).

Dentro da lógica mercantil, existe uma coerência que a sustenta: o ato cirúrgico representa menor tempo gasto quando comparado ao acompanhamento do trabalho de parto,

que pode levar muitas horas. O que significa a possibilidade de mais produtividade do que os partos vaginais, com melhor resultado financeiro, menor desgaste físico e emocional para o obstetra, na medida em que a cesárea elimina, inclusive, as “surpresas” que podem ocorrer durante a evolução do parto vaginal.

Porém, é importante destacar que os ‘oprimidos’ em geral não são passivos. Se as mulheres estão se submetendo às cesarianas, é importante compreender suas razões e também captar suas estratégias de resistência a esta intervenção. Como postula Anyon (1990), os grupos dominados são capazes de conquistar espaços e oferecer resistência, mesmo que não explícita, à opressão e ao poder de dominação.

Foi através de um movimento de resistência coletivo organizado pela Rede Parto do Princípio<sup>8</sup>, que empreende uma ação contra a Banalização das Cesarianas no Brasil, que as mulheres fizeram, em 2006, uma denúncia ao Ministério Público sobre a ‘indústria de partos’, acusando os médicos de corporativismo e a ANS de ineficiência na regulamentação e fiscalização do sistema de atendimento ao parto no setor de saúde suplementar.

Outros aspectos da ciência e da tecnologia estão também envolvidos no comércio do parto. Como enfatiza Berman (1997), o conhecimento gera condições de ‘poder’ utilizando a ciência e a tecnologia como ferramenta para dominação, controle e manutenção desse poder. Essa questão pode ser claramente visualizada através do uso abusivo do diagnóstico por imagem, a ultra-sonografia, no período da gestação.

O exame, representado como uma condição de segurança e, portanto, muitas vezes solicitado pelas próprias mulheres, abre caminho para o “controle médico” sobre os corpos grávidos e pode terminar sendo usado como recurso para as intervenções/medicalizações e mesmo para justificar e promover as cesáreas. O conhecimento dessa tecnologia está sob domínio médico que pode, para sua conveniência, decidir sobre os procedimentos sem levar em consideração a ética e sem entrar no mérito econômico-mercantil da questão.

Esses mecanismos de dominação, que ditam regras e controlam, contribuem para a preservação das normas e dos comportamentos dos sujeitos de uma sociedade que incorpora o

---

<sup>8</sup> É uma rede formada essencialmente por mulheres, que reúne mais de 200 ativistas do parto normal em 16 estados do país e o Distrito Federal. O objetivo principal é a retomada pela mulher do protagonismo de seus processos de gestação, parto e pós-parto e buscar resgatar seu direito e sua capacidade de tomar para si as decisões a respeito de seus corpos, de sua saúde, de suas vivências.

modelo hegemônico de um grupo/minoria privilegiada. As mudanças sociais só ocorrem a partir da ação política dos movimentos sociais organizados (Berman, 1997).

A ciência reflete as contradições de uma sociedade; portanto, pensar numa ciência a serviço do bem-estar humano exige um outro paradigma onde o conhecimento não seja manipulado ou apropriado pelos interesses dominantes. Esta pesquisa pretende contribuir para isso.

Tendo em vista que esta pesquisa trata do ‘corpo grávido’, discutiremos, a seguir, a concepção de corpo em sua dimensão social, utilizando, para tal, o referencial de gênero.

### **3.2. O desejo materno e suas variáveis**

As formas como a maternidade é representada variam em função da época e contexto, respondendo a interesses econômicos, demográficos, políticos, etc.

Portanto, cada mulher vive a gravidez e o parto impregnada por concepções históricas, científicas e sociais relacionadas ao corpo feminino e ao papel social da mulher que, internalizadas, se expressam no evento do nascimento.

A partir da ascensão da obstetrícia, a gravidez e o parto são cercados de regras e proibições e a relação com o sistema médico faz com que o fenômeno biológico (fisiológico) seja cada vez mais percebido como momento de fragilidade e risco (Xavier et. al, 1989).

O desejo pelo tipo de parto entre as mulheres das diversas classes sociais tem gerado polêmica pela sua complexidade. Esse tema, que envolve a existência de um conceito prévio sobre a “cultura da cesariana”, não conhece a verdadeira dimensão do problema, o que, ao longo desse estudo e através de seus resultados, tentaremos desvelar.

No Brasil, as diferenças sócio-econômicas, geográfico-territoriais, a faixa etária e a etnia são formas de desigualdades que representam fatores potencialmente de risco para a cesariana (Barros et. al, 1991; BEMFAM, 1996; Freitas, apud Marquês 2005). Essas diferenças também estão associadas a um aumento desse risco em diversos países (Sakala, 1993; Shearer, 1993).

A luta feminista pelos direitos igualitários promoveu nas mulheres aspirações por maior independência, autonomia e liberdade. No entanto, a preservação da família continuou a requerê-las tanto no mercado de trabalho como em seus papéis de gênero tradicionais, em suas funções domésticas e agregadoras, permeadas pela tendência crescente de competição e

desagregação do mundo atual (Simões Barbosa, 2001). A maternidade, e as condições concretas para exercê-la estão, portanto, em estreita relação com esse contexto sócio-político mais amplo.

A associação de toda essa problemática traz à cena as contradições que envolvem os sujeitos desse estudo na questão da assistência ao parto no sistema privado. A sobrecarga de trabalho gerada pela pressão econômica do capitalismo tem reflexos nas suas vidas, mesmo quando em melhor situação sócio-econômica se comparada a das mulheres das classes populares.

Apesar de contarem com infra-estrutura de vida mais favorável e terem profissões que dão mais autonomia e poder de decisão, a população feminina aqui representada pela classe média vem acumulando um processo de desgaste acarretado pelo somatório das responsabilidades na esfera pública e familiar. Além disso, muitas convivem com a realidade do trabalho precarizado e sem garantias legais. As mulheres continuam submetidas e subjugadas pelas múltiplas desigualdades que compõem o cenário de suas vidas, onde a experiência do parto está ancorada diretamente à dimensão da cidadania. Toda essa situação vai estar associada à questão da gestação e, conseqüentemente, na escolha do tipo de parto e na vivência da maternidade.

### **3.3. O caminho metodológico**

#### **3.3.1. A pesquisa qualitativa**

A pesquisa qualitativa é, de alguma forma, um relato de uma longa viagem, que ancora o olhar do pesquisador em lugares a serem desvendados. Essa jornada ao interior de um campo de conhecimento, mesmo que já visitado, torna ainda mais instigante a possibilidade de (re)elaborar a forma de olhar e pensar que possa ser problematizada, de procurar o novo, da nova experiência e do novo conhecimento. Abre caminhos para fontes inesgotáveis de construção de novos cenários.

Na abordagem qualitativa, o processo da pesquisa não objetiva apenas a interpretação simplista da leitura dos dados e das informações, mas, especialmente, conduzir o pesquisador a ler nas entrelinhas, ser capaz de reconhecer as estruturas invisíveis do pensamento que organizam o discurso/depoimento dos entrevistados.

Somente diante do próprio material processado durante a pesquisa é que temos a idéia da dimensão real da complexidade que teremos que dar conta (Cardoso, 1986; Becker, 1997).

É necessário mergulhar profunda e analiticamente, buscando os alicerces textuais onde irão se ancorar as interpretações e explicações que condensarão os problemas e as questões que motivaram a aproximação com o objeto da pesquisa e da investigação (Chizzoti, 1995), reconhecendo os atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas.

As muitas leituras do material integrante do cenário da pesquisa se entrelaçam aos depoimentos coletados, resultando no processo de elaboração das categorias que geram o encontro da teoria com os dados empíricos. Segundo Minayo (2002), a interpretação é, em si, a base da própria ação da pesquisa qualitativa, presente em todo processo, constituindo-se como parte essencial no exercício da análise das informações. Assim, fragmentos dos discursos, trechos das entrevistas, expressões recorrentes e significativas farão parte da construção das hipóteses e reflexões onde serão levantadas dúvidas ou a reafirmação das convicções (Becker, 1997; Brandão, 2000).

Observa-se, nessa etapa da pesquisa, assim como em todas as outras, que é preciso ter olhar e sensibilidade articulados e fundamentados pela teoria, interagindo com os conceitos eleitos e que irão orientar o percurso da produção de conhecimento.

Em nosso estudo, apreendemos, então, esses elementos fundamentais para a compreensão da complexidade das representações imersas num movimento dinâmico de relação entre o que os sujeitos pensam e o contexto da vida social que influencia essas representações. Na visão de Minayo, (1996) à medida que as representações “se reproduzem e se modificam a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos”, apresentam “elementos tanto da dominação como da resistência, tanto das contradições e conflitos como do conformismo”.

A análise qualitativa busca apreender em profundidade os significados e as relações sociais que conformam a prática dos atores/atrizes sociais, numa perspectiva dialética, que focaliza a relação indivíduo e sociedade, estruturas e sujeitos (Haguete, 1987; Chizzoti, 1995).

Essa metodologia representa uma colaboração potencial para as ações desenvolvidas na área da saúde reprodutiva porque favorece a análise dos significados e valores socialmente construídos e de valores presentes relacionados às experiências das próprias mulheres. Promove assim, a compreensão do imaginário que alicerça tais comportamentos e práticas no universo da saúde da mulher, proporcionando uma visão ampla de todos os processos implícitos.

Neste sentido, esta pesquisa procurou desvendar o controvertido caminho entre o desejo de ter um parto vaginal, expresso pelas mulheres ao longo da gestação, e o resultado do parto em uma cesariana. Para tanto, a metodologia qualitativa foi o alicerce para a interpretação das representações contidas neste paradoxo atual da assistência ao parto.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem qualitativa, que trabalha com a dimensão subjetiva, tem como universo investigativo os significados, os motivos, as aspirações, as crenças, os valores e atitudes expressos através da fala (Minayo, 1995). É a compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais o que move, portanto, o processo de conhecimento no campo das Ciências Humanas, tendo como pressuposto, de acordo com Minayo (1996), que as:

*“Sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis, visão de mundo, são provisórios e passageiros, estão em constante dinamismo, e potencialmente tudo pode ser transformado”*. (p.20)

Os processos de subjetivação relacionados à problemática do alto índice de cesarianas em mulheres de camadas médias constituem o campo temático de nossa investigação. Levamos em consideração também a relação intrínseca com o jogo de interesse da lógica mercantil do processo de elaboração do parto durante o pré-natal (do ponto de vista da relação gestante/obstetra).

Contextualizamos esse momento na vida das mulheres em interface com suas relações sociais, que incluem as relações familiares e as relações de trabalho, já que grande parte delas está inserida no mercado de trabalho e, portanto, convivem com uma diversidade de situações que interferem tanto objetiva como subjetivamente no percurso da gestação, influenciando o processo gestacional e o parto.

### **3.3.2. Pela ótica do materialismo histórico e dialético**

Para entender melhor as contradições que essas mulheres estão vivendo por escolherem terem seus filhos pelo parto vaginal e não conseguirem concretizar esse desejo (na medida em que a maioria tem como desfecho uma cesárea), buscamos na dialética o caminho metodológico para compreender esses processos. Esse referencial teórico procura evidenciar as contradições da realidade social entendidas no curso do desenvolvimento histórico.

Para Heráclito, filósofo grego considerado ‘pai’ da dialética, a conversa existe somente entre os diferentes. Não é a concórdia que conduz ao diálogo, mas sim a divergência. Desta forma, Heráclito insiste na luta dos contrários no mundo da natureza, luta essencial para o surgimento da harmonia. (Novelli e Pires, 1996; Engels, 1976).

Marx utilizou o método dialético para explicar as mudanças importantes ocorridas na história da humanidade através dos tempos. Ao estudar determinado acontecimento histórico, ele procurava seus elementos contraditórios, buscando encontrar aqueles responsáveis pela sua transformação num novo fato, dando continuidade ao processo histórico (Harnecker, 1983).

A lógica dialética se contrapõe à lógica dualista da ciência. A dialética sempre foi combatida pela lógica formal dualista que vê o mundo estático e as coisas e fatos se opondo mecanicamente umas às outras. Essa dualidade foi constitutiva da cosmovisão da ciência moderna (Berman, 1997). A dialética nos mostra que transformamos o mundo através de nossas ações e, simultaneamente, somos por ele transformados.

O materialismo dialético postula que nossa consciência é o resultado de uma interação que envolve conhecimento e ação. Não somos passivamente ‘impressionados’, nós estamos agindo e interagindo sempre como seres ativos. Assim, o conhecimento resulta da interação sujeito/objeto, que se influenciam mutuamente. A realidade não é percebida apenas objetivamente, mas também subjetivamente através de envolvimento, conceitualização e ação (Harnecker, 1983; Berman, 1997).

Nesta pesquisa, este referencial é utilizado para abordar e compreender um fenômeno humano – o processo de gestação e nascimento – que se encontra enredado em complexas teias de determinações sócio-históricas que perpassam desde os interesses econômicos e políticos até a subjetividade que envolve tanto a vivência deste processo pelas mulheres, considerando-se as diferenças de classe social entre elas, até as sutis relações de poder que se instalam na relação de gestantes e profissionais de saúde que as assistem, particularmente os médicos.

Nesse sentido, nossa pesquisa alicerçou na abordagem do materialismo histórico e dialético, matriz epistêmica utilizada desde o início da trajetória para qualificação do mestrado, a perspectiva crítica que revela a historicidade do fenômeno estudado e suas relações em nível mais amplo.

Assim sendo, a concepção dialética nos norteia nos diálogos com os diversos referenciais teóricos que buscamos para situar onde se encontra o problema dentro desse contexto complexo, que é o universo da assistência ao parto no sistema privado de saúde e o alto índice de cesarianas entre as mulheres das camadas médias no Rio de Janeiro.

Dentro do contexto que abarcam as questões relacionadas à escolha da mulher sobre o tipo de parto e a atual situação da cesariana, evidenciam-se vários fatores que interagem para que uma intervenção cirúrgica venha se perpetuando (ou se modificando) como um processo ‘naturalizado’ (ou ‘ideologizado’).

O medo, a insegurança, o desconhecimento, a pressão social e familiar, a conveniência (ou a conivência) médica relacionada aos interesses do mercado são situações que, em conjunto, colaboram para a subordinação e sujeição das mulheres, muitas vezes interferindo na experiência do parto. Ou seja, a maioria das mulheres que deseja um parto vaginal não consegue esse objetivo, particularmente no setor privado. (Faúndes e Cecatti, 1991; Hopkins, 2000, Potter, 2001; Cury e Menezes, 2006)

Desse modo, podemos entender como a forma de parir que, historicamente pertencia ao universo feminino e ao ambiente familiar, foi se transformando numa assistência restrita ao hospital. Essa forma tecnicista de assistir ao parto, fortemente influenciada pela medicina, cada vez mais intervencionista e medicalizada, conserva, mesmo assim, resquícios das formas naturais de nascer. Isso mostra como mesmo os modelos que estão se esgotando buscam resgatar elementos de modelos anteriores (não casualmente, assiste-se, nos países centrais, a uma retomada do parto domiciliar, com a presença da parteira, etc).

Isso é percebido pelo movimento de mulheres (Amigas do Parto, REHUNA, Parto do Princípio, Amigas do Peito, etc) que lutam contra o uso abusivo das cesarianas no setor privado e que pretende devolver às mulheres o protagonismo no parto. Podemos dizer que essas memórias nos corpos (registro corporal) estão adormecidas, mas vivas, e num determinado momento, elas se manifestam, primeiramente no plano individual e, posteriormente, enquanto consciência coletiva.

Na dialética, segundo Berman (1997), “tensões contrárias se desenvolvem, se intensificam, alcançando um estágio de crise, em que esse novo estado é ele próprio negado. A natureza de estados sucessivos não é acidental; é derivada de lutas passadas”. Isso, no nosso ponto de vista, é exatamente o que está ocorrendo hoje com a cesariana. Há uma crise (ética e/ou moral) que é desvelada e fundamentada nas taxas elevadíssimas de cesáreas

ocorridas nas camadas médias e, contestando esta questão, grupos de mulheres estão se indignando e protestando a ponto de se unirem num manifesto sobre a ‘indústria de partos’, entregue pela Rede Parto do Princípio ao Ministério Público em 2006.

Assim, as experiências individuais das mulheres se transformam em coletivas e, dialeticamente, a partir desse encontro, elas compartilham seus dilemas, rompem o silêncio e a privacidade e, através de múltiplas vozes, questionam as contradições contidas neste processo e se organizam num movimento coletivo que busca transformar essa situação.

Portanto, encontramos nas palavras de Simões Barbosa (2001) argumentos importantes a favor do marxismo e que fortalecem os subsídios que norteiam o percurso metodológico proposto:

*“Esse sistema filosófico, epistemológico, ontológico e político - que pretende conhecer para transformar e que transforma conhecendo – confronta e questiona radicalmente a visão dominante de ciência e de conhecimento oriundas do idealismo, do mecanicismo e do positivismo: não existem idéias ‘em si’, conhecimento ‘puro’, verdades universais, objetivas, neutras, atemporais. Essas representações da verdade são ideológicas, ou seja, pretendem legitimar e manter sistemas sociais que se apóiam na exploração da maior parte da humanidade para assegurar o privilégio de uma elite dominante” (p. 43)*

As mulheres que foram sujeitos desta pesquisa, embora pertençam às camadas médias e, como decorrência, desfrutem de certas vantagens materiais, também vivem suas contradições de gênero. Os paradoxos entre as esferas reprodutiva e produtiva implicam, entre outros, na necessidade de gerar renda para a subsistência familiar, no acúmulo de trabalho, na insegurança relativa ao emprego, na exigência de constante qualificação profissional, etc, o que pode se conflitar com suas auto-exigências de um bom desempenho enquanto mães ou, por exemplo, determinar seu retorno precoce ao trabalho pelo receio de perder o emprego.

Estas questões foram consideradas para contextualizar o processo de gestação e parto, por entendermos que elas estão dialeticamente entrelaçadas e influenciando-se mutuamente.

### 3.3.3. Considerações sobre as técnicas de pesquisa

#### A entrevista

A entrevista foi a técnica escolhida por considerarmos o instrumento mais apropriado ao propósito do estudo, pois permite ao sujeito estudado a oportunidade de se pronunciar, de forma aberta e confidencial, sobre a temática em questão (Minayo, 1996).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a entrevista caracteriza-se como instrumento de investigação científica importante por possibilitar a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo. O entrevistador com esse instrumento pretende elucidar as informações pertinentes a seu objeto (Minayo, 1996).

O pesquisador deve fazer-se, às vezes, de ‘parteiro’, assistindo e/ou ajudando o pesquisado a dar seu depoimento, deixando-o livre para expressar sua verdade. A entrevista é um exercício espiritual, onde o pesquisador acolhe os problemas do pesquisado como se fossem seus. É olhar o outro e se colocar no seu lugar (Bourdieu, 1999).

É preciso lembrar que geralmente os pesquisados aproveitam o momento da entrevista para se fazer ouvir, levar para os outros a sua experiência. Muitas vezes, ela se torna uma ocasião para eles verbalizarem e se explicarem, desabafarem e construírem seu próprio ponto de vista sobre eles mesmos e sobre o mundo.

Enfrentamos muitas vezes, durante os depoimentos, discursos densos, intensos, dolorosos e repletos de emoção, verdadeiras catarses, que parecem provocar um certo alívio ao informante. Segundo Bourdieu (1999), o alívio vem por poder falar e, ao mesmo tempo, poder refletir sobre o assunto que talvez os oprimisse. Assim, a entrevista pode ser considerada uma auto-análise provocada e acompanhada.

A entrevista semi-estruturada, enquanto técnica de pesquisa, pretende apreender principalmente os dados ‘subjetivos’, ou seja, aqueles que se referem às atitudes, valores, opiniões e vivências dos atores sociais. Este tipo de entrevista focaliza um ou mais temas que orientam o entrevistado, embora o deixem livre para se expressar (Minayo, 1996; Simões Barbosa, 2001).

Ao solicitarmos às mulheres entrevistadas<sup>9</sup> que relatassem suas histórias e seus atuais contextos de vida, pretendíamos captar sua experiência vivida, trazendo à tona suas trajetórias sociais e de gênero (entrelaçadas). Segundo Minayo (1992), a fala pode ser capaz de

---

<sup>9</sup> Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – parecer 82/2007, processo 01/2007.

transmitir as representações de um grupo, em determinado contexto cultural e sócio-econômico.

Através da utilização desse instrumento, buscamos desvendar os possíveis significados da cesariana na experiência das mulheres de camadas médias que expressaram, durante a gestação, desejo pelo parto vaginal, assim como compreender o reflexo e os impactos que essa intervenção teve na vivência da maternidade.

### **A observação participante**

Historicamente, as investigações de natureza qualitativa têm privilegiado a observação participante ou a entrevista individual como principais opções metodológicas. Porém, como ilustra Morgan (1997), há sempre a possibilidade de conciliação entre alternativas metodológicas, sendo que uma pode suprir a deficiência da outra e se beneficiar de suas virtudes.

Segundo Mason (1998), a observação participante é um método de geração de dados, que pressupõe a imersão do pesquisador em um quadro ou cena da pesquisa e, onde sistematicamente, observa-se dimensões, interações, relações, ações e eventos dessa cena.

Tal posição baseia-se na premissa de que esse tipo de situação que envolve interações revela dados e possibilita ao pesquisador ser não só um observador, mas também um experienciador, um participante e um intérprete desses dados. Isso pode propiciar a ele uma posição de 'conhecedor' das particularidades da situação (Mason, 1998).

Lakatos e Marconi (1991) afirmam que a observação participante está diretamente relacionada com a participação real do investigador na comunidade ou grupo. A observação participativa é um processo específico que equivale a algo mais do que simplesmente "olhar".

Essa técnica é, então, um modo especial de observação no qual o pesquisador não é meramente um observador passivo. Este pode ter uma variedade de papéis dentro de uma situação em um estudo de caso e pode, inclusive, participar dos eventos que estão sendo estudados (Thiollent, 1984).

A inserção da observação participante veio, então, complementar os dados colhidos através das entrevistas, evidenciando a riqueza que as diversas ferramentas de abordagem do método qualitativo oferecem e que facilitam o processo de análise.

A conciliação dessas técnicas possibilitou internalizar os pontos de ancoragem necessários para entrelaçar as falas das mulheres nesses dois diferentes momentos: nos grupos, durante as reuniões das AP, e nas entrevistas individuais. As duas técnicas de coleta de dados foram aliadas essenciais a todo o processo metodológico. Essa aliança permitiu focalizar o objeto de estudo sob vários ângulos, ampliando o enfoque teórico e construindo a produção do conhecimento.

## **CAPÍTULO 4 – OS DADOS DA PESQUISA**

### **4. Apresentação do campo - As Amigas do Peito**

O campo escolhido para o desenvolvimento de nosso estudo foi o grupo de apoio à amamentação denominado Amigas do Peito (AP). Essa escolha se deu ancorada no interesse em estudar os segmentos médios da população feminina que, a despeito da escolha pelo parto vaginal, realizou uma cesariana como desfecho da gestação. Levamos em consideração que as mulheres que freqüentam as AP, em sua maioria, pertencem a esse segmento social. Portanto, presume-se que a proposta deste grupo corresponde preferencialmente às necessidades e anseios (simbólicos e concretos) de mulheres das camadas médias. Nesse sentido, as AP se mostraram um campo propício para a captação daquelas que seriam os sujeitos de nosso estudo, composto por mães com acesso a bens de consumo e à informação, brancas em sua maioria e que vivem com seus companheiros legalmente, possuindo nível superior de escolaridade e trabalho formal remunerado, além de situação econômica estável apresentadas adiante.

O Grupo de Mães AP surgiu em 1980, por iniciativa da atriz Bíbi Vogel, que se uniu a outras mulheres com objetivo de apoiar o aleitamento materno ([www.amigasdopeito.org.br](http://www.amigasdopeito.org.br), 2007). Trata-se de uma ONG sem fins lucrativos, formada predominantemente por mulheres de classe média, de profissões distintas e que acreditam na importância da amamentação. Os 28 anos de sua história vêm sendo possível graças ao trabalho voluntário de mães, pais, familiares e amigos. A ONG busca recuperar a prática da amamentação, que sofreu um considerável declínio no Brasil e no mundo a partir da década de 1970, (como um dado cultural feminino perdido) em decorrência da diminuição do incentivo a esta prática, da inserção da mulher em um mercado de trabalho voraz e da propaganda de alimentação infantil artificial. Portanto, o objetivo das AP é promover, apoiar, incentivar e proteger a

amamentação junto às gestantes, mães e também a suas famílias (Venâncio, 1998; SMS/RJ, 2001; [www.amigasdopeito.org.br](http://www.amigasdopeito.org.br)).

O grupo cumpre sua função por meio de reuniões, que se caracterizam pela informalidade, onde as experiências vividas são o ponto principal dos encontros. Através da cooperação mútua entre as mulheres, o espaço propicia o surgimento natural das necessidades das mães e gestantes para que, assim, possam ser trabalhadas. A dinâmica ocorre em grupos, cada um possui uma ou duas coordenadoras que tiveram uma experiência bem sucedida na amamentação, ou mães que procuraram apoio nas AP durante o aleitamento e, mais tarde, tornaram-se voluntárias. As participantes são estimuladas a falar pelas coordenadoras que, através do relato de suas próprias experiências, as ajudam e apóiam, não só na questão do aleitamento materno, como em todos os aspectos que permeiam o ajuste ao início da maternidade. Esse espaço de escuta é respeitado e as interferências são feitas de acordo com a necessidade de acrescentar ou esclarecer alguma informação importante. Outros familiares podem compartilhar essas experimentações e se fortalecerem com o envolvimento no Grupo das AP, onde atuam aproximadamente 30 voluntárias que se dividem e revezam nas tarefas de coordenação, assessoria de imprensa, secretaria da sede, e no atendimento do disque-amamentação ([www.portaldovoluntario.org.br](http://www.portaldovoluntario.org.br),2005).

As reuniões acontecem somente no Rio de Janeiro, mas as AP possuem um sistema de atendimento telefônico (disque-amamentação) que pode esclarecer dúvidas em todo o Brasil, além do serviço pela Internet ([www.amigasdopeito.org.br](http://www.amigasdopeito.org.br)). Os bairros onde acontecem os encontros são Botafogo, Tijuca, Catete, Gávea e Niterói, em locais fixos e públicos. O número de participantes é variável e, independente do quantitativo de presentes aos encontros, estes sempre se concretizam.

#### **4.1. A entrada no Campo**

Procurei duas coordenadoras das AP, conhecidas militantes dos movimentos pelo parto e nascimento, para solicitar a permissão para participar dos encontros e captar minhas informantes. Obtive autorização e total apoio para frequentar as reuniões do Grupo e realizar minha pesquisa. Todas as coordenadoras de todos os Grupos me acolheram e me incentivaram no começo desse caminhar no campo a ser explorado. Ficaram também muito interessadas no objeto da pesquisa e, baseadas em suas experiências, me informaram que muitas mulheres que participam dos encontros reverberam suas vivências negativas do parto e que certamente eu

teria muitas histórias para ouvir. Comecei a participar, então, das reuniões, com objetivo de conhecer melhor o campo e recrutar as possíveis informantes.

## **4.2. – A observação participante**

### **4.2.1 - Explorando o campo**

Nos desafios da pesquisa, já no campo onde pretendíamos encontrar nossas possíveis entrevistadas, tentamos apreender a realidade complexa e as várias vozes dessas mulheres que constituíam o mundo social que desejávamos investigar.

Durante a exploração do campo, me dei conta de como a minha posição nos grupos, em busca de minhas informantes, me colocava em uma situação privilegiada como observadora. Nesse período em que frequentei os encontros produzi relatórios, verdadeiros diários de campo, que reproduziam as vivências e as trocas de experiências entre as mulheres participantes e seus acompanhantes.

Integrei-me aos grupos e compartilhei esses momentos para melhor conhecer a realidade de vida das mulheres das camadas médias no momento de seu pós-parto. Não estava prevista a utilização dessa técnica - observação participante - na trajetória inicial do mestrado e no processo da qualificação. Mas, como os relatos resultaram em um material importante para o entendimento das questões relacionadas ao foco e ao objeto da pesquisa, decidimos, então, incorporá-la enquanto um dos métodos de abordagem do mesmo.

Dessa maneira, uma grande quantidade de informações foi gerada, resultando em um enorme desafio. Foi difícil simplificar as situações vivenciadas e relatadas pelas mulheres, sem perder a complexidade dos contextos onde foram construídas e, principalmente sem esquecer o papel político que a pesquisa tem sobre os sujeitos investigados.

Diversos temas, além da amamentação, eram discutidos nos grupos, tais como: a gestação, o parto e a relação com os obstetras durante o pré-natal, as relações de poder entre médicos e mulheres, as situações inter-relacionadas ao trabalho, a licença-maternidade, a divisão sexual do trabalho, as questões de gênero, os conflitos geracionais e parentais.

Era muito interessante como o assunto sobre o parto surgia nas discussões e as experiências eram relatadas de forma muito intensa. Isso me oportunizou perceber como, para muitas dessas mulheres, havia marcas profundas nessas vivências. Essas experiências destacadas durante as reuniões dos grupos, e que motivaram a inserção da observação

participante como instrumento metodológico nessa pesquisa, serão relatadas mais adiante, com especial enfoque para o interesse desse estudo.

No primeiro dia em que participei do grupo das AP, no bairro de Botafogo, todas as participantes (que eram mães) tiveram seus filhos por cesarianas, ou seja, 100% das presentes. A partir dessa minha experiência inicial, comecei a trajetória para buscar minhas informantes em todos os outros encontros. Durante a captação, esbarrava sempre com a informação dada pelas mulheres de que a indicação da cesariana, segundo seus médicos, foi por ‘problemas obstétricos’. Sem condições para avaliar se existia ou não razões verdadeiras para essas indicações, o que tornava a mulher inelegível para pesquisa, tive que abrir mão de muitas entrevistadas que certamente teriam muito a dizer sobre suas experiências.

Diante da dificuldade da seleção, e contra o tempo escasso para cumprir essa etapa do Mestrado, contei com a ajuda de uma rede de apoio formada pelas próprias mulheres frequentadoras das AP, que passaram a indicar amigas que se encaixavam no perfil elegível para a entrevista. Decorreram seis meses entre a primeira inserção nas reuniões e a realização de todas as entrevistas.

#### **4.2.2. A rica experiência dos encontros**

A grande maioria das participantes dos grupos que frequentei em 4 diferentes bairros da cidade (Botafogo, Tijuca, Catete e Gávea) era integrante das camadas médias, dos segmentos médio e alto, como já citado, e, tinha acesso a bens culturais, materiais e de consumo, condições sociais equivalentes, nível superior de escolaridade e plano privado de saúde. As mulheres que chegavam aos grupos geralmente estavam experimentando pela primeira vez a maternidade. As dificuldades iniciais com a amamentação eram o motivo principal pela procura das AP.

Quando apresentava minha proposição de estar no grupo, as mães ficavam motivadas pelo tema, muitas se identificavam imediatamente com o objeto da pesquisa e prontamente se colocavam à disposição para participar. Estiveram sempre disponíveis, mostrando grande interesse pelo assunto, acreditando que a pesquisa traria à tona uma questão tão real hoje para as mulheres das camadas médias, como a cesariana, e que sem dúvida era importante provocar o debate sobre esse assunto.

Apesar dos encontros estarem relacionados à amamentação, os depoimentos permeavam e perpassavam as questões que envolviam o cotidiano dessas mulheres. Surgiam

questões relacionais, geracionais, parentais, sociais, econômicas, políticas, de gênero e de classe que iam se entrelaçando aos momentos vividos desde a infância até a experiência da maternidade.

Esse turbilhão de emoções aflorava entre elas e resgatava os laços das questões femininas que, apesar de fazerem parte do dia-a-dia das mulheres, ficavam esquecidos na celeridade do mundo atual, onde não se tem tempo de olhar e observar como estamos sendo levados a viver. Certamente, as participantes desses encontros, coletivamente, se permitiam reflexões muito mais amplas do que apenas solucionar os seus problemas na amamentação.

O grupo, apesar de não ter um caráter educativo, trabalhava a educação em saúde no modelo preconizado pelo PAISM, onde se respeita o saber popular, e se valoriza as experiências anteriores, adquiridas no crescimento ou desenvolvimento pessoal de cada indivíduo. Essas experiências trazidas para o espaço coletivo, possibilitam as trocas dessas vivências na interação de cada participante. Esses desdobramentos ampliam, reverberam e consolidam os laços, principalmente afetivos, criados no Grupo. Vejo o trabalho das AP tal como preconizado por Paulo Freire<sup>10</sup>, onde se aprende ensinando, já que todo encontro é baseado nas trocas das próprias experiências vividas e no que cada uma aprendeu no percurso do caminho da maternidade.

No grupo, não são ministradas aulas ou palestras sobre amamentação. As coordenadoras trabalham sempre acolhendo as mulheres dentro da vontade e expectativa das próprias participantes, para que elas se sintam seguras com o espaço, e assim, coloquem suas dificuldades, sabendo que vão ser ouvidas e que elas, as coordenadoras, estão ali para contribuir no que for possível, fazendo com que a experiência de cada uma ajude as outras. Isso fortalece as mulheres como grupo que se apóia e compartilha as experiências mútuas. É uma troca constante, inter-relacional, parental e geracional, com forte potencial positivo e enriquecedor para todas e todos que dela participam.

Segundo uma das coordenadoras do Grupo: ‘Há o entendimento de que ser mãe não é padecer no paraíso’. Apesar da persistência da ideologização da maternidade como um ‘momento sublime’, está sendo muito difícil, para a maioria das mulheres, conciliar esse momento com as inúmeras outras demandas da vida contemporânea, como explicitado por algumas participantes:

---

<sup>10</sup> Cf Simões Barbosa: Educação e Saúde reprodutiva: análise preliminar de uma experiência numa comunidade favelada do Rio de Janeiro, 2001

*“Tem que ser mulher, mãe, profissional, doméstica tudo ao mesmo tempo. Temos que dar conta de tudo e bem. São muitas funções para uma pessoa só” (Grupo Catete, 16/03/2007)*

*“... a vida virando de cabeça pra baixo nesses primeiros momentos... É muito difícil conciliar a vida que se vive atualmente. Não tenho tempo pra mim, vivo chorando angustiada por não dar conta mais da minha vida” (Grupo Catete, 16/03/2007)*

Uma gestante, que desejava ter parto normal, falou da expectativa do parto, dos medos, das angústias relacionadas à vida atual, dos problemas no trabalho e mesmo assim, ter que dar conta de tudo. Segundo ela, *“estar grávida e ter um filho é a aventura mais radical que eu vou experimentar na vida”* (Grupo Catete, 19/01/2007).

Presenciei situações inusitadas com essas fantásticas mulheres. Num determinado dia, quando uma das mães chegou, procurando o local em que acontecia a reunião, se dirigiu ao grupo, perguntando: - *“Aqui é o encontro das mães piradas?”* (Grupo Catete, 19/01/2007). O início do ‘exercício’ da maternidade representa bem o simbolismo que a palavra *‘piradas’* quer dizer para a maioria das mulheres.

As adaptações e demandas geradas pelos cuidados com o filho e a amamentação representam uma mudança radical na vida da mulher. O nível de exigências emocionais e físicas é geralmente maior do que podem suportar e naturalmente surgem os conflitos e as cobranças para o desempenho do papel feminino de ‘boa mãe’.

O isolamento social, motivado pelo cuidado integral que dedicam aos seus filhos, conduz as mulheres também a uma grande solidão mesmo que estejam cercadas de pessoas. Na maioria das vezes, essa rede de apoio se preocupa mais com o bebê, o verdadeiro ‘centro’ das atenções, do que com as mães. Existe uma naturalização do confinamento doméstico para as mulheres nesse período (Mitjavila e Echeveste, 1994).

Pudemos observar que a relação de pertencimento ao grupo, criada através dos vínculos estabelecidos nos encontros, faz com que as mulheres retornem muitas vezes às reuniões, mesmo quando o problema que as levou às AP está superado. Fazem questão de voltar para compartilhar suas experiências com as outras que chegam ao grupo pela primeira vez. Essa corrente solidária, espaço aberto de valorização das relações humanas, sempre fortalece os laços afetivos entre elas.

### 4.2.3. - Observando as histórias dos partos no grupo

Nesse tópico abordaremos as experiências do parto relatadas pelas participantes dos grupos. Para melhor apresentá-lo, dividiremos em quatro subtemas: desejos frustrados; vulnerabilidade da escolha da gestante; possíveis justificativas para o desfecho; e a recompensa do desejo realizado

#### **Desejos frustrados – culpabilização da mulher**

Durante os encontros, as questões que envolviam o parto, principalmente a cesariana, estiveram sempre muito presentes. Algumas mulheres se queixaram do pré-natal, em que os obstetras não aproveitavam o espaço da consulta para transmitir mais confiança e permitir a expressão de suas dúvidas e perguntas sobre o parto. Alguns depoimentos deixaram bem claro que elas sabem que a maioria dos médicos, apesar de declararem-se favor do parto normal, acabavam sempre induzindo as parturientes à cesariana.

*“A maioria das cesáreas hoje são marcadas e muito mais por conveniência médica. Não somos incentivadas ao parto normal. Os médicos não querem mais saber de fazer parto normal.” (Grupo Tijuca, 13/02/2007)*

A maior parte das participantes expressou, durante as reuniões, sua escolha pelo parto vaginal, apesar da maioria ter vivenciado a cesariana como desfecho da gravidez. Muitas demonstravam ainda certa frustração por não terem conseguido realizar seu desejo. É uma eterna dúvida, onde buscam saber se poderiam ter esperado um pouco mais para conseguirem o parto normal, se perguntam se não foram corajosas o suficiente para ‘bancar’/suportar o parto ou até mesmo para questionar o médico, assumindo, assim, a responsabilidade pelo desfecho. Esta questão mostra o quanto a ideologização da maternidade é, de certa forma, bem sucedida. Mas, como veremos, as mulheres resistem e questionam algumas razões que perpassam esses processos, tal como sua insegurança em relação ao corpo e a própria mercantilização da assistência à saúde, como os depoimentos abaixo ilustram:

*“Por que a gente não confia mais na gente. O que que é isso, o que está acontecendo?”. (Grupo Tijuca, 12/06/2007)*

*“... nós que temos planos de saúde, não estamos conseguindo mais ter nossos bebês de parto normal, mesmo querendo, não conseguimos, os médicos prometem, mas não cumprem, enganam a gente e acabam*

*fazendo uma cesárea, nem esperando a data do parto.” (Grupo Catete, 16/02/2007)*

Esse sentimento emergia freqüentemente nos relatos quando o assunto ‘parto’ era abordado nos grupos. Mesmo para aquelas que tiveram complicações obstétricas na gravidez e/ou no parto, ou seja, uma indicação evidentemente clara para o parto cirúrgico. Essas mesmas mulheres afirmaram que, se tivessem outros filhos, gostariam muito de ter parto normal.

Pelo que vivenciamos nesses meses de trabalho nos grupos e pelos seus depoimentos, pudemos constatar que para as mulheres hoje, está muito difícil exercer o direito à maternidade de uma maneira prazerosa. Assistimos muitas vezes, através da livre expressão dessas mulheres durante os encontros o quanto muitos médicos citados foram responsáveis pela implantação dos medos maternos, não só no parto como na gravidez e pós-parto, indo até o período da amamentação quando falavam por exemplo, que o “leite materno é fraco”. Essa manipulação pode, certamente, induzir as mulheres a julgarem-se culpadas e incompetentes para parir e amamentar.

### **Vulnerabilidade da escolha da gestante**

Depois de muito dialogarem sobre o parto, os depoimentos sobre as experiências vividas foram dando visibilidade às questões obstétricas que permeavam o momento dessas mulheres.

Uma participante que desejava o parto normal, durante o seu relato no grupo, disse que teve uma indicação de ‘sofrimento fetal’ diagnosticada através da ultra-sonografia, realizada por uma clínica e por um médico indicados pelo seu obstetra, que recomendou urgência na ‘cirurgia’, com 38 semanas de gestação, ‘*nas vésperas da semana do Natal*’ (grifo nosso). No entanto, o bebê, segundo a mãe, nasceu muito bem, com Apgar<sup>11</sup> 9/9, sem nenhum sinal aparente de sofrimento. Apesar do discurso, de confiar na indicação da cesárea por seu obstetra, em alguns momentos ela deixava transparecer que tinha dúvidas sobre a real necessidade da cirurgia. Como a história do seu parto não correspondia aos critérios de elegibilidade estabelecidos, ela não pode ser convidada para a pesquisa, o que impossibilitou uma investigação mais profunda sobre a sua experiência.

---

<sup>11</sup> O teste de Apgar é o primeiro teste aplicado ao recém-nato, logo após o nascimento, na sala de parto. Desenvolvido em 1952 pela anesthesiologista Virginia Apgar, serve para avaliar a adaptação do recém-nascido ao mundo exterior no 1º e no 5º minuto de vida, através de 5 parâmetros (frequência cardíaca, movimentos respiratórios, tônus muscular, reflexo de irritabilidade e coloração da pele) onde são estabelecidos índice de 0 a 2 para cada parâmetro para medir a vitalidade do bebê.

Porém, muitas mulheres pareciam encarar a decisão médica sem questionar ou ter em, pelo menos no discurso grupal, sentimentos conflitivos sobre a real necessidade da cirurgia. Aceitavam a indicação baseada na relação de confiança que depositavam nos seus obstetras.

*“... eu queria parto normal, mas a médica achou melhor fazer cesárea... é mais seguro porque poderia ter alguma complicação... ela é médica e sabe o que é melhor pra mim.” (Grupo Botafogo, cesárea realizada com 38 semanas de gestação, 02/04/2007)*

Outras, diferentemente, declaravam-se indignadas, exatamente por se sentirem ‘traídas’ nessa relação de confiança.

*“A médica está forçando agora a cesárea dizendo que o bebê é grande, que não tem sinal do parto, que ele pode sofrer. Não quero que só por ser prático pra médica ela faça cesárea.” (Grupo Tijuca, gestante com 36 semanas, 10/04/2007)*

Pude observar que essa situação era freqüente em todos os grupos que tinham gestantes presentes. Os relatos que as mulheres faziam, indicavam uma mudança na postura do obstetra em relação ao parto normal durante o pré-natal. Então, aquelas que declararam desde o início da gestação as suas escolhas por esse tipo de parto, viam o discurso caminhar para a inviabilização desse desejo com a proximidade do nascimento e um direcionamento para a cesariana.

Isso confirma os relatos das outras participantes dos Grupos que passaram pela mesma situação quando tiveram seus filhos. Muitas gestantes disseram perceber que existe uma manipulação dos obstetras pela preferência da cesariana.

*“...sinto que sutilmente, agora com 35 semanas, ele vem falando da possibilidade da cesariana... que pode ser que não seja normal, que o bebê tá grande, fala que a cesárea é segura... tou desconfiada que ele não vai respeitar a minha vontade e vai fazer uma cesárea.” (Grupo Catete, gestante com 35 semanas, 16/03/2007)*

Essa mesma gestante colocou ainda que, mesmo sentindo que o médico estava manipulando o seu desejo, deixando-a insegura, não teve coragem de procurar outro médico. O marido a apoiava para ter o bebê de parto normal, no entanto não para mudar de médico. Reclamou que sofreu pressões também da família para aderir à cesárea. Ao comentar com os familiares sobre o que estava pensando sobre seu obstetra, é criticada por não confiar nele: *“já que ele é quem é o médico e sabe o que tem que fazer”*.

*“é muito ruim quando se cria uma expectativa que vamos poder ter parto normal e depois sem motivo, em cima da hora, pertinho do parto, na hora do parto muda tudo e fazem cesárea. É uma tremenda frustração, parece que tem alguma coisa errada com a gente, como tivéssemos algum defeito” (Grupo Tijuca, 10/07/2007)*

As gestantes dos grupos mostravam-se sempre cheias de dúvidas e medos quanto ao parto, mesmo convictas da escolha pelo parto vaginal. O comportamento e o relacionamento do obstetra com as gestantes, na maioria dos relatos, evidenciava distanciamento entre ambos. A maioria delas percebia que eles não gostavam de responder às suas perguntas e, por isso, se sentia mal informada, o que levava à manutenção das incertezas. Pude observar em todos os grupos esse mesmo sentimento entre as mulheres e seus médicos, o que gerava para elas muita insegurança, tal como o depoimento abaixo ilustra:

*“Quando vou a consulta e fico perguntando sobre as coisas, percebo que ele não gosta, parece que está com pressa... Acabo não me sentindo a vontade de falar com ele de novo na próxima consulta.” (Grupo Tijuca, 23/01/2007)*

Segundo Faúndes et al (2004), esse abismo entre os obstetras e as mulheres pode estar associado à falta de tempo que dedicam para a escuta durante as consultas de pré-natal, que certamente oportunizaria as trocas de informações e a criação de vínculos. No entanto, o fator mercantil provavelmente determina essa diminuição do tempo de consulta reduzindo a qualidade da assistência à gestante.

As dificuldades de se confiar nos obstetras atualmente, foi sinalizada por algumas das participantes. Declararam perceber que existe uma manipulação para que as mulheres acreditem que não são capazes, ou então, são submetidas à cultura do medo materno, ficando inseguras quanto a ‘possíveis riscos’ que o bebê possa correr caso insistam no parto normal. Como destacamos nessa fala:

*“... ele indicou a cesariana porque a placenta estava muito madura e o meu bebê poderia correr risco de não receber mais oxigênio e alimentos... disse que se eu insistisse em ter parto normal meu filho poderia entrar em sofrimento, não quis arriscar, não sou médica”. (Grupo Tijuca, cesárea com 38 semanas, 12/06/2007)*

As conversas entre as participantes deixavam entrever que essas indicações cirúrgicas muitas vezes não eram claras o suficiente para justificar a necessidade da intervenção. Nessa

problemática, parece existir um discurso médico de forte conteúdo ideológico que naturaliza a cesariana, a introjeta como um padrão de normalidade e uma forma segura e valorizada de parir.

As mulheres que conseguiram realizar seu desejo e puderam vivenciar o parto normal com médicos e em maternidades privadas, falaram o quanto é importante conversar com o obstetra durante o pré-natal e tirar todas as dúvidas, ter confiança nessa relação e que, caso isso não acontecesse, as mulheres deveriam procurar outro médico.

Elas demonstravam e declaravam estarem felizes por concretizar sua vontade. Muitas elogiaram seus obstetras. Uma participante de um dos grupos declarou que, apesar de falarem em geral mal do parto normal (pela dor, sofrimento, pelos riscos), a vivência para ela foi muito boa e refletia ‘orgulho pelo feito’, já que, nos dias de hoje, segundo ela, “*a cesariana é a forma de ‘fazer’ nascer mais freqüente*”. Apesar do parto dessa mulher ter sido ‘normal’, durante seu relato mencionou que fez episiotomia<sup>12</sup> e uso de ocitocina<sup>13</sup>, mostrando o quanto este ainda é realizado dentro do modelo biomédico intervencionista. Mesmo assim, ela estava ‘feliz’ pelo médico ter ‘oportunizado’ a ela essa experiência.

A posição desta mulher parece fortalecer o conceito de que a ‘permissão’ para que se realize o desejo pelo parto normal, é dada pelo obstetra. Isso revela que o poder de decisão está nas mãos daqueles que representam o saber científico, os médicos, e não mais nas mãos das mulheres, que representam o saber feminino/popular (quando não há evidência de risco para que a cesárea seja indicada).

Notamos, pelos movimentos que estão surgindo (Amigas do Parto, rede Feminista de Saúde, Parto do Princípio, REHUNA) contra o uso abusivo da cesariana como via de parto, que existe uma insuflação contra a falta de direito das mulheres de escolherem o tipo de parto que querem ter, se rebelando contra “*esses médicos que nunca querem esperar*”, segundo declarou uma das participantes do grupo da Tijuca em um dos encontros.

### **Possíveis justificativas para o desfecho**

A questão das cesarianas sempre provoca uma intensa discussão nos grupos. Todas conhecem histórias ou elas mesmas já vivenciaram a cesariana, apesar do desejo pelo parto

---

<sup>12</sup> episiotomia é o corte realizado no períneo da mulher para facilitar a saída do bebê no momento do parto

<sup>13</sup> ocitocina é um hormônio produzido no hipotálamo e armazenado na neurohipófise, que potencializa as contrações uterinas tornando-as fortes e coordenadas, até completar-se o parto. No caso relatado, a administração foi de ocitocina sintética.

normal, sem que os médicos apresentassem justificativa convincente em relação a algum problema transcorrido na gravidez ou no parto.

A fala a seguir explicita uma possível interpretação para o fato de não enfrentarem a questão:

*“Sempre é a mesma coisa, não tem dilatação, tá passando da hora, bebê grande, bebê vai sofrer e quando nascem tão maravilhosos, tá tudo bem, sem nenhum problema... acho que é por isso que a gente acaba esquecendo que fomos enganadas nessa hora.” (Grupo Catete, 20/04/2007)*

Segundo Souza (2002), essa pressão, utilizada por muitos médicos, é baseada nos medos maternos e nos parece um instrumento que na maioria das vezes consegue frustrar as mulheres na realização do parto normal. Essas mulheres parecem saber que é muito difícil lutar ‘contra esse poder’, ainda mais por sofrerem pressões de todos os lados para fazerem cesáreas, tanto do companheiro quanto da família. Como a fala a seguir exemplifica:

*“Fiquei muito chateada, tenho certeza que o médico não quis esperar, mas o meu marido disse que a cesárea é mais segura”. (Grupo Botafogo, 05/03/2007)*

Outra questão que emergiu nos grupos, durante as discussões sobre o parto, foi a medicalização e as intervenções, mesmo que este tenha sido ‘normal’. Nesses debates percebíamos que as mulheres que se mostravam mais bem informadas colocavam esse problema da medicalização e a imposição de algumas rotinas que, diziam saber, não precisavam ser usadas, a não ser que houvesse uma indicação (as informações eram obtidas de várias formas: Internet, literatura específica, participação em comunidades de parto normal, orkut, etc). Notamos através das falas, que as relações de poder entre os médicos e as mulheres, eram constatadas mais claramente apenas por algumas das participantes.

Em uma das reuniões, no grupo da Gávea, uma das mães relatou que desejava ter parto normal e que chegou a entrar em trabalho de parto, mas, no meio do caminho por estar sentindo muitas dores, desistiu. Achando que não suportaria o processo até o momento do nascimento, pediu ao obstetra que fizesse uma cesárea, no que foi prontamente atendida, sem que, em nenhum momento, ele a apoiasse para continuar ou buscasse meios para aliviar suas dores, como o uso de analgesia.

A queixa da dor observada pelos médicos durante o trabalho de parto normalmente é interpretada por eles como o motivo das mulheres preferirem e solicitarem a cesariana (Zorzetto, 2006; Moraes e Goldenberg, 2001; Souza, 1994; Faúndes, 1991). Essa afirmação é contrária aos resultados já encontrados em diversas pesquisas que evidenciaram exatamente o inverso (Dias, 2007; Faúndes, 2004; Potter et al, 2001 e Hopkins, 2000). As mulheres temem mais a dor pós-cesárea e também de ter de se submeterem a uma cirurgia. Essa opinião é relatada inclusive por aquelas que tiveram as duas experiências, parto vaginal e cesárea (Faúndes et al, 2004).

Nesse período de captação das minhas informantes, apenas duas mulheres, em todos os grupos que participei, declararam abertamente terem escolhido a cesariana como via de parto, o que reflete um número mínimo frente ao universo de mulheres que participaram dos encontros. Isso reitera as diversas pesquisas já realizadas sobre o tema, em que a maioria das mulheres declara desejarem ter parto normal.

A opção, para essas mulheres, acontecia, geralmente, desde o início da gravidez. Em um desses encontros, uma das mães relatou que elegeu o parto cirúrgico antes de engravidar. Achava o parto normal um sofrimento, tinha medo de sentir dor, de acontecer alguma coisa com o bebê, principalmente pelas histórias ‘horríveis’ que ouvia sobre o parto normal e pelas experiências ruins vividas por sua mãe no seu nascimento, por via normal. Seu companheiro, que estava presente no grupo, compartilhava da mesma opinião, parecia que, principalmente para poupá-la do sofrimento.

Essa situação, apenas reflete o quanto está introjetada socialmente a medicalização do parto, na qual a cesárea é vista como um caminho seguro para evitar o sofrimento e ‘poupar’ a mulher das ‘dores’ relacionadas ao processo fisiológico da parturição.

Outro fato observado num desses momentos das reuniões foi trazido por uma gestante que já tinha decidido ter o bebê por cesariana, e que nem pensava em ter parto normal. Disse ela que, além do medo da dor, acreditava que ter um filho hoje, de parto normal, era coisa do passado. Os atuais avanços da medicina, segundo ela, garantiam mais ‘segurança’ à mulher nesse momento. Essa suposta segurança proveniente do aprimoramento das técnicas cirúrgicas e das novas técnicas de anestesia, é o anteparo tecnológico em prol das intervenções.

Todas essas alegações compõem o elenco de justificativas que os obstetras utilizam para as intervenções cirúrgicas e para atender “*as cesáreas a pedido*”. Na percepção médica seriam essas as razões que levariam as mulheres a escolherem a cesariana como via de parto,

sendo a dor o principal motivo (Zorzetto, 2006; Moraes e Goldenberg, 2001; Souza, 1994; Faúndes, 1991). No entanto, pesquisas anteriores mostraram que, apesar da medicalização e dos avanços tecnológicos, a maioria das mulheres ainda prefere o parto normal (Cury, 2006; Faúndes, 2004; Osis, 2001; Potter, 2001; Moraes, 2001; Hopkins, 2000), o que parece sinalizar que, embora as ideologias de gênero sejam incorporadas de forma muito eficiente, as resistências persistem.

### **A recompensa do desejo realizado - outras alternativas**

Um dos fatos marcantes durante a observação, veio do grupo do Catete, onde o número de partos vaginais era bem superior aos grupos dos outros bairros. Nesse grupo, que contava com a coordenação de uma parteira, apareciam mulheres que optaram pelo parto domiciliar, assim como algumas gestantes que estavam fazendo pré-natal com enfermeiras obstétricas e também desejavam realizar o parto em casa. Assim, teriam certeza que sua vontade seria respeitada e que a cesárea só ocorreria caso realmente necessária. Essa decisão parecia estar associada à total falta de confiabilidade nos médicos para terem seu desejo pelo parto normal respeitado.

Pelas colocações feitas durante as conversas no grupo, pude observar que essas mulheres tinham informações sobre o número elevado de cesarianas no setor privado de saúde. Percebiam que, no setor privado, aumentavam as chances do parto cirúrgico. O conhecimento sobre essa questão as fazia procurar outros caminhos para garantir a realização do seu desejo, ou seja, ter o bebê de parto normal, optando pelo parto domiciliar assistido por parteiras ou por médicos reconhecidamente vaginalistas<sup>14</sup>. Segundo depoimentos das próprias mulheres, os médicos costumam prometer, mas não cumprir quando elas manifestam o desejo de ter seu filho por parto normal:

*“Sempre inventam uma desculpa, que deixa dúvida na mulher para sempre”. (Grupo Catete, 16/03/2007)*

Essa busca pelo parto normal tem levado as mulheres das camadas médias da população ao extremo de buscar no atendimento particular, provavelmente a um alto custo financeiro, a garantia da realização dessa escolha e de atender, assim essa expectativa, mesmo possuindo plano de saúde privado. Durante a pesquisa, observamos em visitas aos sites e comunidades de parto humanizado e também em conversas com enfermeiras/parteiras, que

---

<sup>14</sup> Jargão médico do obstetra que faz parto normal

existe um aumento na procura por partos mais naturais e com menos intervenção possível pelas mulheres das camadas média e alta.

E esse mercado naturalista tem seu preço. Pelo que pudemos colher de informações a esse respeito, advinda de profissionais que atuam nesse campo e de gestantes que também procuram por esses profissionais, pouquíssimos médicos que seguem essa linha humanizada de assistência ao parto atendem pelos planos privados de saúde. Ou seja, isso só é acessível para as mulheres que possuem um poder aquisitivo considerável e que podem ter, então, seu desejo atendido.

*“Procurei um obstetra vaginalista e tou pagando tudo particular já que a médica não tem plano nenhum, só as despesas da maternidade é que tão cobertas pelo meu plano”. (Grupo Gávea, 27/02/2007)*

No Grupo Catete também pude ouvir relatos interessantes de mulheres que tiveram experiências positivas nos seus partos. A maioria delas, desde a gestação, e mesmo antes de engravidarem, queriam ter parto normal. Uma das participantes, que teve seu filho em casa com uma parteira, conta sua história orgulhosa por tê-la vivido com a participação do marido e da mãe no momento do parto. Uma outra teve o parto em maternidade privada e também estava feliz com a experiência de parto normal que viveu. Essa mulher elogiou a atenção da médica, inclusive durante o pré-natal.

#### **4.2.4. Observando outras interfaces na experiência do parto**

Ao participar dos encontros pudemos perceber que as conversas e as trocas de experiências eram permeadas por outras questões que não só o parto e/ou a amamentação. Dentre os muitos assuntos discutidos, selecionamos quatro que consideramos relevantes para alicerçar a apresentação desse tópico. São eles: as relações de trabalho; a ‘boa mãe’; divisão sexual de trabalho; as questões de gênero e as relações conjugais; e os conflitos parentais e geracionais.

##### **As relações de trabalho**

A pressão pela volta ao trabalho estava sempre circundando as conversas nos encontros. Nos diálogos, as maiores angústias e preocupações eram para as que trabalhavam no setor privado. Transparecia, nas falas das mulheres, um sentimento de culpa em relação à

conciliação da vida pessoal e profissional com a maternidade, dentre tantas colocações que começavam a fluir na conversa.

*“... não estou preparada para me separar do meu filho, isso me dá um grande sentimento de culpa por estar abandonando ele”. (Grupo Tijuca, 09/01/2007)*

O enorme sentimento de culpa impregnava essas mulheres, diante de rituais coercitivos relacionados a mercantilização da própria vida, onde as preocupações em produzir, não perder o emprego e a competição sufoca as relações humanas, principalmente no âmbito familiar. Esse afastamento precoce dos filhos gera um dilema entre querer ficar e querer voltar ao mercado de trabalho, seja pela necessidade de sobrevivência ou mesmo por interesse pessoal em manter conquistas profissionais.

A fala é inesgotável nessa questão: *“é muito difícil conciliar e negociar esse momento”*, disse uma das mulheres. Durante os encontros, muitas relataram que se sentiam pressionadas a voltarem mais cedo ao trabalho, sendo que, durante a licença-maternidade, chegavam a receber ligações para que solucionassem algum problema pendente no trabalho. Os relatos mostraram muito sofrimento tanto para as mulheres quanto para os companheiros. Toda essa angústia é traduzida por elas quando falam das interferências que repercutem nas relações intrafamiliares.

*“Fico o dia todo com meu filho, e agora já vou ter que voltar a trabalhar antes de terminar a licença, de repente, ter que me afastar dele não está sendo fácil pra mim” (Grupo Botafogo, 08/01/2007)*

Eram sempre mencionadas as dificuldades para que a licença-maternidade fosse realmente respeitada para as mulheres inseridas no setor privado. Muitas participantes, independente de terem contratos de trabalho formais ou não, sofriam igualmente pressão pelo retorno ao trabalho antes de acabar a licença. Para algumas mulheres, era marcante o medo de perder o emprego ou mesmo a posição que ocupavam.

*“Preciso voltar logo ao trabalho, me sinto pressionada, não quero que percebam que sou substituível... volto antes de acabar a licença”. (Grupo Gávea, 30/01/2007)*

Para as autônomas, a perda financeira era a grande preocupação, já que tinham que ficar sem trabalhar no período do pós-parto. Muitas delas mencionaram necessidades financeiras que as obrigava a voltarem logo para o mercado.

*“...tenho que aprender a fazer a ordenha manual para deixar o meu leite pra ele... volto ao trabalho no início da próxima semana e vou tentar conciliar meus horários no escritório e as audiências no fórum para não deixar de amamentar”. (Grupo Botafogo, 05/02/2007)*

Observamos que algumas participantes, mesmo tendo direito à licença médica por problemas durante a gestação, manifestaram sentimentos de culpa por esse afastamento. As falas deixaram bem claro que essa preocupação passava pela necessidade de mostrar cooperação com a chefia e com a estrutura do trabalho.

Segundo elas, era importante a demonstração de interesse e zelo pelo trabalho e ‘compensar’ o tempo em que ficaram afastadas, mesmo sabendo que era um direito seu. A ansiedade diante de toda a problemática de reorganizar a vida pessoal e profissional gerava uma série de problemas na amamentação, onde transparecia o sentimento de culpa por não estarem conseguindo amamentar satisfatoriamente o bebê.

Uma das coordenadoras do grupo do Catete, em um dos encontros em que fervilhavam nos diálogos as questões da volta ao trabalho e da licença maternidade, sinalizou criticamente o quanto, no mundo de hoje, existe uma ‘cultura’ de não se vincular a nada, na medida em que: *“vínculos são uma ameaça aos padrões atuais capitalistas, onde tudo é descartável.”* Hoje as pessoas valorizam mais o que é material do que os sentimentos, onde ser descartável representa consumir mais, estando associado a mais status, poder e sucesso, como prega o capitalismo.

Essa percepção surgiu claramente em muitos depoimentos, onde as relações de trabalho no setor privado mostram que hoje tudo é frágil, efêmero e descartável e que as empresas não valorizam o/a trabalhador/a.

*“...não posso vacilar e perder o emprego, vai que ela arranje outra pessoa e coloque no meu lugar, tudo pode acontecer, não tenho estabilidade, não tenho garantia que esse lugar é meu pra sempre. Ela é uma pessoa legal, mas vê o lado dela, a necessidade dela primeiro”. (Grupo Catete, 16/03/2007)*

Durante os encontros, essa questão transpareceu nas falas, parecendo que, para elas, era como se tudo e todos fossem movidos propulsivamente e exclusivamente pela competição, existindo, como foi sinalizado por algumas, uma ‘perseguição às mulheres’ que são mães, o

que gerava, para elas, uma pressão além do suportável e que interferia na vida pessoal, conjugal e maternal.

Algumas mulheres declararam sentirem-se diferentes, “como se fossem uns ETs”, por pensarem em se afastar do trabalho para cuidarem integralmente dos bebês até eles estarem um pouco mais crescidos. Esta parece ser uma decisão igualmente difícil, tanto quanto o retorno precoce ao trabalho.

É como se esse desejo representasse um retrocesso para as mulheres, já que, no mundo de hoje, ‘disputam’ tanto quanto os homens uma vaga no mercado de trabalho. Essa questão envolve as pressões financeira e social sobre as mulheres e se torna uma avalanche de demandas, levando-as, muitas vezes, a retornarem precocemente ao trabalho.

*“...não tem jeito vou ter que voltar já, meio expediente... não estou preparada, não quero ter que colocá-la numa creche tão pequenininha... gostaria de poder ficar mais um pouco com ela”.*  
(Grupo Gávea, 27/02/2007)

Elas demonstraram, em muitos momentos das discussões de grupo, que têm consciência de serem mão de obra explorada, com salários baixos, sendo que, para muitas delas, nem vale a pena trabalhar deixando seus filhos em creches caras ou com pessoas que nem conhecem bem e que acabam ficando mais próximas à criança do que as próprias mães. Hoje, a maioria das avós, que poderia ajudar, também trabalha. Todas essas questões representam um dilema para elas, expressando as contradições que as mulheres, inclusive as de segmentos médios, estão submetidas.

### **A ‘boa mãe’ – o papel materno**

Segundo os depoimentos colhidos nos grupos, a amamentação e as dificuldades dessa nova etapa de vida faziam com que essas mulheres procurassem ajuda, pois desejavam fortemente amamentar. Como é característico deste segmento social, que possui um grau de exigência e expectativas mais rigorosas acerca da ‘maternagem’, as participantes consideravam muito importante o aleitamento materno por este propiciar o estabelecimento de vínculo com o filho, criar laços afetivos e fortalecer o contato mãe-filho através do ato de amamentar.

*“A gente só é suficientemente boa mãe, se tiver leite esparramando, só ai é que ta bom”.* (Grupo Tijuca, 05/03/2007)

Porém, parecia haver uma distância entre desejo e realidade pois geralmente, muito cansadas, não conseguiam dormir, recuperar o cansaço de noites e madrugadas em claro, com o bebê chorando muito, além das dificuldades nos ajustes domésticos; mesmo contando com uma rede de apoio familiar, muitas relatavam estresse e muita ansiedade por não se sentirem ‘boas mães’, por não estarem dando ‘conta do recado’.

*“Como você vai alisar pezinho se você tá do avesso? Vou me permitir errar e desci a exigência, vou ser menos... ah eu fui melhor, eu sou mulher, eu sou humana”. (Grupo Tijuca, 12/06/2007)*

Essa questão, presente nos vários grupos, reforça a auto cobrança do papel materno das ‘boas mães’, que a família e a sociedade esperam que elas representem, inclusive quando trabalham e também são cobradas de todas as maneiras para serem eficientes, tanto no público como no privado.

*“Temos que dar conta de estarmos lindas e maravilhosas... tudo no ‘lar’ funcionando e sem levar os problemas maternos pro trabalho”. (Grupo Gávea, 27/02/2007)*

### **Divisão sexual de trabalho**

Com relação à divisão do sexual de trabalho no âmbito doméstico, algumas participantes relatavam obter uma colaboração discreta do companheiro. Outras, porém, não contavam com a ajuda do parceiro para nada: nem com o bebê, nem com a casa, apesar de muitas terem empregadas e/ou mães e sogras que as ajudavam nessas tarefas domésticas, sentiam falta de companheirismo do parceiro, o que gerava, para algumas delas, uma crise em seus relacionamentos. Estas mulheres chegavam ao grupo bastante fragilizadas, ansiosas pelo acúmulo de afazeres e novas responsabilidades.

*“...os homens têm suas estratégias para não dividir as obrigações maternas, não sabem fazer, não aprenderam... acham que vamos dar conta de tudo e mais alguma coisa, pois esse é o papel materno, as mulheres podem”. (Grupo Botafogo, 05/03/2007)*

No entanto, outros companheiros se mostravam bastante colaborativos, ajudando não só nos cuidados com o filho, mas nos afazeres domésticos, quando estavam em casa, compreendendo a importância da divisão sexual de trabalho e amparando a mulher nesse momento (mais) desgastante do início da maternidade.

*“Ajudo no que posso e não me incomodo, procuro estar presente quando tou em casa para ela descansar, só não dou o peito, porque não tenho, tem hora que é só a mãe, não tem jeito”. (depoimento de um pai no Grupo Tijuca, 02/04/2007)*

Muitas se ressentiam de não terem mais tempo para si mesmas e, ao exporem esses sentimentos, choravam muito. Essa fragilidade, geralmente encarada como ‘normal’ após o parto, evidencia o quanto essa adaptação às mudanças que ocorrem a partir da maternidade é difícil para a maioria das participantes. *“Todas as mulheres ‘sobrevivem’, é assim mesmo”*, é isso que elas diziam mais ouvir nesse momento. Mesmo para aquelas que tinham apoio familiar, uma boa estrutura social e econômica, parecia muito difícil cumprir as funções maternas.

### **As questões de gênero e relações conjugais**

Os grupos também acolhiam as questões de gênero, apesar de não ser um assunto tratado com muita frequência, assim como as dificuldades das relações sexuais na maternidade. Mas, quando surgiam, eram amplamente debatidas e as mulheres demonstravam se sentir aliviadas pelo desabafo e por perceberem que a maioria das mulheres vivencia esses momentos de dificuldades nos primeiros meses após o parto.

*“Ando muito cansada... não estou com vontade de fazer sexo, mas ao mesmo tempo, sinto falta, estamos em crise. A maternidade é um momento muito delicado”. (Grupo Botafogo, 05/03/2007)*

A coordenadora desse grupo ponderou sobre a não participação masculina no processo da maternidade observando o quanto *“tudo que envolve a situação (da maternidade) faz parte do universo feminino; se as mulheres não solicitam, elas têm dificuldades de participar”*. Porém, após alguns momentos de reflexão coletiva, a maioria das participantes discordou da colocação feita pela coordenadora, como ilustra o depoimento abaixo:

*“não precisamos solicitar, já que é evidente que precisamos de ajuda, alguns homens já compreenderam seus papéis no mundo atual e conseguem participar mais ativamente ajudando suas mulheres, os dois fazem parte desse processo, que não é exclusivamente feminino”. (Grupo Botafogo, 05/03/2007)*

Segundo Mitjavila e Echeveste (1994), dentro da construção ideológica da maternidade, existe uma tendência de se perceber que as obrigações maternas são ‘naturais’ e as responsabilidades paternas, eletivas, com a evocação de sacrifícios inerentes à condição feminina. Porém, como as participantes demonstraram, essa ideologia parece estar sendo contextada e ‘desnaturalizada’.

Nesse campo fértil de experiências, encontrei contrapontos, onde os homens resignificavam a sua participação nesse processo do parto e nascimento. Em um dos encontros, onde estava um casal de Campinas que, naquele momento, trabalhava no Rio, pude observar como a cumplicidade entre eles era importante na espera pelo momento do parto.

*“A responsabilidade não é só da mulher. O marido tem também a função de esteio, deve estar junto com ela para entender que processo é esse que estamos vivendo, estar junto o máximo possível”. (Grupo Botafogo, 02/04/2007)*

Como se pode constatar, as trocas de experiências entre as mulheres nos grupos ajudam na superação da ansiedade e das dúvidas e fortalece as relações de gênero. São mulheres falando com mulheres que estão passando por vivências semelhantes e, certamente, existe uma identificação entre elas.

### **Conflitos parentais e geracionais**

Nos relatos dos grupos, apareceram o quanto os familiares podem ajudar mas, em contrapartida, também gerar conflitos que angustiam mais as mulheres, tornando ainda mais difícil o momento de adaptação à maternidade. As mães e as sogras, assim como outros parentes, e também as amigas e amigos, querem colaborar, mas podem interferir negativamente, principalmente no processo de aleitamento materno. Muitas vezes, essas redes familiares, baseadas nas suas experiências passadas, fazem pressões para a introdução da mamadeira já nas primeiras dificuldades da amamentação.

*“O bebê chora o tempo todo... dizem que é fome, que está magrinha porque o meu leite é fraco, querem que eu desista e dê mamadeira porque o pediatra mandou... minha mãe, minha sogra, a família inteira”. (Grupo Botafogo, 02/04/2007)*

A problemática envolvendo as gerações (mães e sogras, principalmente) relacionadas à maternidade é, muitas vezes, um campo onde parecem aflorar as culpas passadas no

momento do nascimento dos netos, seja porque as avós não conseguiram amamentar, não tiveram boas experiências do parto ou mesmo não exerceram como queriam a função materna.

#### **4.2.5. As conclusões - finalizando a experiência nos Grupos**

Como pode ser observado, o motivo principal para procurar o grupo era sempre os problemas com a amamentação, mas, na verdade, esse momento de encontro se tornava um espaço para o compartilhamento de muitas outras questões relacionadas direta ou indiretamente ao processo da maternidade, tais como: relacionamentos conjugais e familiares, os mitos e crenças que envolvem culturalmente a gestação, o parto e o aleitamento materno, a cultura popular, o cansaço físico e emocional inerentes a esse novo papel, a volta ao trabalho, entre outras.

Eram nessas trocas que ocorriam as transformações, os ‘saltos qualitativos’, no plano individual e no coletivo, para as participantes dos Grupos. Trago novamente Paulo Freire para consolidar o quanto as experiências em grupo são significativas e têm realmente valor educativo, no sentido de aprender, apreender e ser transformadora. As construções compartilhadas nesses encontros passam sempre pelas vivências individuais e desembarcam nas experiências coletivas, resultando na mudança de comportamento e da consciência, a onde as mulheres vão se fortalecendo e encontrando suas próprias respostas.

Tudo o que presenciei nesses grupos redimensiona o objeto da pesquisa para a questão dialética desse processo da maternidade. Os assuntos discutidos nos encontros foram fontes ricas que alimentaram a estruturação do tema que é o centro da nossa pesquisa.

O que pôde ser captado na observação participante desses grupos confirmou as hipóteses que esse estudo levantou: nem as mulheres de classe média, que supostamente têm maior poder de decisão, estão podendo escolher de que forma desejam que seus filhos nasçam.

Mesmo sendo o espaço do grupo voltado para as questões relacionadas à amamentação, pode-se notar que elas não deixavam de falar dos partos, dos obstetras, dos estresses, suas expectativas e frustrações, tais como: o ‘corpo não funcionou’ para que pudessem ter seus filhos de parto normal, não entraram em trabalho de parto, o ‘bebê estava em sofrimento’. As mulheres também relatavam como a cirurgia limitava a experiência logo

após o parto, não só para a amamentação, mas também para os cuidados iniciais que seus bebês precisavam.

Diante de tantos relatos e vivências, fervilhava uma enorme vontade de falar sobre as minhas experiências em relação à assistência ao parto e compartilhar com elas essas histórias. Procurei me manter presente na dinâmica do grupo, sem que, no entanto, a minha participação influenciasse as mulheres que poderiam se tornar, futuramente, minhas informantes. A convivência nos grupos me oportunizou o exercício do distanciamento necessário para realizar a etapa das entrevistas, que nós sabíamos ser um grande desafio.

### **4.3. As entrevistas**

#### **4.3.1. O perfil das entrevistadas**

A partir de minhas inserções nas reuniões das AP, pude captar minhas informantes em vários encontros realizados em quatro bairros da cidade (Botafogo, Tijuca, Catete e Gávea). Durante os encontros, as coordenadoras dos grupos solicitavam que eu me apresentasse e expusesse o motivo da minha presença.

Esses encontros possibilitaram, nos diversos grupos, o desenvolvimento de conversas informais sobre assuntos variados que permeavam o objeto da pesquisa. Esses momentos, construídos durante as reuniões, geravam empatia sobre o tema da pesquisa, propiciando um ambiente favorável para a captação das futuras informantes.

Segundo Velho (1978), o envolvimento inevitável com o objeto de estudo não constitui defeito ou imperfeição dos métodos utilizados. Sendo o pesquisador um membro da sociedade, é necessário o cuidado e a capacidade de relativizar o seu próprio lugar ou mesmo transcendê-lo. Esse pensamento é compartilhado por Chartier (1996), que reforça essa posição quando afirma que a proximidade, longe de ser um inconveniente, permite um melhor entendimento da realidade estudada.

Essa convivência oportunizou a inspiração de confiança e seriedade no trabalho. Pude captar, nesses meses de participação nos grupos das AP, nove mulheres que se encontravam no perfil de elegibilidade da pesquisa. Os critérios previamente definidos para a inclusão no estudo foram:

1. maiores de 18 anos, e até 40 anos, que desejavam parto vaginal do início ao final da gravidez e fizeram cesarianas (essa faixa etária foi estabelecida por sua autonomia na participação na pesquisa, evitando a necessidade de autorização de terceiros. O limite

até 40 anos foi por entender que, acima dessa faixa etária, aumenta a possibilidade da indicação médica de cesárea);

2. primíparas, de três a nove meses após a realização da cesariana (esse critério foi estabelecido para que a memória da experiência do parto e da relação com o início da maternidade não ficasse distante);
3. com parto ocorrido após 37 semanas de gestação (este critério foi escolhido para eliminar o risco de parto prematuro, o que poderia ser uma indicação obstétrica para cesariana);
4. sem nenhuma intercorrência obstétrica durante a gestação que pudesse indicar possibilidade de cesariana (essa situação poderia favorecer ao obstetra a justificativa para a cirurgia) e sem complicações no transcorrer do trabalho de parto;
5. assistidas no parto pelo obstetra que acompanhou o pré-natal (para se poder avaliar a relação entre a mulher e o obstetra);
6. que tenham sido assistidas por obstetras e maternidades do setor privado de saúde.

O recorte de tempo entre a cesárea e a entrevista foi por nós considerada uma questão metodologicamente importante. Segundo Donati et al (2003), a avaliação sobre a motivação que as mulheres manifestaram durante a gravidez comparada ao momento do puerpério pode apresentar distorções, o que impediria uma análise adequada dos resultados. Essas avaliações estariam sujeitas às influências do parto efetivamente realizado e não ao parto escolhido.

Sobre essa questão, também nos alerta Cury e Menezes (2006): *“O intervalo interpartal<sup>15</sup> pode influenciar esse tipo de registro. Quanto mais longo o intervalo, maior o risco de classificação incorreta do evento.”* (p.229)

Apesar de muitas que freqüentavam as reuniões das AP terem vivenciado a cesariana como via de parto, a maioria não se encaixava no perfil definido. Isso ocorria porque as indicações das cirurgias estavam relacionadas a justificativas médicas de complicação obstétrica ou de risco para o bebê. Portanto, pelos critérios estabelecidos para participação, as mulheres que apresentassem algum tipo de problema, anterior ou não, à gestação (hipertensão, diabetes ou outra patologia que poderia aumentar a chance da indicação de uma cesárea prévia), gemelaridade<sup>16</sup>, apresentação pélvica<sup>17</sup> ou risco de parto prematuro<sup>18</sup> não poderiam participar da entrevista.

---

<sup>15</sup> intervalo entre os partos. No caso, se refere ao tempo entre o período da cesariana e a realização da entrevista.

<sup>16</sup> A presença de dois ou mais fetos no útero (ou fora dele) constitui gestação múltipla. São considerados gêmeos os bebês de qualquer gestação múltipla.

Por esses motivos restritivos, recorremos à solidariedade das próprias mulheres que se interessaram em colaborar com o andamento do estudo. Todas que sabiam de alguma amiga com perfil para participar se prontificavam a fazer contato pessoalmente com elas, com objetivo de esclarecer a proposta da pesquisa. Se concordassem em participar, autorizavam meu contato telefônico e/ou eletrônico para agendar a entrevista. Dessa forma, pode-se ampliar o campo de captação, aumentando a possibilidade de buscar um número significativo de participantes.

Então, através dessas indicações, conseguimos recrutar mais seis informantes. Uma das mulheres indicadas não se inseria totalmente no perfil, pois seu filho já estava com três anos. Sua participação veio de maneira transversal: uma das entrevistadas comentou com essa amiga que havia participado da pesquisa, relatando-lhe o tema tratado. Ela ficou muito motivada com o assunto e manifestou desejo em participar, pois queria contar também a sua história.

Consultei minha orientadora sobre essa possibilidade e, como o nosso desejo também era dar voz a essas mulheres, entendemos que o único critério que não seria observado para esta informante seria o período até nove meses após o parto, estabelecido no sentido de manter preservada a memória dessa experiência e do início da maternidade mais próxima possível do momento vivido. Mas, pelo interesse manifestado em participar, pressupomos que a experiência dessa mulher ainda era marcante e emblemática.

Nesse contexto, entrevistamos 15 mulheres primíparas, pertencentes às camadas médias, dentro do conceito de classe que engloba diferentes instâncias que compõem o pertencimento de classe: a mesma condição social numa dada sociedade, a mesma inserção no sistema de produção, renda familiar ou pessoal, com nível superior de escolaridade, plano privado de saúde e capital cultural característico desse segmento social (determinado por acesso a bens culturais tais como internet, teatro, cinema, literatura, etc); e, por fim, mais especificamente, que desejavam o parto vaginal e tiveram como desfecho do nascimento, uma cesariana, realizado com obstetras e em maternidades do setor privado de saúde.

Para melhor situar o grupo das mulheres entrevistadas, organizamos em categorias empíricas os dados individuais, sistematizados nos quadros a seguir:

---

<sup>17</sup> A apresentação pélvica ocorre quando o feto, disposto longitudinalmente dentro do útero, está com o pólo pélvico situado na área do estreito superior, ou seja, na posição sentado ou de nádegas.

<sup>18</sup> Parto ocorrido com menos de 37 semanas de gestação.

Quadro I – Caracterização das Mulheres Entrevistadas:

Características Pessoais

NOME *	Idade	Cor	Situação conjugal	Bairro onde mora	Renda Individual (em salário mínimo)	Renda familiar
1. Alice	38 anos	branca	casada	Botafogo	3 SM **	10 SM
2. Flora	28 anos	branca	casada	Tijuca	sem renda	13 SM
3. Marta	29 anos	branca	união estável	Ipanema	sem renda no momento	10 SM
4. Célia	32 anos	parda	casada	Coelho Neto	sem renda	4 SM
5. Regina	30 anos	branca	casada	Santa Tereza	sem renda	10 SM
6. Vitória	32 anos	branca	união estável	Botafogo	10 SM	21 SM
7. Dora	28 anos	branca	casada	Botafogo	4 SM	9 SM
8. Natália	30 anos	branca	união estável	Botafogo	4 SM	7 SM
9. Rita	32 anos	branca	casada	Botafogo	26 SM	52 SM
10. Luísa	35 anos	negra	casada	Olaria	13 SM	26 SM
11. Karina	33 anos	branca	união estável	Ipanema	Não quis definir	Não quis definir
12. Tânia	36 anos	branca	casada	Tijuca	8 SM	18 SM
13. Joana	25 anos	branca	casada	Tijuca	3 SM	18 SM
14. Elis	37 anos	branca	união estável	Botafogo	2 SM	4 SM
15. Carla	28 anos	branca	solteira	Botafogo	5 SM	6 SM

\* nomes fictícios

\*\* SM – Salário Mínimo Vigente (R\$ 380,00)

As entrevistadas se encontravam em uma fase de vida em que já estavam estabelecidas profissional e conjugalmente. A maioria era branca e vivia em uniões estáveis, juridicamente casadas ou não. A renda familiar média ficou em torno de 14,85 SM, configurando um grupo com um padrão de vida relativamente confortável. Apenas 5 entrevistadas tinham uma renda familiar abaixo de 10 SM. Apenas 3 informantes, no momento da entrevista, estavam sem emprego. O que reafirma que as mulheres atualmente são parte importante na composição da renda familiar, já que todas que estavam atuantes no mercado de trabalho declararam que a renda individual era importante para proporcionar bem-estar e melhor condição social e econômica para a família. Os bairros de moradia, típicos da classe média, variaram entre as zonas sul e norte da cidade, com prevalência da primeira.

Quadro II – Caracterização das Mulheres Entrevistadas  
 Dados sócio-econômicos, Escolaridade, Formação Profissional e Ocupação

NOME	Nível de escolaridade	Formação Profissional	Ocupação profissional na entrevista
1. Alice	Pós-graduação	direito	advogada
2. Flora	3º grau completo	administração	do lar (por opção no momento)
3. Marta	3º grau completo	designer gráfico	editora de vídeos
4. Célia	3º grau incompleto	Pedagogia	do lar (por opção no momento)
5. Regina	Pós-graduação	agronomia	do lar (por opção no momento)
6. Vitória	Pós-graduação	administração	comércio exterior
7. Dora	Pós-graduação	direito	advogada
8. Natália	3º grau incompleto	contabilidade	assistente administrativa
9. Rita	3º grau completo	medicina	médica
10. Luísa	Pós-graduação	direito	advogada
11. Karina	Pós-graduação	direito	advogada
12. Tânia	Pós-graduação	enfermagem obstétrica	auditora hospitalar
13. Joana	Pós-graduação	pedagogia	professora
14. Elis	Pós-graduação	comunicação social	comerciarista
15. Carla	3º grau completo	comunicação social	produção de TV

Todas as entrevistadas tinham nível universitário e, a maioria, pós-graduação, característicos das camadas médias que valorizam e buscam no aperfeiçoamento profissional maiores chances para competir no mercado de trabalho. O quadro acima mostra o que já se verificou em outras pesquisas (BEMFAM, 1996; MS/ANS, 2004): quanto maior o nível de escolaridade da mulher, maior chance do desfecho da gestação ser uma cesariana. Apenas uma das entrevistadas exercia atividade profissional diferente da sua área de formação. Aquelas que, por opção não estavam trabalhando, demonstraram a ambivalência entre poder estar ‘curtindo’ o momento da maternidade sem ter que dividi-lo com as responsabilidades do trabalho, e a frustração de não estar ‘produzindo’, já que haviam estudado e se preparado para isso.

Quadro III – Especificações das Mulheres Entrevistadas  
Características do pré-natal, maternidade e parto

NOME	Nº de consultas de pré-natal	Entrou em trabalho de parto/dilatação	Início do Pré-natal	Maternidade escolhida / ocorrência do parto	Período gestacional do parto (em semanas)	Dor/Limitação/ Complicação pós-cesárea
1. Alice	14	não	± 4 semanas	não (o plano não cobria a escolhida)	38	sim (D/L)
2. Flora	16	não	± 4 semanas	sim	39	sim (D/L/C)
3. Marta	12	sim - 1cm indução	± 4 semanas	não (escolha foi do médico)	40 sem e 3 dias	sim (D/L)
4. Célia	± 10	sim - 8 cm indução	± 8 semanas	sim	40	sim (D/L)
5. Regina	± 11	Sim sem dilatação	± 4 semanas	sim	39 sem e 2 dias	sim (D/L)
6. Vitória	± 10	sim - 8cm indução	± 8 semanas	não (falta de vaga)	39 sem e 2 dias	sim (D/L)
7. Dora	± 14	não	± 5 semanas	sim	38 sem e 4 dias	sim (C) edema
8. Natália	± 10	sim - 4cm	± 6 semanas	sim	39	não
9. Rita	± 12	sim - 5 cm indução	± 4 semanas	sim	41 sem	sim (D/L)
10. Luísa	± 12	sim - 2cm indução	± 5 semanas	sim	40	não
11. Karina	± 12	sim sem dilatação	± 5 semanas	não (mudou a escolha/normas)	41	sim (D/L)
12. Tânia	± 12	sim sem dilatação	± 4 semanas	não (mudou pelos recursos oferecidos)	39 sem e 5 dias	sim (D/L)
13. Joana	± 12	não	± 6 semanas	não (a escolha foi da médica)	39	sim (D/L)
14. Elis	± 12	não	± 5 semanas	sim	40 sem	sim (D/L)
15. Carla	± 12	não	± 5 semanas	não	41	sim

A maioria das entrevistadas iniciou seu pré-natal entre 4 e 5 semanas de gestação e realizou mais de 12 consultas até o parto, o que sugere que as mulheres usuárias de planos de saúde privados começam precocemente o acompanhamento da gravidez. Mais da metade relatou ter entrado em trabalho de parto, sendo que algumas afirmaram não terem tido dilatação, cinco passaram por indução por ocitocina, evidenciando a medicalização do parto nos marcos deste modelo biomédico.

Todas as entrevistadas autorizaram a gravação da entrevista, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e preencheram uma ficha com dados pessoais antes de a entrevista ser gravada.

De início, realizamos 2 entrevistas-piloto para testar o roteiro. Nestas, foram entrevistadas duas mulheres provenientes do grupo das AP de bairros diferentes. Utilizamos o roteiro elaborado durante a estruturação do projeto, onde foram elencados blocos de questões referentes ao objeto de pesquisa, incorporando, ainda, algumas sugestões propostas pela banca quando da qualificação da pesquisa.

Elaboramos o roteiro de forma que as questões abordadas se vinculassem ao universo de vida da mulher como um todo, e não apenas focando a gravidez e o parto. Pretendíamos, com isso, que nossa pesquisa, orientada pelo referencial teórico do materialismo histórico e dialético, revelasse a historicidade do fenômeno e suas relações em nível mais amplo, além de fomentar a reflexão sobre a gravidez, o parto e a maternidade para este segmento social.

Os pré-testes permitiram a avaliação do roteiro e sua posterior adequação. Ao aplicá-lo no pré-teste, constatamos que, apesar do roteiro ser relativamente extenso, essas entrevistas transcorreram sem nenhuma dificuldade, sem que o tempo extrapolasse o ideal previsto e, com isso, não desmotivasse ou cansasse a informante. As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas nos domicílios das entrevistadas, com data e hora previamente agendadas por elas e duraram, em média, 2 horas, sendo o tempo de maior duração 2 horas e quarenta minutos. Com esses bons resultados, pudemos prosseguir com as entrevistas e, inclusive, considerar válidas as duas do pré-teste.

A finalização do trabalho de campo se deu quando as recorrências atingiram o que se convencionou chamar de ‘ponto de saturação’. Neste momento, pôde-se apreender, no material coletado, as redes de significados a partir do ponto de vista do ‘outro’.

#### **4.3.2. Com o pé na estrada**

As situações nas quais se verificam os contatos entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa configuram-se como parte integrante do material de análise. Registrar o modo como são estabelecidos esses contatos, a forma como o entrevistador é recebido pelo entrevistado, o grau de disponibilidade para a concessão do depoimento, o local em que é concedido, a postura adotada durante a coleta do depoimento, assim como sinais corporais, gestos e/ou mudanças de tom de voz e outras situações importantes de serem observadas pelo

pesquisador, fornecem elementos significativos para a leitura e interpretação posterior daquele depoimento. A partir do estudo mais aprofundado dos dados, podemos, assim, compreender de forma mais ampla o universo investigado (Dauster, 1999).

As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas nos domicílios das entrevistadas, com data e hora previamente agendadas por elas e duraram, em média, 2 horas, sendo o tempo de maior duração 2 horas e quarenta minutos. Foi solicitado por cinco das informantes, freqüentadoras do grupo Botafogo que a entrevista ocorresse na Casa de Rui Barbosa<sup>19</sup>, de forma a facilitar suas participações. Foi inclusive nesse local, que uma das informantes quando prestava seu depoimento, promoveu uma rede solidária entre outras mães freqüentadoras, conseguindo, com isso, a adesão de mais três voluntárias que se encaixavam no perfil elegível e que se dispuseram a participar da pesquisa.

Por solicitação de duas entrevistadas, que já haviam retornado às suas atividades profissionais, as entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho. Estes apresentavam condições adequadas para realizar a entrevista, sem interferências que comprometessem o livre fluxo de idéias.

As entrevistadas foram esclarecidas sobre a natureza da pesquisa de forma detalhada, informadas de que teriam garantida a preservação do anonimato e do sigilo sobre as informações coletadas, o direito a qualquer informação relacionada ao tema da pesquisa, a confidencialidade do encontro e, por fim, a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido, em que dariam sua autorização, caso concordassem em participar do estudo. A partir da apresentação, o convite às mulheres para participarem da pesquisa era feito.

Durante o período das entrevistas, a pesquisadora, ao término de um grupo de entrevistas, foi transcrevendo, na íntegra, todo material obtido. A transcrição é um importante momento de reflexão para a estruturação dos primeiros arcabouços dos núcleos temáticos.

Apesar das entrevistas serem gravadas, tinha sempre comigo um diário de campo para as anotações de fatos importantes que pudessem escapar à gravação. Consideramos relevantes esses registros, que tinham como objetivo a percepção dos gestos, expressões corporais, faciais e relacionais que poderiam colaborar para a interpretação (dialética) dos dados a serem posteriormente analisados.

---

<sup>19</sup> A Casa, localizada no bairro de Botafogo, Rio de Janeiro, é o núcleo original do que é hoje a Fundação Casa de Rui Barbosa, onde se desenvolvem atividades de pesquisa, conservação e educação, além de promover projetos de integração com a comunidade ([www.casaruibarbosa.gov.br](http://www.casaruibarbosa.gov.br))

#### 4.3.3. A análise dos dados – o grande desafio de navegar no ‘mar’ de dados

A análise qualitativa dos dados de uma pesquisa é um processo dinâmico que permite um aprofundamento da questão pesquisada, permitindo uma reflexão centrada no objeto de estudo. No entanto, apesar do método qualitativo fornecer dados muitos significativos e densos, a análise dos dados é um processo complexo (Cardoso, 1986; Becker, 1997; Brandão, 2000).

O desenho da pesquisa gerou uma grande quantidade de dados, captados nas falas durante os depoimentos das mulheres, protagonistas desse processo. Essa etapa foi, sem dúvida, a de maior dificuldade em todo o desenvolvimento da pesquisa.

Priorizamos, para construir o arcabouço dessa análise, a estruturação dos dados que tiveram mais relevância dentro do contexto da pesquisa. Construímos o elenco de idéias-chaves que dão parâmetro à análise e discussão dos depoimentos, agrupando-os em 4 núcleos centrais: “A construção da escolha”; “O parto vaginal – as dificuldades para manter a escolha”; “A dissonância entre a escolha e o desfecho do parto”; e “A maternidade e a contradição entre as esferas produtiva e reprodutiva das mulheres das camadas médias”. Cada um desses núcleos centrais foi desdobrado e aprofundado em diversos subtemas, de acordo com sua relevância para a compreensão das questões investigadas.

##### **4.3.3.1. A construção da escolha do parto**

Neste tema buscamos explorar e aprofundar a compreensão dos complexos processos de escolha do parto vaginal (PV) que foram emergindo nos depoimentos das mulheres integrantes do nosso estudo. Para favorecer a discussão que integra o cenário desse começo de caminhada, subdividimo-lo em três subtemas: O processo de escolha; Certezas e dúvidas; Ideologização do parto.

##### **4.3.3.1.1. O processo de escolha**

Mesmo abrigando pontos comuns no processo de escolha do parto, o querer dessas mulheres é, também, muito particular. Assim, cada uma das entrevistadas verbalizou as especificidades de suas vivências, explicitando diferentes olhares sobre a expectativa do parto e a elaboração da escolha no transcorrer da gravidez.

Nesse sentido, as vontades dos sujeitos são perpassadas por uma série de combinações entre os tão diferentes momentos da história de vida de cada um, onde se mesclam as

experiências individuais e coletivas, marcadas pelos valores de classe, gênero e raça. Essas vivências têm um importante significado na dimensão social dos comportamentos femininos relacionados ao momento do parto e se entrelaçam à manifestação do desejo da mulher sobre a forma de parir. Esse processo não foi diferente para nossas informantes.

Por essas razões, procuramos distanciar as entrevistas do puerpério, mas sem afastá-las muito do parto, optando pelo recorte entre o terceiro e o nono mês após a realização da cesariana. Percebemos que a maioria das entrevistas realizadas até os quatro meses após o parto estava mais impregnada pelo resultado positivo do parto cirúrgico, ou seja, correspondiam à satisfação por tudo ter finalizado bem, apesar da cesárea. Os relatos, portanto, estariam mais suscetíveis a essa influência. As mulheres entrevistadas, após esse período, mostraram estarem mais capazes de fazer análises críticas sobre suas experiências. Como expresso por algumas entrevistadas com 5 e 6 meses depois da cesariana, respectivamente:

*“A minha ficha caiu depois, inclusive quando fui colocar o DIU foi que eu perguntei para o médico porque a gente não esperou um pouquinho, já que eu estava com quatro de dilatação, de repente eu poderia ter feito parto normal (...) ele tocou novamente no problema do cordão (umbilical)”.*  
(Natália)

*“Então... quando a ficha caiu me dei conta que ela não tinha nem me examinado, ela não me examinou e decidiu, foi um absurdo o que aconteceu, um absurdo eu ter aceitado (...) eu que estava grávida, eu sou dona do meu corpo, então eu que teria de escolher (...) ela nem argumentou, apenas anunciou que iria fazer uma cesárea. Pôxa! Eu passei nove meses esperando, como eu pude aceitar, além do absurdo dela não ter me examinado”.* (Regina)

*“(...) naquela hora eu poderia ter questionado se era verdade ou não, como saber? (se o médico poderia ter esperado mais um pouco para fazer a cesárea) (...) 40 semanas foi o prazo dele, ele tava na expectativa de férias também, mas eu acho que ele não seria tão leviano (...) ele falou que o bebê tava alto... a única coisa é que, quando penso, me dá uma pontadinha de dor no peito”.* (Elis)

No entanto, esta não foi uma regra absoluta. Uma das entrevistadas, três meses e meio após o parto, se mostrou bastante consciente sobre a experiência do desencontro entre sua escolha original e a realização da cesárea, como observamos no seu depoimento:

*“(...) eu acho que você leva um tempo pra concretizar até porque tá naquele momento de emoção... acho que demora sim, demora (...) isso me incomodou muito depois, estou falando do que aconteceu há uma ou duas semanas atrás, entendeu? Não depois que ela nasceu, nem logo na maternidade, só agora a ficha vai caindo (...)”* (Dora, três meses e meio após a cesárea)

Ao perguntarmos como se deu a escolha do tipo de parto, nossas informantes manifestaram as motivações que as levaram ao parto vaginal, como apresentamos a seguir:

*“Porque é normal, né? (risos) Porque eu acho que, se a coisa é feita pra ser dessa forma, nem questiono, não vou contra, assim... deixa a natureza se encarregar... mas não foi isso que foi decisivo... fundamental foi porque era normal”.* (Karina)

*“Sempre foi uma escolha minha. Quando eu engravidei pensei: vou fazer parto normal. Sempre tive muita vontade de querer ter parto normal, não tinha dúvida”.* (Alice)

*“Parto normal era tudo que eu queria. Era certo pra mim, eu não tinha essa possibilidade na minha cabeça de escolher cesariana, era certíssimo ter parto normal”.* (Carla)

*“(...) escolhi parto normal por ser mais natural, eu acho mais natural pro bebê também.”* (Joana)

Cabe ressaltar que o processo de escolha do parto não ficou isento de momentos questionadores por parte das entrevistadas. Uma parcela delas verbalizou que, mesmo decididas por essa escolha, internalizaram os medos e mitos negativos relacionados ao PV. Como foi relatado por uma informante:

*“Eu confesso que tinha minhas dúvidas porque eu falei assim, eu quero ter parto normal, aí um pouco de ignorância minha, e eu até tinha dúvidas porque todo mundo fala... uma amiga me disse que depois do parto, mais tarde tinha que fazer uma cirurgia do períneo, porque tudo cai... eu falei que nada, não é bem assim. Ainda tem muitos mitos sobre isso...”* (Dora)

Segundo os depoimentos, essas questões entrelaçaram-se na construção do processo da escolha, mas não foram motivos suficientes para fazê-las desistirem de seu desejo, na medida em que estavam convictas sobre o que queriam. O relato acima revela o quanto tinha

consciência sobre as muitas crendices difundidas e o quanto essas histórias poderiam ser usadas para as mulheres desistirem de enfrentar o PV.

Porém, entendemos que é diferente ter o conhecimento que possa desmistificar as crendices e o enfrentamento de uma decisão médica no momento do parto. Não parecem existir argumentações suficientes que resolvam esse distanciamento de ‘saberes’. As falas de nossas informantes ilustram o cenário que as mulheres enfrentam no processo de construção de suas escolhas, que se soma a uma tendência cultural e social de aceitar a cesariana como um modo normal de dar à luz:

*“Minha chefe (que é médica) foi uma que disse: ‘\_Ah, parto normal só da Bahia pra cima, aqui no Rio de Janeiro já não se faz parto normal. Parto normal é uma coisa anormal, absurda’. Ela falou que parto normal tinha que ser proibido... só cesariana.”* (Tânia)

*“(...) até meu chefe falou (a mulher do chefe é médica) contra o parto normal: ‘\_Você não vai ter parto normal, nenhum médico quer, enfim é um transtorno pro médico e tal, cesárea é muito mais moderna, você marca a hora chega lá e faz e pronto, entendeu?’ Aí eu falei: ‘\_ Até parece, deixa essa ‘boca de sapo’ fechada.’”* (Dora)

*(...) nas consultas (de pré-natal) eu ficava perguntando (para as mulheres que aguardavam na sala de espera) \_E aí você fez normal ou cesárea?(...) e uma mulher respondeu: ‘sim, cesárea marcada’. Eu perguntei: ‘\_Como assim, você quis cesárea?’ E ela falou: ‘\_É muito melhor, imagine! Aquela dor toda (do parto normal), ficar fazendo força. Cesárea é ótimo, você corta e acabou.’ Isso foi uma coisa que me chamou atenção: ‘\_Imagine, tem mulher que prefere fazer cesárea’!!”* (Carla)

*“(...) pensava assim: é melhor doer logo do que doer depois e é por isso que o parto normal é melhor”.* (Alice)

*“(...) não, porque eu nunca acreditei nisso (na dor). Eu tenho uma referência da dor, que é uma coisa cultural, de que é desde a bíblia, aquela coisa de que é castigo e que a mulher vai ter que sentir dor”.* (Elis).

*“Pois é... porque eu achava mais natural, é mais saudável... ele vai nascer na hora que ele quiser, na hora que tiver que ser. E eu não vou entrar em cirurgia nenhuma, eu não vou ter corte nenhum.”* (Joana)

Vale ressaltar que as primeiras falas nos mostram o quanto o conceito médico considera ultrapassado o PV e como a cesárea faz parte da modernidade, adequada ao sistema

capitalista, onde tempo é dinheiro. Nesse sentido, vemos que existe por parte dos obstetras a valorização da cirurgia em detrimento do processo normal de parturição, favorecendo a disseminação da cultura da cesariana. A cristalização desse conceito desrespeita a escolha da mulher e o seu desejo não é levado em consideração.

Isso pode servir para ilustrar o nível de tolerância da sociedade ao alarmante índice de cesáreas que vem ocorrendo, que aceita e ‘enxerga’ o parto cirúrgico como uma via normal e rotineira para o nascimento, para livrar as mulheres dos ‘sofrimentos’ do processo de parturição, sem que se questione a ética de sua utilização indiscriminada, principalmente no setor de saúde suplementar.

Continuando o percurso para o entendimento da motivação dessas mulheres em vivenciarem o PV, encontramos, entre as entrevistadas, os seguintes argumentos: “A recuperação é mais rápida após o parto”, “porque é melhor para o bebê”, “porque é o ‘normal’”, “é o mais natural”, “mais saudável”, “associado à naturalidade do processo do nascimento”.

A maioria das mulheres citou mais de um motivo para justificar sua escolha pelo PV, sendo que as respostas mais freqüentes (nove vezes cada uma) foram: “a recuperação mais rápida”, “é melhor para o bebê” e simplesmente “porque era o ‘normal’”. Como exemplificamos a seguir:

*“Na minha família todos foram de parto normal, então eu sabia que a recuperação de parto normal era mais rápida, então eu tive vontade de ter normal.”* (Célia)

*“Por causa da minha formação de enfermeira eu vejo o pós-operatório dos partos normais e cesarianas. Eu vejo as mulheres das cesáreas para se reabilitarem é mais difícil, mais prolongado. O parto normal é ali, acabou, você teve na hora, teve contrações, nasceu, levantou dali, já avança em uma escola de samba. É só ali.”* (Tânia)

*“Escolhi o parto normal porque eu acho que a recuperação é mais fácil, é melhor pra mulher, pra criança (...) eu queria esperar o tempo dele (do bebê).”* (Vitória)

Como visto, nossas entrevistadas reafirmaram suas escolhas com a expectativa de que fosse alcançada a realização do seu desejo, mesmo que parte delas tenham tido seus momentos de incertezas. Essas afirmações confirmam dados de outras pesquisas sobre a

escolha do parto e que apontam também a preferência da maioria das mulheres brasileiras pelo parto vaginal (Carranza, 1994; Hopkins, 2000; Potter et. al 2001; Rattner, 2002; Giffin, 2003; Tedesco, 2004; Orsi, 2005; Dias, 2007). Esses dados, conseqüentemente, não corroboram com a ideologia da existência de uma cultura da cesariana introjetada como real predileção feminina.

Vimos, através das falas de algumas de nossas informantes, que a escolha pelo parto vaginal estava ligada também a uma satisfação emocional para elas, postulada no constructo do parto ‘idealizado’ para a mulher e seu bebê. Algumas delas deixaram transparecer certa realização pessoal relacionada ao empoderamento da condição feminina, como parte constituinte do cenário do parto que desejavam:

*“(...) quando eu engravidei, quando eu peguei o resultado do exame no laboratório eu tive uma sensação tão incrível! (...) Caramba! Eu fiquei tão feliz com aquela sensação de ser mulher, de ser capaz de gerar outra vida, senti uma força, foi tão legal, pensei logo no parto (...)” (Carla)*

*“(...) se tinha algum momento que a gente teria contato com esse lado primitivo do ser humano seria na época do parto, seria o momento ideal pra isso, pra se sentir a explosão de uma força feminina (...) eu achava que isso era muito condizente pra mim, era uma coisa normal, queria ter um parto normal.” (Marta)*

Portanto, como vimos ao longo dos relatos, o processo de construção da escolha do parto foi permeado também por alguns momentos conflituos para uma parcela de nossas entrevistadas e alicerçados nas questões que envolvem a historicidade do PV e a naturalização da cesariana como via de nascimento. Mas, apesar desses momentos todas as mulheres demonstraram que o forte desejo pelo PV estava presente desde o início da gestação.

#### **4.3.3.1.2. Certezas e dúvidas – os movimentos dialéticos relacionados à escolha**

Os depoimentos revelaram que, apesar do PV ser desejado por todas as entrevistadas, muitos mitos que circundam esse momento permearam de dúvidas a decisão de muitas delas.

Para estas, pudemos observar que o descompasso inicial entre a vontade e a dúvida estava fortemente associado à imagem negativa que socialmente é atribuída ao PV. Mesmo assim, essas mulheres mostraram que queriam superar esse dilema para realizarem seu desejo, como o depoimento abaixo ilustra:

*“(...) eu tava numa dúvida cruel entre o parto normal e a cesariana, ficava pensando aquelas coisas todas... aí eu ficava pensando: porque eu quero parto normal?... pensava isso tudo aí... mas o que quero é o parto normal”.*  
(Flora)

*“Por mais que você já tenha certeza (sobre a escolha do PV), eu sempre tive certeza (do PV), alguns momentos ‘bate’ uma insegurança. Tanta gente fala coisas horríveis sobre o parto normal, colocam tanto medo, que você acaba, mesmo sem querer, pensando nisso (no medo, nas coisas ruins associadas ao PV). Ainda bem que isso dá e passa (risos). A vontade é maior (do PV)”.* (Rita)

Nesse contexto, a dialética postula que cada fenômeno deve ser compreendido em sua particularidade, porém, vinculado à sua universalidade, pois está ligado, sendo influenciado e influenciando, uma série de outras questões, daí advindo sua complexidade. No caso em análise, existe uma corrente ‘naturalista’ que é a favor do PV e o exalta em sua plenitude, em respeito ao processo fisiológico, em conexão com a natureza, na valorização da mulher como protagonista do evento. Em contrapartida, o discurso médico contra-ataca enaltecendo a cesariana como ‘parto seguro’, que preserva a anatomia feminina, previne possíveis riscos para o bebê e centralizado na figura do médico. Isso representa uma fonte de conflitos e inseguranças para as mulheres, que não dominam o saber científico e não têm informações suficientes sobre o processo do parto e nascimento.

Como teoriza Berman (1997):

*“Isso significa que as condições físicas particulares da vida de uma pessoa e sua maneira de construir a vida são os reguladores primários das relações políticas e sociais dela e de seu ponto de vista. (...) As percepções dos fenômenos são determinadas não apenas pelas coisas em si, mas também por nossa disposição mental, nossa consciência individual e nossa compreensão. O que, por sua vez, depende de nossa interação social com os fenômenos e da história única de nosso corpo-cérebro e psiquismo”*(p. 261)

Como visto, essas contradições acabam por influenciar as mulheres em suas decisões. São as forças de oposição ou contradição que movem as concepções. Os opostos dialéticos estão em constantes conflitos, não sendo diferente nesse processo de escolha do parto para as mulheres de camadas médias. A superação dos conflitos iniciais é a tentativa de ruptura primeira com a pressão social e a pressão médica para a naturalização da cesárea como o

parto mais adequado para esse segmento social. Novamente, Berman teoriza essa questão quando afirma que:

*“A dinâmica da mudança deriva da atuação recíproca ou luta de forças agindo em oposição entre si. Nas tensões inerentes ao crescimento e ao desenvolvimento de um fenômeno são criadas as condições para seu próprio deslocamento ou negação; em suas contradições está a fonte, a origem daquilo que o sucederá”.* (p.263)

Esse conflito entre o ritual feminino e os ritos médicos de parto acaba num determinado momento, suplantando um ao outro. Essa ruptura tem como pano de fundo um novo processo de (re)construção, ancorado, dialeticamente, no movimento coletivo que se modifica num determinado momento rumo à mudança de paradigma. No caso do parto, assistimos hoje à emergência de variados movimentos coletivos de mulheres questionando os processos que estão alterando as formas naturais e saudáveis de nascimento. Voltamos a pensar em respeitar e valorizar o ritmo natural e o simbolismo transformador do nascimento, o que desmistifica a idéia (ideologia) de uma suposta ‘aceitação passiva e incondicional’ dos ritmos e processos mercantilizados e tecnificados da chamada modernidade capitalista.

### **Os mitos e os medos maternos**

O imaginário coletivo abarca muitos mitos e medos, historicamente difundidos, sobre as desvantagens do PV, que se perpetuam no inconsciente feminino. Segundo Souza (1994) e Hopkins (2000), isso poderia ser uma ferramenta útil para a manipulação e a coerção das mulheres e que, possivelmente, estaria influenciando fortemente suas decisões.

Observamos que, durante os depoimentos, nossas entrevistadas expressaram alguns fatos que geraram preocupações e promoveram um sentimento de apreensão tanto no transcorrer da gestação como no momento do parto. Encontramos em suas falas os motivos que provocaram esses medos relacionados ao PV e às possíveis interfaces com a indicação de uma cesariana. Em seus relatos, evidenciamos as seguintes questões: ‘o medo da dor do parto’, ‘a interferência na sexualidade’, ‘a incerteza de uma nova cesárea num próximo parto’, ‘o problema da falta de vagas nas maternidades privadas’ e ‘possíveis problemas com o bebê’.

Todas essas situações, de alguma forma, foram responsáveis por suas preocupações. A violência no Rio de Janeiro (RJ) foi uma questão sugerida pela banca de qualificação como um possível fator relevante a ser investigado, já que esse parto não é programável e pode acontecer a qualquer hora. Como transitar no RJ à noite ou de madrugada é notoriamente

perigoso, pode ser um argumento forte para evitar os riscos de um parto não agendado e ‘não-programado’. Acatando a sugestão da banca, inserimos essa questão em nosso roteiro de entrevista. Apresentaremos, a seguir, essas questões sobre os mitos e medos, que foram pano de fundo do cenário de nosso estudo, e as mais significativamente abordadas por nossas entrevistadas.

### **A dor do parto**

A dor relacionada ao parto não foi uma pergunta diretamente formulada as nossas entrevistadas. A intenção era exatamente deixar que o assunto afluísse livremente. Se o medo relacionado à dor existisse, aí sim problematiza-lo-íamos junto às nossas informantes. Essa questão emergiu espontaneamente dos depoimentos quando elas relataram as expectativas de vivenciar o momento do nascimento. A partir da introdução do tema, buscamos, então, provocá-las para que nos informassem o quanto e como a dor estava relacionada ao processo de escolha pelo PV.

As poucas vezes que a questão da dor apareceu, surgia ‘enviesada’. Por exemplo, quando perguntávamos sobre as consultas de pré-natal e se conversavam com outras mulheres na sala de espera, como exemplificado na fala a seguir:

*“Conversava com todo mundo. É uma loucura! A ante-sala é muito louca! Você tem mil experiências, escuta tudo, então eu escutava coisas boas e ruins de um e de outro, é muito relativo (...) as ruins eram aquelas dores né, que falavam...”* (Luísa)

Perguntada se a dor era uma preocupação, a informante continuou: *“Não, isso eu acho que nem é ruim, isso é normal.”* E se remeteu às boas experiências de sua mãe com partos normais, mostrando uma referência parental positiva.

Diferentemente do que observamos em nossa pesquisa, a dor tem sido apontada como o principal fator que interfere na escolha do parto, como já relatado em diversos estudos (Zorzetto, 2006; Moraes e Goldenberg, 2001; Souza, 1994; Faúndes, 1991). Esse fator pode ser considerado coadjuvante na imposição da cesárea, principalmente no setor privado de saúde, onde as mulheres são muitas vezes induzidas a crer que não suportarão as dores do trabalho de parto.

Em muitas situações é possível que a decisão médica para realização da cirurgia aproveite-se do momento de fragilidade da mulher - e a dor seria um deles. Isso as levaria a ceder sem questionamentos e sem se oporem à decisão médica.

Em nosso estudo, excepcionalmente, a maioria das mulheres fez pouca referência à preocupação com a dor do PV. Essa questão apareceu de forma menos emblemática do que era por nós esperado. Esses resultados corroboram os encontrados em outros estudos (Dias, 2007; Faúndes, 2004; Potter et al, 2001 e Hopkins, 2000). Em três dos depoimentos foi mencionada, inclusive, a resistência pessoal à dor.

*“Eu não tive nada, entrei em trabalho de parto sem saber, talvez por eu ser muito resistente à dor, eu sou muito suportável à dor”.* (Natália)

*“Até a contração era forte, mas não era regular, eu é que não sentia tanta dor. Eles (a equipe médica) me diziam que eu tinha resistência alta à dor. E eu sou mesmo resistente à dor.”* (Karina)

*“Pois é, eu achei que foi sem graça (durante o trabalho de parto) (...) eu achei que fosse sentir mais dor aqui embaixo (...) é uma dor totalmente suportável, nada de absurdo (...)”* (Vitória)

Mesmo sendo a dor pouco mencionada, nossas informantes mostraram-se conscientes de que o PV que desejavam não era isento dessa sensação e que as mulheres, geralmente, passam por dores durante as contrações. Apesar disso, afirmaram ser capazes de superar essa barreira para não desistirem da escolha que tinham feito. As falas demonstraram que viver a experiência do parto era mais importante, fazendo-as transpor esse dilema entre o medo da dor e o desejo pelo PV, como as falas abaixo explicitam:

*“(...) tinha, tinha (medo) de dor, tinha muito medo de sentir dor, mas não sei... eu achava que era uma coisa que eu ia conseguir lidar com isso, com a dor do parto”.* (Marta)

*“Sentir dor era o meu problema inicial, eu sempre tive medo de sentir dor (...) mas mesmo assim eu tava querendo parto normal”.* (Flora).

Vale ressaltar ainda que, em nossas observações, encontramos nas falas de nossas informantes a representação da dor do parto enquanto algo inerente à experiência de ser mãe, como já mencionado por Paim (1998). As falas a seguir apontam para certa valorização da dor, como se fosse uma prova necessária para se tornar mãe:

*“Eu preferia o parto natural sem anestesia do que uma cesárea. Eu acho que iria segurar a barra e eu acho que o parto normal é natural (...) queria muito sentir as dores do parto, eu poderia ter um parto normal, eu tinha saúde, foi o que eu visualizei durante toda a minha gravidez, eu tinha certeza que meu parto seria normal. Eu queria que fosse normal”. (Elis)*

*“Eu queria ter alguma sensação de que realmente eu estava tendo um filho (...) então pelo menos a dor do parto eu vou ter que ter (...) se essas mulheres tivessem a dor do parto talvez elas dessem mais valor às pequenas coisas da vida, entendeu? Não que eu diga que o nascimento seria uma coisa pequena, mas de repente se elas sentissem esse ‘baque’ elas pensariam diferente”. (Natália)*

Essa questão da vivência do parto, tal como pontuada pelas entrevistadas, nos mostra como as mulheres valorizam e desejam viver as emoções desse processo, seja de dor, do prazer de parir, do corpo em movimento, do sentimento, da libertação, do gozo que esperam sentir. Ao mesmo tempo em que expressam essa vontade são ceifadas dessa experiência, na medida em que é tão difícil a autonomia para vivê-la plenamente. Percebemos que existe um processo subjetivo inserido no evento médico que transformou o parto, privando as mulheres de viver essas emoções. A expressão das manifestações físicas e emocionais no ato de parir, geralmente são censuradas no ambiente hospitalar, vistas como ‘descontrole feminino’. O parto em si, desde que se tornou um evento médico, é rodeado de intervenções, normatizações, regras e proibições, onde as mulheres não são mais as protagonistas.

Essas questões têm uma dimensão ampla que envolve as esferas sexual, social, cultural, emocional e física da experiência do parto e nascimento. Poder viver essas emoções deve fazer parte dos direitos sexuais e reprodutivos de todas as mulheres que desejam experienciá-las. Isso ficou claro para nós, através dos relatos anteriores, que mostram o quanto era esperado por elas sentirem essa sensação e o significado de superação relacionado a ela. Entendemos que para as informantes deixar aflorar essas emoções representava também um momento único e transformador.

Como postula Jaggar (1997), a emoção participa da construção do conhecimento, ela é uma dimensão constitutiva do conhecimento. Portanto, o PV é uma experiência emocional importante de ser vivida para o desenvolvimento humano. E devemos assumi-la enquanto ‘emoção proscrita’ e não permitir eliminá-la, reprimi-la ou escondê-la. Nesse sentido, a autora aponta que:

*“As emoções proscritas têm uma relação dialética com a teoria crítica social: algumas delas são necessárias para desenvolver uma perspectiva crítica.” (p. 175)*

As mulheres desejam o PV, mas acabam se submetendo a uma cesariana sem a certeza de sua real indicação. Mesmo assim, as mulheres, particularmente as que hoje são mais atingidas por esse uso indiscriminado, ainda não conseguiram se articular suficientemente para transformar coletivamente essa situação. Como aponta Jaggar (1997) sobre o papel da emoção na transformação das situações de opressão:

*“Somente quando refletimos sobre nossa inicialmente confusa irritabilidade, revolta, raiva ou medo, podemos trazer à consciência nossa percepção mais profunda de que estamos numa situação de coerção, injustiça e perigo”. (p. 175)*

Dessa forma, as mulheres vivem sua opressão de gênero, individual e privada, também no âmbito da assistência ao parto. Só quando começarem a compartilhar coletivamente suas experiências vividas, expressando o desejo pelo PV e a dissonância ‘desaguada’ numa cesárea desnecessária, é que o movimento de transformação do processo atual do cenário das cesarianas poderá mudar.

Como contraponto dessa discussão, da relação gestante/obstetra no quesito dor, apresentamos um depoimento que sugeriu uma preocupação do obstetra em desmistificar os medos dessa informante, diferentemente do que se tem encontrado nas pesquisas e que revela a permanência de outras posturas profissionais mais comprometidas com a saúde e o desejo das mulheres e crianças:

*“Às vezes eu pensava nas dores na hora do parto, mas a médica dizia pra mim: ‘\_ Não escute ninguém, Célia, porque as pessoas criam idéias nem sempre corretas para mães de primeira viagem’. Realmente, se você escuta conversas de um e de outro sua cabeça começa a borbulhar...” (Célia)*

No percurso da entrevista, as respostas eram sempre afirmativas quanto a saberem que a dor do parto ‘passa’ depois que o bebê nasce. Percebemos nos depoimentos, que nossas entrevistadas ao compararem a ‘dor’ entre os dois tipos de parto, temiam mais a dor pós-cesárea, referida como muito mais dolorosa do que propriamente as do PV. Mencionaram também o fator limitante pós-cirurgia nos cuidados com o bebê, principalmente na amamentação, já que o aleitamento materno dependeria exclusivamente delas. Portanto,

estarem bem fisicamente e recuperadas logo após o parto era importante para essas mulheres, como as falas abaixo ilustram:

*“Com a cesariana eu sempre pensava que ia ser uma coisa mais difícil do que o parto normal, para poder estar melhor, para estar com o neném, porque eu achava que, naquele momento, eu precisava dar mais atenção do que receber”.* (Luísa)

*“Eu queria justamente por saber que a recuperação era mais rápida do que por cesariana. E eu gosto muito de ser independente, não gosto de pedir ajuda a ninguém”.* (Célia)

Segundo os depoimentos, essa realidade foi enfrentada por elas no puerpério imediato, onde a maioria relatou sentir muitas dores, enfrentando dificuldades e limitações para atenderem a demanda inicial necessária para cuidar do bebê. Os relatos abaixo demonstram os ‘apuros’ após a cesárea pelos quais passaram nossas informantes.

*“No pós-operatório é muito difícil ter que levantar pra amamentar, é uma coisa horrível, é muito ruim mesmo”.* (Alice)

*“(...) sofri muito com a recuperação da cesárea, ninguém me deixava fazer nada e eu não tava em condições mesmo de fazer. Eu vendo as coisas por fazer e minha mãe que trabalhava, mesmo assim ia me ajudar, minha sogra tem a casa dela, no entanto ia me ajudar. Mesmo assim, não é a mesma coisa. Quando você está acostumada a fazer suas próprias coisas e vê outras pessoas fazendo, não fica satisfeita, não é a mesma coisa.”* (Célia)

*“Senti uma dor horrível, muito mais forte do que as contrações, total limitação, só fui dar banho nela (no bebê) com 10 dias. Foi terrível pra amamentar, dependia da minha mãe e meu marido pra quase tudo.”* (Regina)

Além dos incômodos pós-cirúrgicos, observamos nas duas últimas falas acima, o quanto as mulheres ficaram incomodadas com a dependência temporária em que se encontravam, o que foi uma situação recorrente em outras entrevistas. Elas demonstraram o quanto não gostaram da sensação de ter que contar com a ajuda de outros, mesmo do marido e das mães/sogra, para realização das tarefas domésticas e dos cuidados iniciais com o bebê. Essa situação nos parece não só um reflexo do comportamento das mulheres de hoje,

independentes, que são capazes de ‘dar conta’ de tudo, como também, de quererem assumir integralmente seus papéis maternos, como boas mães que pretendem ser.

Enfim, os dados mostraram que o medo da dor está sempre presente. A dor ‘sofrida’, principalmente, na hora do trabalho de parto, é real e muito temida pela imensa maioria das mulheres. Portanto, o medo de vivenciá-la pode se tornar ferramenta útil na manipulação médica. Por isso é que se faz necessário incentivar as gestantes, buscando desmistificar a insuportabilidade da dor, no sentido de resgatar o entendimento do processo de parturição.

### **Interferências na sexualidade**

Um dos mitos mencionados envolve os danos causados pelo PV à integridade das estruturas do períneo da mulher. A crença nesse tabu pode, sem dúvida, atemorizar as mulheres que querem vivê-lo. Como já observaram Tedesco et al (2004) e Giffin (2003), para a população feminina, essa problemática pode se refletir tanto na inadequação para o ato sexual após o parto, repercutindo na vida sexual com o parceiro, como na preocupação com a estética da conservação da anatomia da vagina.

Segundo Faúndes (1991), existe um conceito de que a “cesárea permite à mulher manter intactas a anatomia e a fisiologia da vagina e do períneo, enquanto que o parto vaginal produz perda acentuada da função do coito normal” (p.155).

Constatamos que a preocupação com a preservação do períneo ou com os efeitos negativos para a vida sexual surgiu para apenas uma entrevistada desse estudo. Essa mulher revelou ser esta uma preocupação também manifestada por seu companheiro:

*“Eu tenho medo de um tabu e tenho medo ainda, mas sei que é realmente um tabu... o medo de ficar maior... da vagina ficar maior... e meu marido tem até hoje. Ele sempre brincou: Pôxa vida! vai estragar o brinquedo (...) eu absorvi isso de alguma maneira” (Regina).*

Apesar de ter consciência de que esse medo era um tabu, ela se deixou impressionar pela forma com que o companheiro abordava essa questão.

Essa inquietação não perpassou os relatos das demais entrevistadas. Apenas mais uma de nossas informantes fez um breve comentário sobre esse assunto, trazido por uma amiga quando foi visitá-la na maternidade que lhe disse que se fosse parto normal, mais tarde teria que fazer uma cirurgia para recuperar o períneo. Nossa informante, porém, em momento nenhum da entrevista manifestou preocupação com problemas com a sexualidade, não

compartilhando com a opinião de sua amiga. Pelo que declarou, também acredita que isso faz parte de um mito para desmotivar as mulheres a tentarem o PV. Assim, nossos relatos corroboram com os encontrados por outros autores como Hopkins (2000) e Potter et al. (2001).

### **“Uma vez cesárea, sempre cesárea”**

Outra situação que encontramos em algumas entrevistas foi a impregnação da cultura médica de que ‘uma vez cesárea, sempre cesárea’. Essa questão fortalece o mito instalado no imaginário feminino de que uma cesariana anterior impossibilitaria a tentativa de um PV numa próxima gravidez. A fala de uma entrevistada mostra o ‘estranhamento’ e o questionamento dessa lógica:

*“(...) mas eu já vi que tem um mito, até ele (o obstetra) mesmo já me falou e isso eu acho estranho... achei muito estranho que quando você tem uma cesárea a indicação é pra você ter outra cesárea de novo (...) Eu não sei se você já ouviu falar isso. Eu achei que isso pra mim... não por minha causa, porque a minha amiga fez um parto com ele (o obstetra)... teve o bebê... quando eu estava com seis meses ela teve o bebê dela, o segundo. Eu comentei isso com ele (o obstetra) e aí ele falou: ‘\_Não, ela vai ter que ser cesárea porque ela já tem uma cesárea’.” (Karina)*

Esse fato pode, de certa forma, ampliar a frustração da primeira experiência de parto das mulheres pela certeza da inviabilidade de concretizar esse desejo novamente. Esse ideário sustenta, entre outros fatores, o crescimento das taxas de cesarianas, visto que cada vez mais mulheres, principalmente a dos segmentos médios, são submetidas à cirurgia na primeira gravidez. Com já estudado por Martin et al (2002 apud Cury e Menezes, 2006), se a cesariana foi bem introjetada como uma experiência positiva para a mulher, aumenta a probabilidade da adoção e aceitação passiva desse tipo de parto.

*“Gostaria muito de ter outro parto normal, mas parece que quando você faz cesárea, eu já andei lendo sobre isso, você tem que fazer outra cesárea, só cesárea”. (Alice)*

*“(...) eu não sei mais se eu gostaria que fosse normal ou cesárea, já que fiz uma cesárea, se é mais fácil ter outra cesárea em cima. Não sei como é que é isso. Acho que já pode. Eu acho que eu iria ter um (bebê) de novo para ser normal, para nascer quando ele quisesse.” (Joana)*

O que absorvemos desse momento de reflexão é que as mulheres das camadas médias ainda têm dúvidas quanto à problemática da repetição da cirurgia, mesmo tendo, supostamente, mais acesso a informações. Cury e Menezes (2006) apontaram em seu estudo que a cesárea prévia é um fator importante na escolha do tipo de parto subsequente, porque muitos obstetras ‘desaconselham’ o PV pós-cesárea.

Embora reconhecendo que existe geralmente essa desinformação das mulheres acerca dessa questão, observamos que algumas de nossas entrevistadas foram buscar, após o nascimento de seus filhos, algum conhecimento que lhes garantisse um ponto de equilíbrio para uma futura argumentação com seus obstetras num próximo parto. Mesmo que essas informações não lhes dessem certezas absolutas e que não fossem tão esclarecedoras, eram suas ‘armas’ para desconstruírem o mito ancorado na ideologia da cesárea. Como demonstraram em suas falas:

*“(...) e aí eu pensei também assim, que todo mundo fala se você já tem uma cesárea você depois, pra ter um parto normal, dizem, reza a lenda, que é mais difícil. Aí eu já li em alguns livros que não é bem assim, alguns anos depois não tem problema nenhum, se o útero já regrediu, enfim, então eu fiquei um pouco assim, pensando nisso... mas não assim, ah eu fiquei frustrada... sim, eu vou querer outra vez tentar o parto normal, eu sei que tem essa lenda da cesárea, mas eu sei que é lenda, então assim, eu acho que já estou informada sobre isso e já sei que é possível, então vou tentar sim o parto normal, apesar de ter tido uma cesárea no primeiro parto”. (Dora)*

*“Vou querer ter parto normal novamente (...) mas como tem essa história pra ter parto normal tem que esperar agora... já ouvi, assim, dois anos, quatro, três anos e aí eu não sei quanto tempo tem... eu tô falando de parto normal depois de uma cesárea, eu vou conversar com o ele (o obstetra) sobre isso...”. (Marta)*

Uma de nossas entrevistadas, que é médica, expressou sua certeza sobre o assunto baseada no seu conhecimento no campo da medicina, apesar de não ser obstetra. Demonstrou saber que muitos colegas usam o argumento da cesárea anterior como impedimento de uma nova tentativa das mulheres para o PV:

*“Não tenho dúvida que vou querer novamente tentar o parto normal, é um desejo que quero realizar. Sei que muitos médicos dizem que depois de uma cesárea você não pode mais ter parto normal. Nem conversei isso com minha médica, porque sei que isso é possível, até porque sou médica*

*também e sei que não tem nada a ver uma cesárea antes impedir um parto normal depois”. (Rita)*

As mulheres estão tentando assegurar o seu direito à escolha de como querem parir seus filhos, buscando, de algum modo, caminhos para evitarem uma submissão diante de um saber que não dominam. Algumas de nossas entrevistadas, como foi citado acima, mostraram um olhar reflexivo-crítico sobre o mito “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Como já mencionado, apenas algumas manifestaram ter consciência sobre a manipulação com base nesse conceito de impedimento.

### **Falta de vagas no setor privado**

Durante os relatos percebemos que uma grande preocupação para as entrevistadas era a questão da falta de vagas nas maternidades particulares, sendo esta uma questão referida em diversos momentos das entrevistas. Existe uma grande procura especificamente por duas maternidades privadas no município do Rio de Janeiro. Isso parece acontecer porque esses locais, segundo nossas informantes, eram reconhecidos pelos médicos e pelas próprias mulheres como os que disponibilizam melhores recursos para o parto e, por causa disso, estão sempre lotados. Essas superlotações frequentes, supomos, poderiam refletir também num comprometimento da qualidade desses serviços junto à clientela.

Curiosamente, esse fato fez com que as nossas entrevistadas sentissem, no momento do parto, mais medo por não terem onde parir, do que propriamente da dor do parto. A preocupação aumentava, principalmente, pela possibilidade de não parirem na maternidade que escolheram. Como exposto nas falas a seguir:

*“Tem essa questão das vagas também, porque as mais procuradas aqui na zona sul são a X<sup>20</sup> e Y (...) e isso é mais difícil ainda se você vai ter parto normal e não tem vaga nessas duas, aí você terá que optar pela Z, que não tem UTI neo-natal, não é? Sempre se corre o risco de não encontrar vaga”.*  
(Elis)

*“Eu resolvi ter mesmo no Z porque eu tinha ouvido casos e mais casos que a X estava hiper lotada e que você não encontra nunca vaga (...) a minha médica falou que está todo mundo indo pra X e que não está lá mais... assim... com essa bola toda. Eu acho que é por conta da superlotação.”*  
(Luísa)

---

<sup>20</sup> Usaremos para as maternidades citadas letras como códigos, no sentido de preservar a identidade das mesmas.

Portanto, percebemos a relevância da dificuldade de acesso às maternidades privadas para as mulheres das camadas médias e que possuem um plano de saúde, podendo esse fato estar interferindo na escolha do tipo de parto eleito por elas.

O contra-senso dessa questão é que assistimos no setor privado o mesmo dilema que tanto aflige as mulheres das camadas populares e que dependem do serviço público para terem seus filhos. Isso é uma ironia para quem paga muito por um plano de saúde justamente para ter a garantia de um bom atendimento (Menezes et al, 2006). Isso se transforma no que foi chamado de ‘parto viajado’, como referencia à peregrinação porque passam as mulheres das classes menos favorecidas em busca de uma vaga para terem seus filhos em maternidades públicas.

Nesse sentido, os depoimentos nos mostraram que elas só conseguem ‘agendar’ uma vaga nas maternidades privadas se forem fazer uma cesárea. Porém, para quem deseja ter PV, não existe essa possibilidade de agendamento. Essa perspectiva da falta de vaga, de não terem certeza se no momento do trabalho de parto conseguirão a internação, as deixa muito inseguras. Esse fato passou a ser uma preocupação a mais durante a gravidez.

*“Eu sei que na X tem um problema grande de vaga (se referindo a falta de), e que é difícil conseguir, ainda mais pra quem quer normal. Mas a minha médica disse que não era pra ficar me preocupando com isso, não tava na hora. E ai eu deixei pra me preocupar mais perto do parto.” (Rita)*

*“Inclusive quando eu decidi pela X (maternidade) e ela disse: ‘\_Olha vaga lá é muito difícil. Vamos fazer em outra’. Eu disse pra ela: ‘\_Não, a gente vai conseguir’. Eu queria muito ter meu bebê na X...”. (Regina)*

A pressão começa no pré-natal, onde os obstetras alertam sobre o problema. A falta de vaga, pelo que percebemos nos relatos, já é assunto conhecido entre as mulheres das camadas médias. Essa informação é passada entre os seus círculos de relacionamento. Certamente, elas estão diante de uma situação pela qual não esperariam passar tendo um plano de saúde. Mas, o fato é real. Existe hoje essa dificuldade no setor privado sobretudo para quem deseja ter PV.

*“Ela (a obstetra) ficou o tempo todo me falando que não ia ter vaga se eu quisesse fazer normal, que de repente eu não teria onde parir. Eu acabei pensando na cesárea somente receando não ter vaga na maternidade (...) eu tenho uma amiga que passou pela mesma situação. Ela foi parar na Tijuca porque não tinha mesmo outra (opção de maternidade) e ela me contou que*

*2 mulheres tiveram na própria sala de pré-parto. Ela chegou na X e não internou, não ficou porque não tinha vaga”. (Regina)*

Como vimos, o relato também revela o quanto a situação se mostra limitante, pois muitos planos de saúde têm restrições e/ou oferecem poucas opções de maternidades. As próprias maternidades reforçam essa questão da falta de vagas. Isso porque o PV desorganiza a ‘lógica fordista’<sup>21</sup> de produção. O PV é ‘imprevisível’ no sentido de não ter hora marcada para acontecer, de não se poder agendar. Então, o agendamento das cesáreas passaria a ser uma estratégia para equacionar o problema de acesso na rede privada.

Tentando entender essa lógica supomos que, quando a mulher está em trabalho de parto, também é necessário reservar uma sala para cirurgia, no caso de o PV não evoluir, e ter que se recorrer à cesariana. Isso certamente transformar-se-ia num transtorno para a maternidade, porque a relação custo-benefício passa a ser desfavorável no que se refere ao PV.

A superlotação no agendamento, com as cesarianas marcadas em ‘bloco’, acaba por revelar o modo mercantilista, mecanicista e anti-natural do processo de parturição na rede privada. Portanto, isso sugere, na verdade, que não existem poucas vagas, mas sim, muitas cirurgias. A falta de vagas nas maternidades privadas envolve questões que encampam outros interesses que vão além das dificuldades de internação pelas parturientes. Uma delas pode ser o comodismo para o médico que pode organizar a sua agenda, sem prejudicar o horário do consultório. Outra seria a melhor organização empresarial, que resulta do controle sobre as marcações prévias das cesarianas. Tudo é regido pela lógica da produtividade, onde mais ‘partos’ em menor tempo significam maior lucro e mais comodidade. Essa condição atual desfavorece o interesse das mulheres que desejam ter seus filhos de PV.

Conseqüentemente, torna-se muito difícil processar os mecanismos para desconstrução dessa lógica, no que se tornou hoje o ‘mercado das cesáreas’. Essa situação torna-se muito angustiante para as mulheres, que têm uma expectativa sobre a escolha do parto e da maternidade e que, muitas vezes, não conseguem realizá-la. Apesar da falta de estudos que investiguem a falta de vagas nas maternidades do setor de saúde suplementar, podemos dizer que estamos diante de uma situação em que o poder aquisitivo nem sempre corresponde a um bom atendimento. Assim sendo, é possível supor que nem nas melhores maternidades

---

<sup>21</sup> o fordismo se caracteriza por ser um método de produção em série. Refere-se a atividades automatizadas, maquinais, trabalho coisificante, repetitivo.

privadas é assegurada a muitas mulheres uma experiência satisfatória, segura e tranqüila no momento do parto.

### **A escolha do parto e a violência do Rio de Janeiro**

A questão da violência no Rio de Janeiro e sua possível influência sobre a escolha do parto foi problematizada com nossas informantes, explorando-se a existência, ou não, de alguma possível objeção da equipe médica para atender um parto no horário noturno. Fizemos essa pergunta baseando-nos na possibilidade do trabalho de parto e parto ocorrerem à noite ou de madrugada, e os possíveis questionamentos que poderiam ser gerados pela equipe médica por ter que se deslocar para a maternidade nesses horários. Ampliamos essa questão para colhermos a posição pessoal e familiar para esse possível risco a ser enfrentado no caso de um PV. Como os depoimentos abaixo ilustram, essa é uma preocupação real, inclusive para as mulheres:

*“A única coisa que eu pensei em relação à violência foi combinar com meu marido que se eu entrasse em trabalho de parto à noite o caminho que nós faríamos para a maternidade, para evitar qualquer imprevisto”. (Tânia)*

*“Cheguei a pensar sim (na violência). Chegou um momento, quando eu já estava com oito meses e eu pensei: ‘\_ Se entrasse em trabalho de parto de madrugada?’ Fiquei preocupada que falei pro meu marido se tivéssemos que sair pra maternidade nesse horário, como ia ser? Falei pra ele: ‘\_Será que não é melhor a gente marcar (a cesárea) mesmo?’. Ele não me pressionava, me deixava à vontade, deixava que eu decidisse pra não me influenciar”. (Luísa)*

Encontramos nos depoimentos que essa situação era, de fato, uma preocupação mais para uns médicos do que para outros. Diante das colocações, fomos problematizando com as mulheres a posição dos seus médicos. Como apresentamos a seguir:

*“Ah, ela falou: ‘\_Luísa,, não é assim, dá tempo de você chegar, se não puder pegar o carro, pegue um táxi, eu vou ao seu encontro. Até eu chegar da Barra até a maternidade dá tempo. De maneira nenhuma ela me pressionou”. (Luísa)*

*“É... algumas maternidades ficam em lugares que são mais perigosos (citou algumas), ainda mais à noite. Às vezes, a minha médica falava, não*

*diretamente, mas falava sim: ‘ \_ O Joana se acontecer de ser de madrugada o W é o mais acessível’. Mas, isso não me fez mudar (a escolha) .” (Joana)*

*“Isso influenciaria a questão dos médicos mesmo... Logo que ele falou de normal, ele comentou isso: ‘\_Imagine acontecer de madrugada, dependendo da onde o médico e a equipe morarem ter que sair no meio da madrugada...” (Elis)*

Perguntamos a esta última informante como se sentia, quando o médico demonstrava essa preocupação. Ela nos respondeu:

*“Não mudei minha opinião sobre o parto... não, porque me informei que não precisava sair de madrugada correndo. E também tem os táxis, que com eles tem menos assaltos, e eu moro perto. Então, a questão da violência não me influenciou, mesmo quando ele (o obstetra) falou sobre isso. Depois vendo na TV (TV a cabo) e me informando, vi que não nasce tão rápido assim, dá tempo, ele mesmo me explicou.” (Elis)*

Vimos que o assunto era introduzido nas conversas durante o pré-natal e que, de alguma forma, alguns médicos transmitiam sua preocupação para as mulheres, possivelmente esperando que mudassem a escolha para a cesariana com hora marcada.

Nossas entrevistadas, apesar de demonstrarem certa apreensão com as condições da violência na cidade, afirmaram que esta questão não as fizeram mudar a decisão. Como observamos nos depoimentos:

*“Nem sei mais quem tocou nesse assunto de que a cesárea é melhor porque não tem esse problema do trânsito e da violência, mas eu nunca tinha pensado nisso, isso não foi uma questão para não fazer parto normal...” (Dora)*

*“Não me influenciou a mudar, mas cheguei sim a pensar nisso, em ter o bebê de madrugada. Apesar de escutar vários relatos no curso de gestantes da X que pessoas tinham sido assaltadas em trabalho de parto, não pensei em mudar.” (Alice)*

*“Não passou pela minha cabeça, porque quanto a isso, também me explicaram... conversei muito com ele (o obstetra) que não é assim de repente, tá entendendo? Você vai sentindo e tal... Então, era uma coisa que eu nunca pensei, eu moro perto das duas (maternidades), nunca pensei nisso não.” (Karina)*

Merece registro a questão da violência relacionada ao comportamento médico, tal como trazido por duas entrevistadas. Elas relataram que foram informadas por seus obstetras que caso o parto acontecesse de madrugada, alguns profissionais da equipe médica cobrariam valores diferenciados pelos serviços prestados. Ou seja, ‘por fora’ do plano de saúde, como relatamos a seguir:

*“Ela (a obstetra) me passou o telefone da anestesista para entrar em contato para ver valores. De madrugada é mais caro, mas isso (valores diferenciados por causa do horário) não influenciou não.” (Joana)*

*“O pediatra disse que ia cobrar uma quantia que era o dobro que normalmente se cobra se tivesse que atender de madrugada. Cobraria ‘por fora’ pelo risco que correria, e o plano já não pagava esse pediatra porque ele era da equipe médica, mas não do plano .” (Alice)*

Estamos diante do mecanismo/lógica mercantilista que se aproveita dos reflexos da violência sobre as pessoas para aumentar seus lucros. As mulheres, para garantirem seu PV, acabam se sujeitando a pagarem mais por isso, sem discutir. Segundo Anyon (1990), essa acomodação faz parte de um processo de sobrevivência emocional e social, que defende psicologicamente o sujeito contra os abusos. Porém, na contraposição, as mulheres resistem mantendo seu desejo e buscando estratégias para concretizá-lo.

Por fim, supomos que o fator ‘medo’ também pode ter sido utilizado como forma de pressão por alguns obstetras que não desejariam realizar o PV das nossas informantes, pressionando-as a mudarem suas opções. Não desconhecendo a existência real do medo da violência na cidade, parece-nos que esse fato pode representar mais uma vulnerabilidade na tentativa de induzir as mulheres a ‘decidirem’ pela cesariana.

### **A ‘pegadinha’ do cordão umbilical**

Durante os depoimentos, algumas entrevistadas relataram que no percurso da gestação, surgiu a preocupação de o bebê estar enrolado no cordão umbilical e que esse fato poderia representar um possível risco para o PV, na medida em que o bebê poderia ‘entrar em sofrimento’. Como demonstrado nas falas seguintes:

*“Só que no meio da gestação ele ficou enrolado, deu duas voltas no cordão aí... não que fosse um empecilho... mas pode ser perigoso na hora do parto. Ele é um médico muito cauteloso. Ele falou, assim: ‘\_Você pode ter um parto normal, mas só que pode faltar oxigenação pro bebê na hora do parto, ele*

*pode ficar preso pelo pescoço...’ Ele me deu as opções, os motivos, né... todos os riscos que tem o parto normal quando o neném tá enrolado. Eu fiquei até o último minuto rezando pra que ele virasse, que ele se soltasse (...)*” (Natália)

*“Eu tinha medo que ele sofresse alguma coisa, que ele ficasse com falta de ar, que o cordão (umbilical) enrolasse no pescozinho dele, que dizem que isso é ruim. Dizem porque o parto normal pode dar falta de ar no bebê, que pode ser perigoso.”* (Alice)

Outras informantes fizeram referências a histórias de mulheres próximas, demonstrando que esse poderia ser um motivo para mudarem de plano sobre ao tipo de parto. Como apresentamos nesse relato a seguir:

*“A minha chefe teve filho há pouco tempo e teve essa coisa do cordão. Ela entrou em trabalho de parto... ela queria esperar o parto normal e o médico dela é um famoso aí desses de parto normal né... e ela já tinha 39 semanas e a maioria (dos médicos) não quer esperar, não quer, ele deu maior apoio e tal... estourou a bolsa, teve a dilatação, só que enrolou no cordão umbilical, aí eles foram controlando os batimentos do neném e aí chegou uma hora que ele falou (o obstetra): ‘\_Não vai, é melhor abrir e tal aí fez cesárea e ela falou que ele nasceu bem roxinho mesmo...é aí não teve jeito, mas ela também queria o normal, é o primeiro filho dela.’* (Vitória)

Uma parte do grupo entrevistado se mostrava melhor informada sobre esse mito da circular de cordão<sup>22</sup>, colocando que este fato, na verdade, poderia não ser impedimento para a realização do PV. Algumas informantes expressam essa questão:

*“Eu tenho uma amiga que falou que o bebê dela tava na posição e tal, mas que não vai ser parto normal porque o médico falou que ia fazer uma cesárea porque nas últimas ultras (sonografias) o bebê tava com o cordão enrolado. Quando ela falou isso e até então a minha filha tava... não aparecia nada de cordão, né... Pensei, então não vai ter ‘pegadinha’ do cordão, porque eu já tinha essa informação que mesmo com o cordão enrolado é perfeitamente possível fazer o parto normal.”* (Dora)

*“A minha cunhada teve uma cesárea que ela marcou porque o cordão tava enrolado e eu sabia que o cordão pode ser desenrolado na hora (do parto) , eu já tinha tido contato com pessoas que sabiam disso sabe... que o cordão não é uma coisa tão grave assim.”* (Marta)

---

<sup>22</sup> Quando o cordão umbilical está enrolado no pescoço do bebê

O depoimento de uma entrevistada sobre a questão da circular de cordão merece registro, pois a atitude médica diante do fato foi na contra-mão do que se tem percebido, relacionado ao comportamento da maioria dos obstetras. Apesar de ser uma preocupação o bebê estar com o cordão enrolado, ela foi incentivada pela médica a tentar o PV, que alegou que isso não configurava um impedimento, não usando este fato pra pressionar a mulher:

*“Ela (a médica) falou: ‘\_Mesmo estando com o cordão, não tem problema, mesmo dessa forma a gente pode fazer normal’. Ela me tranqüilizou o tempo todo. Então ela é perfeita.”* (Luisa)

Como vimos, toda regra tem exceção. Mesmo com estudos científicos que desconstróem esses mitos e com muita informação acessível na literatura especializada ou pela Internet, percebemos que ainda existem idéias distorcidas que deixam inseguras a maioria das mulheres. Esse mito e outros tantos poderiam estar contribuindo para escamotear as principais causas da realização das cesarianas desnecessárias.

É importante ressaltar que, mesmo num grupo onde muitas mulheres se mostraram bem informadas, buscando conhecer melhor sobre os assuntos referentes tanto à gravidez como ao parto, percebemos que esse fato não foi suficiente para conseguirem fazer valer seus desejos e escolhas.

#### **4.3.3.1.3. Ideologia de gênero e o parto**

Como vimos, no início deste capítulo, algumas mulheres associaram a vivência do PV à manifestação do lado instintivo da mulher, onde os pontos centrais do seu ideário estão inter-relacionados à naturalidade do parto e ao empoderamento das mulheres.

Segundo Tornquist (2002), o resgate dos poderes e dos saberes femininos que alicerçam esse empoderamento seria o caminho para frear os ‘estragos’ que o processo civilizatório teria causado no cenário do parto e nascimento.

Mas, como observa Kitzinger (1978): “o parto, à semelhança de muitos outros processos fisiológicos, nunca é totalmente natural (...) também o parto reflete valores sociais e varia de acordo com a sociedade” (p.86). Esse tema revela, portanto, importantes e históricas interseções entre natureza e sociedade, onde os limites de cada uma das esferas da vida humana nunca ficam muito bem definidos.

Durante as entrevistas observamos que as informantes estavam conscientes de que a cesariana não era o caminho ‘normal’ para o nascimento. Demonstraram não ‘encarar’ uma

cirurgia com naturalidade, reafirmando que o PV era um processo importante a ser vivido pela mulher, que englobava muito mais que o parto em si. Como revelado a seguir:

*“(...) mas eu acho que é muito mais saudável ter parto normal, eu acho que é o ideal, que não é só tirar um bebê da tua barriga, é todo um processo em relação... quando você fica grávida você fica muito diferente, você tem coisas que nunca pensou, você diz coisas... você fica muito sensível, então faz parte desse processo afinal, e é um processo que... no meu caso não foi finalizado direito... ah, eu tinha uma expectativa minha.” (Marta)*

A fala desta entrevistada nos mostra um sentimento de incompletude que persistia mesmo seis meses após o parto. Solicitamos que explicasse melhor o que significava não ter finalizado o seu parto como desejava. Em suas palavras:

*“(...) Pra mim era óbvio que ia entrar em trabalho de parto e ver o que acontecia... quando comecei com as contrações, eu até gostei, eu falei: ‘\_uhn... demorou! será que é isso? Que ótimo! Eu tinha a maior curiosidade pra saber qual era a dor, que ótimo... pensei ‘sou uma mulher’ e vou saber o que é melhor na hora, se eu sentir vontade de ficar sentada é porque é melhor pra mim, de ficar em pé porque é melhor pra mim, entendeu? Queria sentir isso, tava a fim de sentir isso, o meu parto. Eu nem tava sentindo tanta dor, tava ótima, tava bem e era o momento que eu tinha pra trabalhar... e penso muito nisso... Aquele dia que eu fiquei tão feliz foi um dia jogado fora...” (Marta)*

Esse depoimento, tão emblemático e repleto de emoção, revela o quanto não viver essas experiências do processo de parturição ficou internalizado para essa mulher. O ‘dia jogado fora’ a que se referiu significava o parto ter terminado numa cesariana, bem diferente do que esperava. Sem entrar no mérito da indicação da cesariana, podemos perceber que deixar de viver esses momentos tão esperados, tanto para ela como para muitas outras mulheres, ainda representa uma subtração (ou usurpação) na realização feminina.

Prosseguindo com a análise, problematizamos com as entrevistadas a questão das relações de poder entre as mulheres e os obstetras. Pudemos perceber que, de certa maneira, algumas pareciam compreender o grau dessa relação desigual, baseada no domínio do ‘saber’ legitimado ao médico e a desvalorização do saber feminino. Num trecho do depoimento de uma das informantes observamos essa interação de dominação e submissão:

*“Eu estava sentindo pequenas cólicas, minha barriga ficava muito dura e aí soltava diversas vezes, mas a dor mesmo era uma leve cólica (...) ele disse*

*que eu tava com quatro centímetros de dilatação (examinada no consultório), eu lhe perguntei nervosa: \_meu filho vai nascer hoje, não vai? E ele falou: ‘\_Vai! vamos correndo agora pra maternidade fazer uma cesárea antes que seu filho nasça de parto normal, pois ele tá enrolado (no cordão umbilical)’. Eu fui praticamente obrigada a decidir que seria melhor a cesárea, devido ao cordão (...).” (Natália)*

No relato, percebemos que ela conseguia identificar os primeiros sinais corporais do início do trabalho de parto, como a contração, sentindo o movimento da ‘barriga dura e solta’ que indica que estaria chegando a hora do nascimento. É o corpo sinalizando o início do processo, sendo que esta mulher foi capaz de captar e compreender a mensagem.

Estimulamos, então, a prosseguir no seu discurso sobre seu conceito dessas relações de poder, problematizando essa negociação desigual. Ela, então, prosseguiu:

*“Na maternidade, quando eu tava esperando o parto, eu só pensei nele (bebê) não passou mais pela minha cabeça querer prosseguir ou não em fazer parto normal. Acho que foi o único momento em que não pensei no parto normal... pesa muito... você pensa: ele tá na profissão durante anos, faz isso o tempo todo, é do que ele vive, e eu? O que eu tenho de experiência? É só leitura, só depoimentos e se esses depoimentos não forem verdadeiros? (...) É a experiência dele, o fato dele saber, tudo isso pesa”.(Natália)*

Sua fala nos expõe as relações de poder desiguais entre a mulher e seu obstetra. Na falta do conhecimento necessário para contestar a necessidade da indicação da cirurgia, só lhe restou aceitar a decisão, acreditando estar fazendo o melhor para seu filho.

A cesárea, pelo que mostraram os diversos estudos já apresentados, passou a representar um interesse mercantil do sistema capitalista na saúde, que afere lucro através da sua prática. Como estratégia para sua expansão, passou a ser ideologicamente significada como ‘normal’, promovida e valorizada pelo próprio sistema social e de saúde, que abrandou os riscos inerentes de sua prática indiscriminada. Esse entrelaçamento entre a ideologia de gênero e a ideologia capitalista mostra como uma se alimenta da outra.

Apesar disso, a literatura específica e o movimento em favor do PV entre as mulheres de camadas médias passam a ser uma referência de socialização consciente para recuperar o espaço feminino nesse processo do parto, indo contra as cesáreas abusivas, tal como o movimento capitaneado pela ONG Parto do Princípio, uma entre tantas outras manifestações que vêm acontecendo em prol dessa transformação.

Como aponta Jaggar (1997):

*“Quando certas emoções são compartilhadas ou validadas pelos outros, existe a base para uma subcultura definida por percepções, normas e valores que se opõem às percepções, normas e valores predominantes. Ao fornecer as bases para essa subcultura, as emoções proscritas podem se tornar subversivas tanto política como epistemologicamente.”* (p. 174)

Esta autora ainda acrescenta que essas emoções proscritas se inter-relacionam, dialeticamente, com a teoria crítica social, sendo algumas delas necessárias para o desenvolvimento de uma perspectiva crítica sobre o mundo. Desse pensamento compartilhava também o professor Paulo Freire<sup>23</sup>.

Então, o PV passa a ser o referencial atual do que é social e politicamente ‘correto’ para um grupo de mulheres, principalmente nesse segmento social. O PV recupera o status de melhor parto para o bebê, que instiga o instinto materno de fazer o melhor para seu filho. Tornquist (2002) postula que o corpo é capaz de gerar, gestar e parir, e que, apesar da medicalização, ainda é percebido e valorizado como um espaço de poder e saber das mulheres. Isso acontece mesmo que as mulheres que optam por esse tipo de parto sejam preconceituosamente tratadas como desviantes do caminho ‘naturalizado’ da cesárea. Ou mesmo como retrógradas desviantes da ‘modernidade’ tecnológica, sendo, por isso, muitas vezes criticadas por sua ‘radicalidade’ em querer expressar as proscritas manifestações corporais e emocionais do parto (como parir na posição de cócoras, em casa, na água, sem analgesia, etc).

Alguns elementos presentes nas falas de outras entrevistadas revelaram que a relação entre elas e os obstetras foi fundamentada na aceitação da legitimidade da intervenção médica sobre o parto e também pelo conhecimento médico introjetado sobre a cesárea.

*“A minha médica sempre dizia que tem gestação que não dá pra fazer normal, que tinha que esperar pra ver como era a minha, se desse ela faria o parto normal. Depois ela foi dizendo que bebê tava muito alto (com 36 semanas de gestação), não tinha encaixado (na pelve), porque era grande. No final teve que ser cesárea mesmo, porque ela disse que não dava mais pra esperar (cesárea realizada com 39 semanas).”* (Joana)

*“Ela (a obstetra) fez tudo para ajudar a acelerar o parto (ruptura da bolsa amniótica, ocitocina). Disse que ia deslocar minha ‘placenta’ para ajudar a*

<sup>23</sup> Cf. Simões Barbosa: Educação e Saúde Reprodutiva: análise preliminar de uma experiência numa comunidade favelada do Rio de Janeiro, 2001.

*nascer. Eu cheguei às 14:30h e a cesárea foi às 17:17h. Eu acho que ela tomou as decisões que coube a ela tomar naquele momento, e ela decidiu pela cesárea porque era o melhor pra minha filha .” (Célia)*

As formas sutis de manipulação/opressão que são frequentemente utilizadas pelas obstetras não são muitas vezes percebidas claramente pela mulher nesse contexto desigual. A desinformação das próprias mulheres colabora com essa situação de dominação mas, como visto, mesmo as que estão bem informadas sucumbem às pressões e aos argumentos médicos no momento do parto. Fica evidenciado o quanto este delicado momento torna as mulheres frágeis para enfrentarem o poder médico.

Mesmo que parte dessas mulheres não se convença dessa manipulação, acaba sempre restando para algumas um momento de dúvida em relação à necessidade da realização da cirurgia. Como manifestado nos depoimentos a seguir:

*“Eu tava vendo outro dia naquele canal 55 (TV a cabo) que mostra partos, aí eu falei com ele (o marido) será que eu deveria ter esperado mais, devia ter indagado mais, questionado mais a minha médica? (...) Eu acredito nela, é isso mesmo... vamos lá, entendeu... aí eu me questiono: será que eu devia ter buscado maiores informações? (...) Não sei até hoje e também não vou procurar mais saber, já aconteceu, já é fato consumado.” (Dora)*

*“(...) ele (o médico) colocou: ‘\_Olha vamos fazer logo, porque tem isso, tem aquilo...’ Então eu fiquei estressada quando eu soube que tinha que fazer uma cesárea, eu fiquei na dúvida (...) tive essa insegurança em relação a: ‘\_Será que realmente esse é o procedimento?’ Eu tive uma insegurança nesse momento. Perguntei: ‘\_ Você acha que vai ter mesmo algum problema?’ Ele disse: ‘\_Tem problema, não tá passando alimento’. Foi isso que ele me respondeu. Então vamos fazer o quê? Eu acho que houve uma relação de confiança na mudança, eu acho que ele não ia interromper na 38ª semana por algum capricho para fazer alguma cesárea. Eu tenho muita confiança no médico.” (Alice)*

Na seqüência dos depoimentos, pudemos constatar que estes bebês nasceram muito bem, com Apgar 8 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. As cirurgias foram realizadas dois dias depois de serem comunicadas aos casais, sendo os motivos das indicações relacionados à possibilidade de problemas para os bebês, caso esperassem mais. No entanto, deixamos aqui registrado que, apesar das justificativas para a cesariana estarem pautadas na necessidade de evitar riscos para os bebês, os dois casos puderam esperar 48 horas para o procedimento,

sendo que um deles foi marcado na véspera de um feriado. Ou seja, eram cesáreas de ‘emergência’, que puderam aguardar dois dias para serem realizadas. Além da conveniência médica de usar a véspera de um feriado, como relatou com naturalidade a informante:

*“Ah, ele (o obstetra) resolveu marcar à noite, na véspera do feriado, porque era melhor pra todo mundo. No dia seguinte não tinha trabalho e ele podia me dar alta com tranqüilidade, sem ter a correria do consultório. Dava até pra acordar mais tarde (risos). Inclusive ele ia fazer outra cesárea nesse dia, antes da minha.” (Alice)*

Segundo Farganis (1997), a forma dissociada como observamos os fenômenos naturais e sociais nos leva a uma visão fragmentada que favorece não só a perda do senso crítico como a nossa alienação. Ou seja, para as informantes o fato isolado da indicação da cesariana, no momento que ocorreu, estava associado apenas à necessidade de garantir uma finalização satisfatória do parto para o bebê. A situação do feriado e as outras questões que estavam circundantes ao momento não foram avaliadas por elas. Como percebemos, para algumas, o questionamento permanece; para outras, a dúvida é apenas transitória, pois a confiabilidade no profissional é (ou tenta ser) maior. Para outras ainda, fica o desejo de esquecer o que houve, como se esses questionamentos e dúvidas fossem por demais dolorosos para serem cultivados.

Esta aceitação e absorção do discurso médico, segundo Chachan (2006), podem explicar porque muitas mulheres que desejavam parto normal aceitam a cesárea. Esta autora, porém, destaca que esse fato não ocorreu em seu estudo de forma linear, completa e a-crítica, comprovando o quanto a dialética da acomodação e da resistência perpassa esses processos que são, concomitantemente, subjetivos e sociais, de aceitação e rejeição de uma situação de opressão e dominação (Anyon, 1990).

Uma entrevistada relatou uma vivência familiar que retrata a subordinação feminina, que desapropria a mulher do seu corpo e do seu direito, como vemos a seguir:

*“Porque a irmã dele (a cunhada) teve parto de cesárea marcada (...) no dia com aquela barriga enorme, ela disse: ‘\_Bom gente, agora eu vou ter neném...’ Sabe... aí abriram a barriga dela para tirar o neném. Aquilo pra mim foi horrível, sabe (...) eu acho aquilo horroroso...uma coisa assim, uma ansiedade... ela com aquela barriga fechada, sem motivo de abrir. Ela não tava ainda em trabalho... ela tava com 39 semanas...Porque eles não queriam deixar entrar em trabalho de parto por causa do cordão...” (Marta)*

A transformação da assistência ao parto pressupõe, portanto, a discussão sobre as relações de poder entre a mulher e seu obstetra, dimensionando-a, dialeticamente em um campo maior do que ao restrito campo biológico e/ou do conhecimento técnico.

A seguir, abordaremos as questões que envolvem a manutenção da escolha pelo PV.

#### **4.3.3.2. O parto vaginal – as dificuldades para manter a escolha**

Neste tema procuramos investigar os caminhos que permearam a escolha do obstetra pela mulher, a interação que se desenvolveu entre eles durante o pré-natal e a importância dessa relação na manutenção da escolha pelo parto vaginal, além de entrelaçá-la a outras interfaces desse processo e sua trajetória rumo à concretização do desejo da mulher. Para melhor apresentação, organizamos os temas captados nos discursos de nossas entrevistadas, abordando-os na seguinte perspectiva: o obstetra e o pré-natal; a mercantilização do parto; aproximação do parto e as pressões médicas e familiares vividas pelas mulheres.

##### **4.3.3.2.1. O obstetra e o pré-natal**

Reconhecidamente o pré-natal deveria ser o espaço de interação onde a mulher constrói seu vínculo de confiança e segurança com o profissional que irá assisti-la. Portanto, a escolha do obstetra configura-se numa etapa singular na caminhada para a realização do desejo de nossas entrevistadas. Procuramos, através de seus relatos, retratar essas experiências durante o pré-natal, tentando compreender, nesse tema, como se constrói essa relação e como se dão as escolhas das gestantes, considerando-se os limites impostos pelos planos de saúde.

#### **A escolha do obstetra pela mulher**

Ao optarem pelo PV como o tipo de parto pelo qual desejavam ter seus filhos, nossas informantes sabiam que a escolha do obstetra era fundamental para a consecução deste objetivo. Essa escolha, portanto, devia estar em sintonia com o seu desejo.

Como relataram, elas imaginavam, desde o início, que encontrariam dificuldades, entre as quais as restrições que os planos de saúde fazem para a escolha do profissional. Algumas entrevistadas demonstraram estarem conscientes de que muitos médicos que atuam no setor privado são declaradamente ‘cesaristas’.

*“(...) ele tinha meu plano (...) sabia que ele era uma das pessoas que fazia parto normal na cidade (...) você tem que achar um obstetra que faça parto*

*normal, porque não existe, porque é raro encontrar (...) me alertaram sobre uma ‘arapuca’, mas eu não sabia muito bem que ‘arapuca’ era essa (...) eu era meio inexperiente (...) aí eu falei: tá difícil achar gente que faz parto normal!” (Marta)*

Indagamos, o que seria, agora, para ela o entendimento dessa ‘arapuca’ à qual se referiu. E ela respondeu:

*“Tenho certeza, agora, que essa ‘arapuca’ era porque muitos médicos falam que vão fazer o parto normal, te enrolam e no fim, por qualquer ‘coisinha’, não querem esperar e fazem cesárea, e você se engana e acredita neles, mas no final não tem parto normal nenhum. Descobri mais tarde que tem muita gente (obstetras) assim...” (Marta)*

Portanto, assim que souberam da gravidez, nossas informantes começaram a procurar um obstetra adepto ao PV, sendo esse critério adotado conscientemente. Isso representava para elas, uma certeza maior de que suas escolhas seriam respeitadas.

*“Cheguei pra minha médica e falei: Bete<sup>24</sup>, (a obstetra) você faz parto normal ou cesárea? Porque o histórico de particulares é que os médicos só fazem cesárea, não é? Mas ela respondeu: ‘Faço normal’. Então eu senti que o meu desejo ia se realizar”. (Célia)*

Algumas entrevistadas (seis) decidiram manter seus próprios ginecologistas como obstetras. A alegação para essa escolha foi o fato de já conhecerem sua prática médica, pela relação de confiança estabelecida nos anos de convivência com esse profissional e, além de tudo, serem credenciados pelo plano de saúde. Mesmo assim, confirmada a gravidez, buscaram dialogar com seus ginecologistas sobre sua escolha pelo PV. Para essas mulheres, apesar do vínculo anterior, era necessária a certeza reiterada de que eles concordariam em fazer esse tipo de parto. Apenas uma não permaneceu com o ginecologista por ele não atuar mais como obstetra. A seguir, na fala de nossas informantes, o caminho em busca da certeza que procuravam:

*“(...) e aí eu já tava com ela (a ginecologista) pelo menos há uns cinco anos, uma relação de confiança, eu gosto muito dela (...) ‘\_ Quantos parto normais você fez esse mês e tal, pra se ter idéia se realmente era verdade que ela fazia. Por mais que eu confiasse, né... ela falou: ‘Dora, se você tiver*

---

<sup>24</sup> Optamos por usar nomes fictícios a fim de resguardar a identidade dos médicos mencionados no estudo.

*as condições eu não tenho porque não fazer e tal.’ Ela apoiava a minha decisão sobre o parto, sempre respondia as minhas perguntas.” (Dora)*

*“Ele já era meu ginecologista, mas já tinha feito parto... dois partos normais... parto de uma colega e de outra pessoa que trabalha comigo. Então... era uma pessoa super recomendada, já era meu ginecologista... assim... ele era uma pessoa assim, realmente especial.” (Karina)*

*“Ele era meu ginecologista há 20 anos. Achei ele ótimo, tenho muita confiança nele. Escolhi por ter uma relação anterior com ele. Ele faz partos normais mais do que cesarianas e isso foi muito importante para eu continuar com ele. Se ele não fosse vaginalista acho que eu pensaria em mudar. Eu queria fazer parto normal.” (Alice)*

Por sua vez, para encontrar o obstetra ‘ideal’ dentro das possibilidades que o plano de saúde oferecia, as demais informantes foram buscá-lo nas referências familiares e nos seus círculos de amizade. Esse círculo de relações colocado em cena teve como objetivo minimizar os percalços que possivelmente encontrariam, além de tentar garantir a indicação de uma pessoa competente. O conhecimento dessas dificuldades em encontrar um profissional que realmente fizesse o PV era baseado nas informações relatadas por mulheres de suas redes sociais. Como foi colocado por esta entrevistada:

*“(...) o Tiago (o obstetra) tinha meu plano (de saúde) e a minha amiga disse que ele aceitava e que fazia parto pelo plano e tudo mais (...) conversei com ele que queria um parto normal e ele disse: \_ eu faço, não tem problema não. Claro que não é assim, não é aquele médico famoso por parto normal, que faz parto normal (...) mas desde o primeiro momento ele perguntou se eu queria normal ou cesárea, e eu falei que ia esperar o parto normal. Tando tudo bem, eu vou esperar o parto normal.” (Vitória)*

*“Minha tia foi quem recomendou. A médica era obstetra da homeopata dela e pelo que me informei ela fazia partos normais, era de total confiança. Fui na primeira consulta e gostei dela . Conversamos sobre o parto nesse dia mesmo...” (Regina)*

Sabemos que essa escolha pode ser decisiva para a realização do parto vaginal e nossas entrevistadas demonstraram saber disso. Nos seus relatos, revelaram já terem a informação de que os médicos considerados vaginalistas, geralmente não estão conveniados com os planos de saúde. Isso, sem dúvida, representa um obstáculo para as mulheres clientes de planos de saúde. Algumas informantes relataram ter conhecimento dos altos valores

cobrados para esse tipo de atendimento particular, não só para o parto como para as consultas durante o pré-natal. Afinal, somente a parte hospitalar acaba sendo coberta pelo plano. Essa questão pode ser observada no depoimento a seguir:

*“Eu penso assim, se você quer realmente a certeza de ter (o bebê) por parto normal você tem que escolher uma pessoa super referenciada, amiga, conhecida que dê garantias que faça partos especiais, mas que a gente sabe normalmente não tem plano (de saúde) e eu não tenho condições financeiras pra ir as consultas particulares de R\$ 250,00/300,00 todo mês e pagar um parto em torno de R\$ 8.000,00” (Elis)*

Nossa informante refere-se ao parto feito por esses profissionais como ‘especiais’, como se resignificasse o PV em uma outra categoria quase ‘inatingível’ para maioria das mulheres, mesmo para as nossas entrevistadas que pertencem às camadas médias. Dentre elas, poucas pareciam dispostas, sobretudo financeiramente, a arcar com as despesas desse mercado particular, quando são usuárias de planos de saúde privados que deveriam, em tese, oferecer melhores opções e mais qualidade em seus serviços. Além do que, hoje, sem dúvida, a manutenção desses (caros) planos representam um alto custo econômico no orçamento das famílias de classe média. Como citado, algumas mulheres sinalizaram ter consciência de que, com esses profissionais adeptos ao PV que não estão credenciados aos planos, poderiam ter maiores chances para a realização do seu desejo.

*“Sei que tem médicos que privilegiam essa prática do parto normal, de um parto mais humanizado, que respeitam o tempo, essas coisas... como no parto em casa, por exemplo. Mas, já ouvi falar que é muito caro ter esse tipo de parto, porque ele é muito valorizado.” (Carla)*

*“(...) se você puder escolher um desses (médicos) que seja mais para o parto normal, que segue essa linha super... que realmente gosta de fazer, eu sei que tem médicos que são mais voltados ao parto normal (...) a gente (ela e o marido) assistiu uma palestra com um médico que você via que dificilmente você teria uma cesárea.” (Dora)*

Diante da inviabilidade desse caminho para a realização de um PV particular, elas procuraram por obstetras dos convênios que se declararam a favor do parto vaginal e que se ‘comprometeram’, já na primeira consulta, a realizá-lo. Mas, ao longo da gravidez, algumas de nossas informantes perceberam que não bastava apenas o compromisso assumido, era necessário um envolvimento do obstetra com esse desejo, acreditando que era importante para

a mulher realizá-lo. Uma delas percebeu que um ponto sensível para a conquista do PV era a motivação do obstetra, como expressou a seguir:

*“Para uma mulher ter um parto normal o médico também tem que querer, isso é muito importante, o médico tem que passar segurança pra gente. Ele (o obstetra) tem que ser incentivado também, tem que se ter um trabalho com os médicos para a conscientização deles na importância em incentivarem suas pacientes a ter parto normal, porque se ele incentiva, ele passa segurança.”* (Elis)

Indagamos com ela qual o tipo de trabalho a ser feito com os médicos e como incentivá-los. E ela continuou na sua argumentação:

*“Porque isso (a assistência ao parto normal) é feito na Europa. Lá só se faz cesárea quando é preciso. Se você chegar e disser que quer uma cesárea, o médico vai te perguntar: \_‘Por que você quer fazer parto cesáreo, qual é o seu problema?’ Porque só faz (cesárea) se tiver um problema. Agora, aqui não. Tô falando porque tenho duas amigas que moram na Inglaterra e isso aconteceu, fizeram parto normal. Uma delas no segundo filho, que tava sentado, também foi normal e foi tudo bem, não teve problemas. A outra teve o primeiro de cesárea aqui (no Brasil), chegou lá crente que ia fazer uma cesárea também. E que nada, disseram que ia ser normal. Ela ficou desesperada, ela tem um pouco mais de um metro e meio de altura, não tava preparada, mas acabou tudo bem, nasceu normal e ela depois ficou até feliz por isso (...) Lá os médicos sabem que o parto normal é melhor e são trabalhados pra isso, que a cesárea é uma cirurgia (...) Eu vivo em uma sociedade que quem tem filhos com médico particular (se referindo ao setor privado/plano de saúde), geralmente tem cesariana, tem essa cultura forte da cesariana, e eu acho que isso acaba por influenciar, eu acho...”* (Elis)

Essa fala nos faz supor que as mulheres, de uma forma ou de outra, compreendem que várias questões estão entrelaçadas nesse processo de escolha, envolvendo todo um sistema social. Não identificam os médicos como os ‘vilões’ da história, isoladamente. Nos parece que conseguem entender que existe um problema, que é real, que está acontecendo com elas, mas que também os envolve. No entanto, não parecem saber onde realmente está o cerne da questão, as razões para a ‘indústria de cesáreas’ em nosso país. Em nossa leitura, baseada nas falas de nossas entrevistadas, existe todo um contexto que envolve desde a desapropriação da mulher no processo da parturição até a atual postura da maioria dos obstetras frente ao PV. Os médicos estariam mais voltados para os procedimentos seguros proporcionados pelo avanço

das tecnologias - e a cesárea estaria aí incluída - se desinteressando pelo acompanhamento do processo natural do parto. O sistema capitalista e a mercantilização do parto enredam os interesses lucrativos da produção de cesáreas, principalmente nos segmentos médios da população. Voltaremos a abordar a mercantilização do parto mais adiante, quando discutiremos a cesariana pela ótica dos interesses econômicos.

O que parece também acontecer é que as indicações das cesáreas podem estar fundamentadas na insegurança dos obstetras em conduzirem e assistirem o parto vaginal. O que justificaria essa postura de agir defensivamente, antecipando-se a um ‘possível problema’ ou imprevisto no desenrolar do PV. Essa postura médica foi chamada por Wagner (2000) de ‘obstetrícia defensiva’.

Levando em consideração esse fato, poderíamos supor que, caso ocorra alguma complicação na cirurgia, possivelmente será visto que o profissional usou a ‘melhor tecnologia’ disponível na assistência ao parto. Contrariamente a esse fato, no acompanhamento do PV que complica, sempre pode existir o questionamento da não utilização da cesárea como recurso para resolver aquela situação. Então, a exposição dos médicos que realizam as cesáreas desnecessárias estaria, supostamente, respaldada por essa ‘ética’ preventiva.

Dando prosseguimento à análise, observamos que nem todas as entrevistadas tiveram sucesso na primeira tentativa de encontrar um obstetra que correspondesse à suas expectativas. Muitos médicos, já na primeira consulta, informam sobre a sua ‘linha’ de atuação/produção na assistência ao parto.

*“(...) foi o que aconteceu com aquele primeiro médico que, na primeira consulta, falava que não fazia parto normal, só fazia cesárea (...) ele chegou falando mal do parto normal e a favor da cesárea, fazendo propaganda contra o normal.” (Joana)*

Nossa informante argumentou que ficou decepcionada com a radicalidade do médico sobre o PV logo no primeiro encontro. O que fez com que ela refletisse sobre o que aconteceu com a amiga que o indicou, que tentou também o PV e não conseguiu, terminando numa cesárea. Segundo nossa entrevistada: “Ele devia ser mesmo cesarista”. É interessante observar que ela não demonstrou nenhuma indignação com essa situação, o que reflete uma bem sucedida naturalização da cesárea.

Indagada sobre essa experiência, ela relatou que: *“realmente foi desagradável, mas, assim... ele não alimentou minha esperança”*. Neste caso, a franqueza, mesmo que dura é bem-vinda.

Diante desse depoimento, tentamos olhar criticamente o comportamento desses profissionais ao descartarem para as gestantes a possibilidade de um PV pelo fato de não quererem fazê-lo e, ao mesmo tempo, refletir sobre uma cirurgia sem uma real indicação, pautada na conveniência e não na necessidade médica. No mundo dos absurdos, nos perguntamos: não iludir a mulher seria menos agravante do que prometer e não cumprir?

Na questão de uma possível mudança de obstetra, caso não houvesse identificação ou mesmo uma ‘suspeita’ de que o desejo pelo PV não seria respeitado, percebemos nos depoimentos que não era um processo tão fácil, mesmo quando havia consciência de que era um direito da mulher procurar pelo profissional que lhe inspirasse confiança. Como foi identificado na fala abaixo:

*“É um direito mudar, procurar outro... mas é ruim que você perde tempo, né... você vai em um, não gosta, vai em outro não gosta, fica procurando até achar um que você confie e tenha alguma coisa a ver contigo. Enquanto isso a ‘barriga’ cresce...”* (Flora)

Nossa entrevistada, quando aludiu à ‘barriga cresce’, estava mostrando que a gravidez não espera e que, muitas vezes, é uma decisão difícil, principalmente quando se percebe, no meio da gestação, que o médico não está realmente propício a fazer o PV.

Percorrido esse caminho de busca, todas as informantes relataram que os médicos escolhidos garantiram que eram a favor do parto vaginal e, nas primeiras consultas, deixaram claro que respeitariam a escolha, a não ser que houvesse uma ‘contra-indicação’. Como nos mostra os depoimentos:

*“Falei logo que queria normal e ela disse: ‘ \_ Vamos devagar, de acordo com o processo, se der para fazer normal vai ser normal’.”* (Joana)

*“O médico sempre disse que queria fazer o parto normal se tudo corresse bem (...) ele falou que se possível faria o parto normal e ele é uma pessoa que faz parto normal.”* (Alice)

*“(...) apesar de saber que ela fazia partos normais, ela me disse: \_ Olhe, tudo vai depender da evolução da sua gestação (...) ela falava sobre o parto, mas sempre frisava que ia depender do final da gravidez...”* (Regina)

Como observarmos, há uma condicionalidade recorrente nos depoimentos acima. Quando dizem ‘será parto normal se...’, os médicos nos parecem deixar sempre um espaço para introduzirem a possibilidade do parto se transformar em uma cesariana.

Durante o desenrolar da entrevista desta última informante, pudemos perceber claramente que, apesar da boa relação com sua obstetra, ela sempre mencionava ficar com dúvidas e inseguranças quanto a conseguir realmente o PV. A instigamos, então, perguntando-lhe se conversava sobre o seu desejo durante as consultas e se colocava suas incertezas para a médica. Sua resposta nos mostrou o quanto a ‘conversa’ nas consultas não era suficiente para dirimir sua desconfiança nas reais intenções da médica. Era como se ela ‘intuísse’ que, nessa questão, existe uma enorme distância entre discurso e prática. Em suas palavras:

*“Sempre conversamos, mas eu acho que nunca senti segurança total nela, sabia que ela era uma ótima profissional, mas não tinha certeza se ela era parteira (...) quantas vezes eu fiquei uma hora, uma hora e dez minutos em consulta com ela, consultório cheio e ela tirando todas as dúvidas. Mas eu tinha insegurança...”*. (Regina)

Indagamos, então, o que dava a ela essa sensação de insegurança, e ela prosseguiu:

*“(...) eu conversava muito com ela, mas ela sempre frisava que ia depender do final da gravidez, e no final (da gravidez) estava tudo bem, então, ela falava sempre assim. Por isso eu desisti, eu já não falava mais sobre o parto normal com ela...”*. (Regina)

Como podemos apreender nesta fala, esta informante parecia perceber que a cesárea era uma possibilidade que ‘rondava’ sempre suas consultas de pré-natal pela presença constante de condicionantes para a realização do PV.

A instigamos novamente, perguntando-lhe se, em vista de suas constantes dúvidas, havia pensado em mudar de obstetra, ao que respondeu afirmativamente. Porém, como nos mostrou, essa mudança não é fácil de ser realizada em meio à gestação. Ao lhe perguntarmos porque, apesar da desconfiança, permaneceu com esta médica, sua resposta indicou acomodação e aceitação da situação. Como colocou:

*“Já na primeira consulta eu tive minhas dúvidas, mas todo mundo dizia que era só impressão minha, ligava para as pessoas e elas me diziam que ia ser*

*tranqüilo, que ela (a obstetra) fazia partos normais. Aí eu fui ficando meio que com preguiça de procurar outra (obstetra)”. (Regina)*

A maioria dos depoimentos revelou que mesmo quando existe um discurso afirmativo sobre o PV, sempre permanece uma relativização, uma dúvida que deixa uma ‘porta entreaberta’ para a cesárea. Nesse cenário, fica claro que não é simples as mulheres ‘desejarem’ e escolherem o tipo de parto que querem ter.

Após termos conhecido como se deu o processo de escolha do obstetra para as entrevistadas, passamos, no próximo tópico, para a abordagem da relação médico-gestante no percurso da gravidez.

### **A interação entre a mulher e seu obstetra durante o pré-natal**

A relação das entrevistadas com os obstetras durante o pré-natal se mostrou bastante diferenciada nas questões que circundavam o parto, de acordo com as diversas posturas profissionais encontradas. Observamos que alguns profissionais se mostraram disponíveis e atenciosos em responder perguntas apresentadas pelas mulheres. Para uma pequena parte das entrevistadas, mesmo quando solícitos, isso não se traduziu, necessariamente, em acolhimento. Esses cuidados, nessa situação, eram percebidos por elas mais como parte de uma competência médica do que propriamente a formação de um vínculo afetivo pelo qual esperavam nesse momento.

*“(...) ela esteve sempre muito atenciosa, muito competente mesmo, não deixou passar nada, sempre me examinava, atenciosa com tudo, tirava todas as minhas dúvidas (...) ela era bem atenciosa, mas não era carinhosa e eu não esperava isso em uma médica.” (Regina) (grifo nosso)*

Diferentemente do que a grande maioria relatou sobre a relação com seus médicos, merece registro um depoimento que demonstrou uma atitude de distanciamento do profissional, onde o espaço para a fala/escuta da mulher não era considerado. Nossa informante expressou a dificuldade de interação com seu obstetra afirmando que as respostas dele às suas perguntas eram feitas de forma objetiva, ‘seca’ e sem a preocupação de construir uma aproximação com ela. Como reproduzimos aqui:

*“(...) eu falei que queria ter parto normal e ele (o obstetra) falou: ‘- acho que não vai ter problema nenhum de você ter parto normal, você é uma pessoa normal...’ Ele (o obstetra) é uma pessoa monossilábica, no mesmo*

*tom, ele (o obstetra) não se altera muito, então ele (o obstetra) achava que era normal, eu achava que era descaso (...) depois eu comecei a achar bom, que bom que ele (o obstetra) acha que é normal, que eu tô ótima, se não levanto a sobancelha dele (o obstetra), então é bom, eu vou ter normal.”*  
(Marta)

O relato de Marta mostrou que não houve uma sincronia até o momento do parto, como expressou a seguir:

*“Entre o Alan (obstetra) e eu não rolou nenhuma construção, nem identificação durante o pré-natal. Não tinha espaço pra dúvida, pra ‘fofoca’, pra ‘frufruzinho’, pra ‘colinho’, sabe ele não era uma pessoa acolhedora, nem um pouco (...) e no dia do parto é que eu virei prioridade, porque até então eu era tipo: mais uma na lista das que vão ter parto, tudo indicava normal”.* (Marta)

Em vários relatos, pudemos captar a sutil ingerência médica sobre o tipo de parto eleito pela mulher, sem que, no entanto, a maioria delas percebesse desde os primeiros momentos do acompanhamento pré-natal. As informantes compreendiam como razões ‘técnicas’ as alegações dos obstetras sobre possíveis dificuldades no momento do parto e que ‘demandariam’ uma intervenção cirúrgica. Os depoimentos abaixo ilustram essa questão:

*“Eu me lembro muito bem que a minha médica falou que ia tentar, ia fazer o que fosse possível para o parto normal, agora aí ela falou, não vou dizer que não falou, ela falou aquelas frases clássicas: tem que ver se você vai ter isso, se vai ter aquilo, não sei quê, se tiver todas as condições você vai ter normal (...)”* (Dora)

*“Eu falei para ela o tempo todo que eu queria um parto normal, até por saber das vantagens para a mulher e para a criança também, e ela falou: ‘\_Não tem o menor problema, mas eu quero que você também esteja preparada porque, se houver alguma complicação, se você não tiver dilatação se não tiver contração, nós teremos que partir pra uma cesárea, para a criança não ter problema’. Eu estava ciente disso o tempo todo (...)”*  
(Tânia)

Percebe-se aqui o quanto as ideologias que circundam tanto o parto vaginal como a cesariana refletem e se utilizam da lógica dualista que reforça as dicotomias conceituais – perigoso/seguro; bom/ruim; corpo/máquina; natural/mecanicista – que permeiam as relações sociais e científicas na assistência à saúde. A naturalização do ato cirúrgico como via de

nascimento parece servir para confundir e gerar conflitos para as mulheres, tanto quanto o ‘terrorismo’ que se proclama sobre o parto vaginal.

Como aponta Berman (1997):

*“(...) quando a ciência de uma sociedade é reconhecida como uma expressão da sua ideologia, o repetido ressurgimento em nossa mídia de hipóteses biológicas deterministas (...) não constitui mais um fenômeno misterioso ou aberrante. Representa a maneira de pensar necessária à preservação de uma sociedade baseada na hegemonia de uma elite”.*  
(p.248)

Em nossa pesquisa, buscamos problematizar essa questão da escolha com as próprias mulheres. E elas mesmas, durante as entrevistas, iam se dando conta das contradições, sutilezas e ambigüidades que envolvem esse processo de escolha (que, na verdade, *não é* escolha) e as pressões que resultam em insegurança para elas.

Nos depoimentos a seguir, podemos observar as diversas formas de percepção crítica das mulheres sobre a atitude ‘velada’ do médico:

*“Eu senti que ela (a obstetra) estava ‘escorregando’, me deixava insegura. Na verdade, pensando depois, ela (a obstetra) não me incentivou para o parto normal. Ela (a obstetra) queria... ela (a obstetra) tinha na verdade uma tendência para a cesárea”* (Regina).

*“Olha, pra falar a verdade, eu senti no dia que eu levei a minha ultra (sonografia), que o bebê estava enrolado, ele (o obstetra) deu um sorriso de ‘orelha a orelha’, tipo assim: ‘\_Oba vai ser mais uma cesárea.’ Talvez, devido ao meu desejo ‘louco’ de ter parto normal ser muito evidente, eu senti isso nele (o obstetra). Ele (o obstetra) deu um sorriso e disse: ‘\_Olha está enrolado, hein! E duas voltas! Então eu senti que...ele (o obstetra) ficou feliz com isso, pois é... Com certeza isso facilitou muito para ele (o obstetra) justificar a cesárea, senti que ele (o obstetra) queria muito que fosse cesárea. Foi o que percebi...”* (Natália)

*“Eu queria muito o parto normal (...) Gostei muito dele (do obstetra), achei uma pessoa séria, uma pessoa atenciosa comigo, gastou tempo comigo (...) e aí ele (o obstetra) começou a me ‘cozinhar’, falou: ‘\_Olha, vamos ver o que acontece, mas acho muito difícil ser parto normal porque isso, porque aquilo... ele (o obstetra) sabia que eu queria um parto normal (...) Aí eu fui*

*refletir...será que se eu tivesse procurado outro médico a gente teria encarado o parto normal?” (Carla)*

Esses depoimentos sugerem que, durante o acompanhamento pré-natal, aconteceram possibilidades de manipulação, voluntária ou não, consciente ou não, entre o que era realmente desejado pela mulher e o desfecho do parto em cirurgia, já que nenhuma de nossas entrevistadas fez cesárea ‘a pedido’. Essa manipulação pode representar uma interferência obstétrica próximo e/ou no momento do parto, reforçando os resultados já encontrados em outras pesquisas (Souza, 2002). Voltaremos a essa questão mais adiante, quando abordaremos o desfecho do parto.

Como já mencionado, supomos que as mulheres das camadas médias que utilizam o setor privado de saúde teriam condições mais favoráveis de construir um vínculo de confiança com o seu obstetra durante o percurso da gravidez. Isso deveria ser facilitado pelo número elevado de consultas de pré-natal que as entrevistas revelaram (em média 12 consultas), e o que se confirma em outros inúmeros estudos, muito acima do mínimo de seis consultas recomendadas pelo protocolo do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2002) e pelo MS (2006). Além disso, essas mulheres têm garantias de que será o mesmo profissional que as acompanhou durante a gravidez que realizará o parto.

Idealmente, segundo Souza (2002), Balan (1996), Faúndes (1991) e UNICAMP (1983) as consultas de pré-natal deveriam ser um espaço para o intercâmbio de idéias, onde a mulher pudesse expressar suas dúvidas, ansiedades e escolhas. Infelizmente, seja pelas consultas apressadas em consultórios cheios, seja pela necessidade de manter a mulher desinformada, essa oportunidade de fala/escuta pode ficar aquém das expectativas das mulheres.

Um depoimento sobre essa dificuldade de interação merece registro, pois retrata bem essa situação, como apresentamos a seguir:

*“Nunca (o obstetra) falou (sobre o parto) e eu senti falta disso. Eu não sabia muito bem o que perguntar, sabe, eu não era uma pessoa... eu não tinha noção do que era, como eu tenho hoje em dia (...) eu tinha muitas dúvidas e eu queria muito perguntar várias coisas e ele (o obstetra) não me dava muito ‘papo’ e ele (o obstetra) dizia que: ‘\_ eu acho que você é uma menina normal, tem 28 anos, saudável, claro que vai ter um parto normal (...) e aí aquelas minhas perguntas todas acabavam como uma besteira minha, bobagem, eu não vou perguntar nada e acabei entrando naquele molde de*

*mais uma na multidão que vai ter um filho de parto normal. Eu me sentia meio tolinha, sabe, tudo o que eu perguntava (ao obstetra) era: ‘é óbvio que não... é óbvio que sim... é óbvio que não sei que... eu acabei ficando quieta... me contentei, assim, em ser mais uma ali no consultório, de não ficar perguntando demais e também, sabe, de não ficar ‘enchendo o saco’ dele (o obstetra) demais, porque ele (o obstetra) tinha ‘500 pessoas pra atender, às vezes eu ficava duas horas e meia esperando pra ser atendida.’* (Marta).

Portanto, nesse espaço de inter-relação que o pré-natal propicia, encontramos, nos depoimentos, diferentes formas de interação entre as mulheres e seus obstetras. Navegamos nos conflitos e contradições de suas falas, permeadas pelas dúvidas que as levavam aos questionamentos que nem sempre eram resolvidos e/ou respondidos claramente, até a disponibilidade total de alguns desses profissionais, o que propiciava a essas gestantes sentirem-se totalmente apoiadas e confiantes. Vimos também que essa disponibilidade nem sempre correspondia à certeza, para a mulher, de que o seu direito estava realmente garantido; por fim, algumas mulheres tiveram a certeza de que tudo foi feito para que a sua vontade prevalecesse. O depoimento a seguir demonstra essas contradições:

*“Ela (a obstetra) apoiava a minha decisão sobre o parto, sempre respondia as minhas perguntas. Eu acho, assim, que no final eu fiquei na dúvida, mas aí, é o que eu falei... você tem que confiar, porque chega uma hora que eu acho tipo assim, se você começa a entrar numa de tudo desconfiar, não é uma relação bacana, entendeu? Eu acho que o ideal é você escolher um médico que você tenha muita confiança (...) e eu já tinha construído uma relação de confiança muito grande com ela (a obstetra), então assim... não teria vontade de mudar, não senti vontade de mudar também tem isso (...) e eu cheguei à conclusão e falei: ‘\_ Bom se ela (a obstetra) chegar uma hora e falar que tem que ser cesárea eu vou ter que acreditar e paciência, entendeu?’* (Dora)

Sobre uma possível mudança de obstetra no transcórre da gestação, uma de nossas informantes expressou sua angústia acerca dessa difícil decisão. No seu relato, percebemos que mudar nessa hora não é uma decisão fácil de ser tomada:

*“(...) No início da gravidez eu até mudei, quando não gostei do primeiro médico, que não queria fazer o parto normal, mas eu estava no início, mas de repente... é... uma dificuldade no meio de um processo é mudar. Você está no*

*meio de uma gestação. Agora, quando eu estava com seis meses de gestação mudar de obstetra?! É complicado.” (Joana)*

Em contrapartida àqueles depoimentos permeados de dúvidas e inseguranças com seus médicos, encontramos relatos que demonstraram uma total confiança no obstetra e na decisão tomada por ele sobre o parto. Os depoimentos a seguir ilustram esta situação:

*“Não, ele (o obstetra) não, em nenhum momento. Não é do feitio dele (o obstetra) assim... acho que a gente pode nem bem perceber que a pessoa está te enganando e no final você perceber... não é do feitio, não combina e em nenhum momento ele (o obstetra) me desencorajou. Nunca! Pelo contrário, nos últimos dias (...) tinha um feriado no meio, eu já estava com 40 semanas e três dias, nosso maior pavor (dela e do marido) é que ela (o bebê) nascesse no dia de finados. Grande besteira, né? Depois até nos culpamos por esse sentimento, ela (o bebê) tinha que nascer no dia que ela quisesse, né? Fosse finados ou não. Quando eu conversei com ele (o obstetra)... ele me perguntou: ‘\_Você queria marcar a cesárea para dia primeiro? Olha não posso te garantir que não vá nascer amanhã, mas as chances são grandes de você passar o dia dois e passar até mais pra frente... Entendeu?’ Em nenhum momento ele me induziu para ser cesariana. Nunca! Mesmo porque dia dois era uma quinta-feira, uma coisa assim... o pessoal emenda, mas em momento nenhum ele (o obstetra) sugeriu. Ele (o obstetra) falou que a equipe toda já estava ali, todo mundo esperando, de sobreaviso... Ele é fantástico.” (Karina)*

*“Eu sempre perguntava (ao obstetra) se estava tudo bem, se tava caminhando bem, se o neném tava virado (na posição cefálica<sup>25</sup>), entrando na posição. Fiz uma ultra (sonografia) e o cordão umbilical não tava enrolado (no pescoço), não tava nada. Aí a gente foi assim falando, tirando as dúvidas, vamos continuar esperando. Eu achei meu pré-natal muito bom, ele (o obstetra) me deu segurança, foi afetivo. Em nenhum momento do pré-natal eu achei que ele (o obstetra) não fosse cumprir, não tive esse receio, eu achei que se eu pudesse mesmo fazer o parto normal, ele (o obstetra) ia fazer, tinha confiança nele (o obstetra). (Vitória)*

Nossas entrevistadas, pertencendo aos segmentos médios da população, supostamente teriam mais condições de escolher, mudar de médico, buscar outras opções nos seus planos de saúde quando comparadas às mulheres das camadas populares para as quais o direito a escolha nem é considerado. Mas, como já discutido anteriormente, essa possibilidade de

---

<sup>25</sup> É a posição do bebê mais favorável para o parto vaginal onde a apresentação da cabeça do bebê se insinua no canal de parto primeiro.

buscar nos convênios referências seguras que possam garantir a realização do seu desejo está muito aquém dos seus anseios e possibilidades. Mesmo aquelas informantes que buscaram informações e se prepararam durante a gravidez através de palestras e cursos específicos, não demonstraram estarem fortalecidas o suficiente para fazerem frente a um poder médico legitimado e ancorado nas estruturas empresariais mercantis dos planos de saúde.

Nesse sentido, entendemos que a experiência vivenciada pelas mulheres no pré-natal pode constituir uma oportunidade ímpar para que avaliem e reflitam sobre as potenciais possibilidades de uma experiência satisfatória e enriquecedora do parto. Concluindo esse tópico, deixamos para reflexão as palavras de uma entrevistada:

*“Então, eu acho que você tem que trabalhar muito assim no pré-natal, o pré-natal é fundamental, e esse diálogo... mas, até mesmo antes de engravidar você já começar a saber qual é o tipo de profissional que você tá lidando, pra ver se você não vai precisar no meio do caminho mudar. A escolha do profissional é essencial.” (Dora)*

A seguir, apresentaremos a cesariana no cenário da mercantilização do parto e os interesses econômicos que podem estar permeando esse contexto.

#### **4.3.3.2.2. Mercantilização do parto – A indústria da cesárea**

No roteiro incluímos uma pergunta sobre a questão do plano de saúde. O questionamento tinha como objetivo analisar a relação das entrevistadas com o sistema privado de saúde e as dificuldades, ou não, que poderiam ter ocorrido no pré-natal e no momento do parto. Cabe ressaltar que a maioria das entrevistadas informou que os planos atenderam suas expectativas, tanto na gravidez como no parto, no que concerne à realização de exames, consultas, maternidade, etc.

A despeito disso, não poderíamos deixar de trazer para a discussão as questões que afetam a assistência ao parto no sistema privado de saúde, na medida em que as mulheres atendidas nesse sistema estão sendo submetidas a cesarianas em larga escala. Apesar das iniciativas com objetivo diminuir esses índices para 15% nos próximos três anos, observamos que essa questão está perpassada por poderosos interesses econômicos. A complexidade desses mecanismos corporativos nos leva a crer que as usuárias desse sistema têm pouco a fazer, no plano individual de ação, para garantirem suas opções quanto ao tipo de parto que desejam, tornando-se reféns da política neoliberal e dos interesses desse mercado.

Nos depoimentos, a mercantilização do parto ia surgindo entrelaçada às outras questões relacionadas à assistência prestada não só pelos profissionais, mas também vinculada ao serviço privado de saúde e à própria economia capitalista.

Vale ressaltar que uma de nossas informantes comentou que, quando pensou em engravidar, resolveu se vincular a um plano de saúde com melhores opções em substituição ao que tinha. Percebeu que um parto particular estaria fora de seu alcance financeiro. Como registrado no seu depoimento:

*“(...) enfim, comecei a descobrir que os partos (particulares) eram R\$7.000,00, um parto, se você for pagar, é esse preço, e eu não queria pagar, tinha um plano, só que a cobertura não era boa. Até que eu fiz um plano, um ano antes exatamente, porque eu pensava que em algum momento próximo eu ia ter filho, então... e eu nunca tinha usado meu plano, a primeira vez foi no exame de gravidez... essa coisa (plano de saúde) meio chantagista que a gente tem que ter. Hoje ter um filho não é ‘barato’, mesmo com um plano de saúde e mesmo tendo uma família que ajuda.” (Marta)*

Essa preocupação nos parece ser inerente às camadas médias que provavelmente são a maior clientela/consumidora da saúde suplementar. A ‘corrida’ para a aquisição de um plano de saúde está certamente relacionada à percepção da crise dos serviços públicos de saúde, tornando-se necessário, para quem pode pagar, possuir um plano de saúde privado. Essa situação reforça a condição atual desse setor, que se aproveita da falência do sistema público, pelo qual o ‘Movimento Sanitário’<sup>26</sup> tanto lutou. Pode-se ainda perceber, no depoimento acima, que existe uma consciência, por parte da entrevistada, que um filho representa uma demanda financeira que tem impacto no orçamento e organização familiares.

Assim sendo, pode-se dizer que a medicina se mercantilizou utilizando, entre outras estratégias, da naturalização ‘ideológica’ de determinadas questões, como acontece hoje com a cesárea. Segundo Castro (1992), os (pré)conceitos estão tão introjetados na sociedade que não são mais questionados, são aceitos simplesmente porque a ‘ciência sabe o que é melhor’. Como vemos na fala a seguir:

*“Minha prima, que faz medicina, mesmo disse que a ciência evoluiu pra você não sofrer muito. Ela disse: ‘\_Pra quê você vai sofrer podendo não sofrer. Faz cesariana’.” (Flora)*

<sup>26</sup> Cf: Costa e Aquino, 2000 e Simões Barbosa, 2001

Como percebemos, esse (pré)conceito está inserido de forma muito contundente não só social e culturalmente, mas também na própria formação médica, que prepara os profissionais que estarão atuando no ‘mercado’ futuro com a idéia distorcida que uma cirurgia é melhor do que o processo fisiológico.

Os depoimentos abaixo retratam os caminhos da assistência obstétrica no setor privado:

*“Com certeza o cordão (umbilical enrolado no pescoço) foi uma justificativa que facilitou muito. Ele (o obstetra) queria muito que fosse cesárea, foi o que eu percebi, inclusive pelo horário. Ele disse ‘\_Vamos marcar essa cesárea terça ou quarta-feira, à noite, depois do horário do meu consultório’.”* (Natália)

*“A que ponto chegamos! Eu tenho uma amiga que eu pensei com certeza que ela ia querer o parto normal. Liguei pra ela, e fui falar do parto e ela me responde: ‘\_Ah Dora, não, o meu médico... ele foi sincero comigo, ele falou desde o início que só fazia cesárea. Então deixa assim...’”* Eu fiquei tão impressionada porque ela falou que ele (o obstetra) marca às quartas no hospital, pra não atrapalhar o consultório. Então, temos o dia das cesáreas! Me impressionou o jeito que ela falou, que o médico tá acostumado, que isso é normal, é melhor e mais seguro a cesárea, né... aceitou assim tranqüilamente, ela falou que o bebê tava certinho, encaixadinho... Eu falei: ‘\_Gente isso é demais, entendeu, acho que é assim um absurdo, vai pra uma cirurgia desnecessariamente, absolutamente desnecessária e programada desde o primeiro dia da gravidez... Oh! Descobriu que tá grávida, então vai nascer numa quarta porque é melhor pro médico. É surreal uma proposta dessa!” (Dora)

A indignação da entrevistada remete-se não só ao desrespeito do processo fisiológico do nascimento, mas também ao comodismo da própria mulher em aceitar a situação sem nenhuma indignação, já que no início da gravidez poderia ter procurado outro obstetra. Isso sugere o quanto não há mais muita ‘estranheza’ quanto a esse tipo de procedimento. Como observamos na fala de mais uma entrevistada:

*“Eu acho que isso (a aceitação da cesárea) acontece porque as mulheres não decidem sobre esse momento na vida (o parto) delas. Elas (as mulheres) deixam alguém decidir e esse alguém é o médico, entendeu? Elas deixam o médico optar. Eu não sei porque para o médico é melhor fazer cesariana. Talvez por ele ganhar mais dinheiro? É uma coisa de financeiro...”* (Carla)

É fato que vivemos numa economia que visa ao lucro, que tem interesses num mercado produtivo. E o parto seria um mercado também, onde as cesáreas fariam parte desse contexto lucrativo. É todo um processo econômico, político e ideológico que parece preparar a ‘cabeça’ e a subjetividade das mulheres deste segmento social. Os médicos parecem ver as mulheres de camadas médias apenas como ‘consumidoras’ das novas tecnologias do parto. O ‘sagrado’ compromisso ético da medicina com a saúde do paciente, acima de tudo, parece estar se tornando obsoleto.

Nessa abordagem ideológica, incluem-se ainda os companheiros e a família que participam juntos desse processo, acreditando que essa forma de nascer é mais segura, sem riscos de complicações frente à ‘imprevisibilidade’ associada ao PV. A classe média parece ter se afastado dos processos normais da parturição e, portanto, está ficando ‘desconectada’ dessa experiência. Por tudo já exposto, percebe-se que seus medos estão alicerçados naquilo que não conhecem mais, no que deveria ser o processo natural. Em contrapartida, demonstram estarem muito bem familiarizados com a cesárea e as novas tecnologias na assistência ao parto e parecem aprová-las.

*“(...) O tempo todo ele (o companheiro) queria cesárea, que pra ele é melhor, mais rápido, não tem sofrimento, é uma coisa certa...” (Joana)*

*“Ele (o companheiro) acha melhor esse tipo de parto, porque é mais seguro pro bebê e ele nasce mais ‘bonito’.” (Elis)*

Ampliando mais o olhar sobre essa questão, percebemos que o parto hoje está sendo tratado como um grande ‘negócio’. A cesárea está sendo realizada em série, como numa ‘linha de produção’, vide os agendamentos e lotação das maternidades privadas. Num dos depoimentos, a entrevistada relata a pressão que sofreu:

*“Ele (o obstetra) me dizia sempre, dando ‘aquele sorrisinho de lado’: ‘\_É, mas ele tá enroladinho, não é, como vai ser? Não podemos esperar muito, é melhor marcar’. Eu não queria marcar e falava pra ele (o obstetra): ‘\_Eu não quero marcar horário e data! Eu acho que assim é o mesmo que ligar pra um salão de beleza pra fazer as unhas. Isso é chato!’” (Natália)*

Nossa entrevistada associou, pertinentemente, a forma de parir que estava sendo imposta a ela a um tipo de comércio desvinculado dos aspectos valorativos desejáveis à prática médica, e que pressupõe um agendamento para poder ser realizado. A atitude do

médico relega o envolvimento emocional do processo da parturição, ‘romantizado’ por muitas mulheres, como retratamos novamente no depoimento abaixo:

*“Acho que, sei lá, não sei... eu ia ver se o médico era assim, mais... mais... romântico, sabe... é sabe, acho que de uma próxima vez eu vou procurar isso. Acho que ela (a obstetra) é mais técnica do que ‘humana’.” (Flora)*

Na outra ponta dessa questão, os partos domiciliares que são, em menor escala, ‘artesanais’, têm um valor de mercado alto para a maioria das mulheres, mesmo as das camadas médias. Mas, sem dúvida, eles tornaram-se uma ‘saída’ para a garantia do direito de escolha ser respeitado. Apesar disso, são ainda uma possibilidade para poucas que desejam parir fora do ambiente hospitalar e que teriam que arcar com os custos ‘não cobertos’ pelos planos de saúde. Como demonstra uma informante:

*“Quando eu tava com seis meses, pelas incertezas que tinha da minha médica fazer realmente o parto normal, eu decidi que eu iria ter o bebê em casa, aí eu fui procurar saber de preço. Pra gente não dava naquele momento, mas, de uma forma ou de outra... seria uma possibilidade mais garantida de ter a escolha respeitada.” (Regina).*

No entanto, a maioria das entrevistadas revelou que, mesmo já tendo ouvido falar do parto domiciliar, não estariam ainda preparadas para parir fora do ambiente hospitalar, como expomos a seguir:

*“E tinha também uma expectativa desse novo modelo agora... na minha geração tem muita mulher tendo filho em casa e eu tenho sentido muitas amigas minhas tão tendo filho assim e que também é um modismo, mas eu acho que ainda é uma coisa um pouco... hoje em dia eu ainda não estou segura pra fazer um parto em casa.” (Marta)*

Apesar da informante ter se referido a esse tipo de parto como um modismo, não podemos olhá-lo apenas como uma moda do momento. Existe também uma interface do parto domiciliar que parece estar vinculada à aspiração legítima das mulheres das camadas médias mais conscientes que têm mais acesso à informação sobre um parto mais idealizado, mais natural, com menos intervenção. Esse aumento na procura pelo parto realizado em casa gerou uma movimentação nesse novo ‘mercado’ de consumo, que acabou se transformando no que poderia ser considerado um modismo para as mulheres parirem. Existem pressões de ambos os lados, tanto para aquelas que fazem cesárea quanto para as que optam pelo parto em casa.

As mulheres que não se ‘encaixam’ num determinado grupo se sentem excluídas e pouco valorizadas pela experiência que passaram. Nossa entrevistada complementa:

*“E eu sinto hoje em dia... porque tenho duas amigas grávidas, e eu tive cesárea e outra amiga teve em casa... claro, que elas (as amigas grávidas) não querem saber da cesárea, de ouvir nada que eu tenha pra contar. Cesárea é uma coisa... assim, eu sou mais uma que pariu naquela porcentagem (das cesarianas), entendeu? E elas não querem saber porque, então, eu tô fora do ‘grupinho’.” (Marta)*

Evidencia-se o quanto hoje existe uma indústria do parto e que a cesárea pode ser considerada e entendida como um bem de mercado, um bem a ser consumido e com muitos interesses perpassando questões que nos parecem estar imbricadas no profissional médico, na categoria médica, em última análise, nos interesses econômicos e políticos do sistema social em que vivemos. Assim, essas questões não são individuais, mas uma questão de mercado que envolve uma classe profissional que se articula como *classe* para ‘defender’ os privilégios, os ganhos financeiros de uma medicina de consumo inserida na ‘indústria da saúde’. A fala abaixo ilustra essa questão:

*“Vi isso com algumas amigas que têm obstetra que nem marca hora que é pra atender mais gente, então é ruim por causa disso... Você fica horas esperando uma consulta.” (Flora)*

Outras entrevistadas comentaram sobre o tempo de espera nas consultas, sendo que a maioria daquelas que verbalizaram esse problema não se referiu ao tempo em si da consulta individual e sim de consultórios cheios.

De outro modo, podemos dizer que a praticidade da cesariana eletiva e a rapidez técnica de sua execução a colocam em destaque na linha de produção que se tornou o mercado de partos no Brasil, assim como no mundo, onde continua a crescer, como já citado. Dias (2007) aponta que, *“quando a tecnologia não respeita a fisiologia, a ciência é usada sem indicação com objetivo de ganhar tempo”*. Sem esquecer a indústria farmacêutica que produz os medicamentos necessários, de última geração, para garantir uma intervenção cirúrgica sem complicação/infecção, como alerta Rattner (1996), sobre a existência de uma ‘cultura medicalizada da saúde da mulher’ no Brasil. O depoimento expressa uma visão crítica dessa situação:

*“Para o médico que está acostumado a fazer cirurgias mais complexas, o que é uma cesárea? Corta no local, retira o neném, ‘costura’ de novo. Uma cirurgia que ao todo leva uns 40 minutos: são 10 minutos pra retirar o bebê e 30 minutos pra ‘costurar’ a mulher. Eles dão uma overdose de antibióticos e anti-inflamatórios, uma bomba que não sei como isso não faz mal pro neném já que vai pro leite.” (Elis)*

Outra situação inusitada foi pontuada por uma das entrevistadas e merece ser relatada. Ela aborda a forma naturalizada e introjetada que os funcionários das maternidades privadas se relacionam com a cesariana, como revelado a seguir:

*“Chegamos lá (na maternidade) e fomos preencher a ficha de internação. Aquilo parece um hotel, você se instala num quarto igual a um hotel, aí entram as pessoas: ‘\_Que horas vai ser a cirurgia?’ Ai o M. (companheiro) respondeu: ‘\_Não vai ser cirurgia, vai ser um parto!!’ E aí de novo: ‘\_Que horas vai ser a cirurgia?’ \_Vai ser partoooo!!!.” (Marta)*

É necessário potencializar essa discussão numa perspectiva mais crítica para entender o papel das instituições de saúde do sistema complementar no que se refere aos direitos reprodutivos das mulheres atendidas nesse setor. Nos parece que, atualmente, é importante manter as mulheres ‘incentivadas’ a fazerem cesarianas, sendo que, nessa lógica, o desejo e a saúde da mulher e do bebê é o que menos importa.

Diante de tantos relatos, parece-nos que os médicos só escutam o que eles querem ouvir, o que representa uma ‘escuta seletiva’ para os medos das mulheres e suas dores. É nesses momentos que o obstetra encontra uma forma de justificar o procedimento, para si mesmo e para sociedade. Por causa dessa ‘surdez’, deixam, muitas vezes, de entender o que as mulheres realmente sentem e desejam em relação ao parto. Segundo Faúndes (2004), o argumento desses profissionais é que ‘fazem’ a cesárea para ajudar, para que as mulheres não passem por ‘sofrimentos’ no trabalho de parto e no parto e que não se corra ‘riscos’ (grifo nosso). Portanto, tudo ‘é para o bem delas!’

Hoje, visualizamos a saúde reprodutiva entendida na lógica de mercado da produção x reprodução, impulsionada pelo sistema capitalista que, segundo Connel (1998), impõe um ritmo perverso, competitivo, que dificulta as relações sociais e afetivas, onde os sujeitos são controlados pela força do capital. Esses interesses mercadológicos subtraem das mulheres o exercício e o direito da livre escolha e as colocam na linha de produção, que assistimos nas maternidades privadas.

O parto não pode ser encarado como um comércio, mas sim como um ato humano, enriquecedor não só para a mulher, mas para o companheiro e toda a família, numa dimensão mais ampla que abarca as questões sociais e culturais que o circundam.

Para finalizar, deixamos para reflexão um relato de nossa informante que mostra, com agudeza e profundidade, no que se transformou a ‘indústria de partos’, que, ao que parece, tende a descartar inclusive conceitos éticos:

*“Eu me lembro que uma amiga falou que a médica, na hora de preencher os papéis (na maternidade) perguntou pra outro médico: ‘\_O que eu poderia colocar para justificar que será cesárea?’. É um absurdo.” (Elis)*

Apesar de todas as contradições e conflitos em que vivem nessa trajetória entre a escolha do parto que desejam e a sua concretização, encontramos mulheres que não perderam o senso crítico sobre essa questão. É uma demonstração de resistência que potencializa a luta para transformar o cenário que encontramos na assistência ao parto nas camadas médias, que nos escandaliza com índices inaceitáveis de cesarianas. Essas sinalizações de resistência são uma luz, uma esperança para que as mulheres resgatem novamente o controle sobre o seu corpo, sua gravidez e o processo do parto e nascimento. Assim, em um paradigma diferente do atual, deve-se focar o parto em sua normalidade e não na sua patologização.

No subtema seguinte, nos dedicaremos a abordar as experiências vividas por nossas entrevistadas para manter a escolha do PV com a aproximação do momento do nascimento de seus filhos.

#### **4.3.3.2.3. Aproximação do parto – as pressões vividas pela mulher na manutenção da escolha**

Como já visto, estudos vêm demonstrando que as alarmantes taxas de cesariana em nosso país parecem não terem respaldo em evidência científica que as justifiquem, nem respeito à escolha do parto pela mulher. Potter et al (2001) mostram que, na maioria das vezes, essas cirurgias são realizadas contra a vontade e expectativa das mulheres, principalmente no setor de saúde suplementar, no qual esses índices se aproximam de 80%. Portanto, nesse subtema, abordaremos as diversas formas de pressões que interagem com a mulher nesse momento mais próximo ao parto.

## Relações de poder entre médico e mulher

Segundo Zorzetto (2006), a aceitação da cesariana pela mulher é, em parte, conseqüência do desequilíbrio de poder na relação desigual entre o médico e a mulher. O poder que muitas mulheres sentem ao estarem grávidas se contrapõe à fragilidade sentida no momento do nascimento de seus filhos. Esse sentimento é vivido, em especial, pelas primíparas, que sentem medo ao enfrentarem uma situação ainda não experimentada, cercada por muitos mitos. A adoção de uma postura passiva da mulher nos levaria a supor que, muitas vezes, elas preferem ser conduzidas ao invés de conduzirem suas próprias ações no momento do parto. Podemos imaginar que, nesse momento, entendem que é mais seguro, para elas e seus bebês, deixarem qualquer decisão nas ‘mãos’ do obstetra, já que o reconhecem como detentor do saber para as decisões acertadas. Essa relação de subordinação da mulher se consolida na legitimação do poder médico frente ao saber científico que só ele domina. Como nos fala Jaggar (1997):

*“É verdade que as mulheres, como todas as pessoas subordinadas, especialmente aquelas que têm que viver em íntima proximidade com seus dominadores, envolvem-se muitas vezes em ilusões emocionais e até auto-ilusões, como preço de sua sobrevivência.”* (p.179)

Essa postura de auto-defesa, aceitando a cesárea, foi observada em algumas de nossas entrevistas. Ela parece ter sido assumida em decorrência da pressão médica exercida sobre suas responsabilidades na escolha do PV e dos prováveis ‘riscos’ inerentes atribuídos a esse tipo de parto. As mulheres, então, parecem ter cedido ao saber/poder médico, convencidas da necessidade da realização da cesariana. Os relatos a seguir ilustram essa questão:

*“(...) ela (a obstetra) fez o toque<sup>27</sup> de novo e não sentiu a cabecinha, ela (a obstetra) falou: ‘\_O neném não está encaixado até agora e já deveria estar porque é a primeira gestação... essas coisas todas. Isso significa que vai ser um bebê grande, não vou dizer que não vai dar pra fazer (parto normal), mas a princípio a melhor opção vai ser a cesárea pra você por causa disso, você tem que ver que ela (o bebê) tá passando do tempo de nascer...’ Ai acabou marcando. Você não quer o quê? Você não quer correr riscos”.* (Flora, 39 semanas no momento da cesárea).

Ao ser perguntada sobre o peso do bebê e se ele nasceu bem, nos respondeu:

---

<sup>27</sup> O toque vaginal é realizado para fornecer dados que indiquem a posição do feto e a dimensão da dilatação do colo uterino.

*“Ela nasceu com 3.275g, acho que daria pra fazer normal, mas acabou marcando a cesárea, né... Ela (a médica) até falou: só não vou marcar antes de 38 semanas...’ Não entrei em trabalho de parto, mas ela passou do tempo mesmo, não tava querendo nascer..., no final das contas ia ser cesariana mesmo.” (Flora)*

Insistimos na pergunta se o bebê tinha nascido bem, ao que ela respondeu: *“\_Nasceu bem, teve o Apgar 8 e 9, acho que... 8 assim que nasceu e 9 depois no 5º minuto, foi tudo bem, tudo bem.”*

Nossa entrevistada demonstrou estar informada, ao aludir sobre o teste de Apgar que é uma referência do recém-nato estar sem problemas. Vale ressaltar que, durante a entrevista, esta mulher verbalizou que gostava de ler e visitar sites específicos sobre parto e ver na TV a cabo programas a esse respeito, sendo estas suas possíveis fontes de conhecimento. Como se pode ver, o acesso à informação nem sempre fornece o olhar crítico necessário para a percepção de possíveis ‘rituais coercitivos’ que poderiam levar as mulheres a alguma contestação frente à decisão médica, respaldada num discurso legitimado.

Segundo Boltanski (1989), o saber científico gera ansiedade, tensão e insegurança para as mulheres no enfrentamento desse universo desconhecido de linguagem e regras próprias. Esse fato reitera a ‘ignorância’ da mulher frente a um saber reconhecidamente legítimo, mantido pela barreira lingüística e pela desinformação, diminuindo, assim, a interlocução que, supostamente, deveriam ter com seus obstetras. A falta referencial desse conhecimento constitui um impedimento para que submetam à crítica o discurso médico. Como vemos a seguir:

*“(...) o que eu acredito é que ela (a obstetra) faça partos normais quando tá com todas as condições e absolutamente 100% das condições, o que eu acho não precisa ser, entendeu? Acho que às vezes você pode ‘trabalhar’ um pouco as condições também, as condições podem ser um pouco adversas, mas você pode tentar trabalhar. (...) Acho também que não dá pra você tentar discutir com um profissional da saúde, porque sem dúvida essa relação de poder é desigual (...) é uma questão de confiança, o sujeito estudou dez anos praticamente, uma residência (médica) e pra trabalhar com isso... ou você se entrega ou não, (...) eu li até isso, que algumas vezes é o casal que manda naquilo ali (no parto), mas não é bem assim, a verdade não é essa... você não vai discutir na hora, na sala de parto com a médica, não vai fazer isso não, acho que não é bem assim, acho que tem uma relação de poder sim... (Dora)*

Boltanski (1989) e Martin (2006) ressaltam que o discurso médico nas camadas médias ganha força e determina uma relação de confiabilidade e poder junto às mulheres. Essa confiança vem não só por pertencerem à mesma classe social e, portanto, se identificarem enquanto classe, mas também da intelectualização diferenciada advinda dos conhecimentos específicos que dominam. Esse referencial por si confere poder ao médico. Sendo assim, suas condutas estariam respaldadas no valor social adquirido pelo saber e, com isso, ampliando suas possibilidades de manipulação. Como ilustrado nas falas abaixo:

*“Embora eu tivesse essa insegurança nesse dia (da indicação da cesárea), eu tenho muita confiança no meu médico, e então isso foi um fator positivo pra mim. Ele é muito competente, está sempre indo a congressos, se atualizando, não tinha porque não confiar nele, claro que ele sabia o que estava fazendo.” (Alice)*

*“Aí... ela é uma boa médica, ela é uma pessoa responsável, ela é pesquisadora, trabalha com pesquisa, o que já conquistou mais a minha confiança por causa disso.” (Flora)*

*“Era óbvio que o trabalho dele (obstetra) é botar uma criança no mundo de maneira mais...com o menor risco possível, entendeu? Se ele (o obstetra) chegar perto de um risco, ele desvia pela cesárea (...) ele tem compromisso de tirar a criança da melhor forma possível (...) esse compromisso ele cumpriu, e ele cumpriu muito bem.” (Marta)*

As informantes, em sua maioria, mesmo quando durante a gestação perceberam que estavam sendo conduzidas a aceitarem outro desfecho para o parto, não se contrapuseram à indução e/ou a manipulação médica. Sequer se confrontaram com a possível ‘condicionalidade’ da mudança. Parece haver uma incorporação de uma ideologia, de um discurso introjetado que as faz acreditar que a cesárea é, de fato, melhor. Segundo Jaggar (1997), isso se configura numa forma ideológica que preenche certas funções sociais e políticas. Como podemos perceber na fala a seguir:

*“Ela (a médica) falou cada um é cada um, o parto normal é mais natural. A criança nasce com a cabeça um pouquinho deformadinha porque faz a pressão, você sente as dores do parto, vai chegar lá na hora, você vai ter que fazer força, essas coisas todas. A cesariana não... é mais tranqüila, você agenda e vai lá e corta e tira, toma anestesia e essas coisas, mas é tudo normal e tal... mas você decide o que você quer.” (Flora)*

No relato acima, contrariamente ao que seria idealmente esperado por parte dos obstetras, observamos que, em algumas entrevistas, os discursos introduziam algum tipo de problema ou perigos possíveis associados ao PV e exaltando a cesariana como segura e rápida. Esses argumentos, na nossa percepção, eram refratários à escolha da mulher e serviram para desmotivá-la a prosseguir com a sua expectativa.

Mesmo com as mulheres das camadas médias, o médico parece reafirmar as diferenças de conhecimento que existe entre eles, destituindo-as de qualquer poder nesse contexto. Segundo Boltanski (1989), mesmo que essa relação seja uma relação intraclasse, as relações de poder não mudam. Jaggar (1997) nos mostra que isso acontece porque ele carrega o saber da medicina, o poder biomédico legitimado que leva as mulheres a aceitarem ou não, mesmo quando estão repletas de dúvidas sobre sua conduta. Como vemos no relato a seguir:

*“Eu sabia que o médico que eu escolhi não é nenhum ‘ideologista’ do parto normal, faz até parto normal, mas não é desses que tem ‘bandeiras’ a favor. Eu o escolhi também por saber que qual fosse o tipo de parto, ele faria bem, ele traria meu neném com saúde, era isso que eu me preocupava. Eu o escolhi porque confio nele como profissional, o que ele (o obstetra) decidiu eu apoiaria. Eu decidi que não o pressionaria, até por achar que isso causa uma animosidade nessa fase final da gravidez, fica uma coisa meio esquisita e dependendo do médico, pode ser preocupante, então não é legal.” (Elis)*

Pedimos a esta informante que nos explicitasse o significado de: ‘dependendo do médico, poderia ser preocupante’. Sua fala, abaixo, explicita claramente o quanto ela acata e respeita o saber/poder médico, que assume, então, o papel de decidir o que é melhor para a mulher e o bebê:

*“Tem médico que não gosta de ser questionado, que se metam em suas decisões, porque acham que vão decidir sempre para o que é melhor pro bebê e pra mãe. Não gostam de trabalhar sobre pressão para poder tomar as decisões certas.” (Elis)*

Os relatos de nossas informantes corroboram com o estudo de Chachan (2006), em que as mulheres das camadas médias reconheciam o obstetra como único ‘expert’ em gravidez e parto. A autora revelou ainda que elas apóiam suas decisões integralmente e, mesmo considerando parcial a troca de informações entre eles, a confiança foi tida como irrestrita. A aceitação da intervenção médica existe pela legitimidade alcançada pelo modelo biomédico. Diferentes resultados foram encontrados pela autora no mesmo estudo com as

camadas populares, que consideraram parcial o reconhecimento e a confiança no médico, mostrando-se, geralmente, mais relutantes às decisões impostas e classificando como ‘mínimas’ as informações prestadas por eles.

Uma de nossas informantes, mesmo sendo da área de saúde, não escapou da pressão de ter que tomar uma ‘decisão’ a respeito do seu parto. Estando com 39 semanas e dois dias e iniciando seu trabalho de parto, com contrações e com muita disposição de ter um parto normal, recebeu um ‘prazo limite’ para que o bebê nascesse:

*“Minha médica disse (na sexta): ‘\_Se não nascer até segunda-feira a gente vai ter que fazer uma cesárea, porque não dá mais para esperar. Você está feliz da vida, quer parto normal, mas tem que pensar na criança, para ele (o bebê) não ter nenhum problema’. Então eu falei:’\_ então tá, meu prazo é esse.’ O quanto eu pude, eu fiz, andei na praia, nade, pra ver se melhorava as contrações. Aí, não deu e fizemos a cesárea na segunda mesmo.” (Tânia)*

Cabe aqui deixar registrado que a cesárea desta mulher foi marcada para um dia de feriado, estando a entrevistada com 39 semanas e cinco dias de gestação, muito bem de saúde, sem nenhuma complicação, desejando muito um parto normal e se esforçando para isso. Resistindo até onde suas forças permitiram, sem que ao menos fosse tentado uma indução. E o bebê nasceu muito bem, com apgar nove no primeiro minuto e dez no quinto.

Como visto, o princípio do direito da mulher, o poder e controle sobre seu corpo foram apropriados pelo poder médico para justificar a prática desnecessária da cesariana. A desinformação é uma barreira que dificulta o enfrentamento para a concretização da escolha da mulher.

*“Aí ela (a obstetra) foi fazer o toque (com 36 semanas) e não conseguiu fazer porque eu senti muita dor . Aí ela (a obstetra) falou: ‘\_Acabei de decidir por você, vai ser cesariana, porque você não está agüentando o meu dedo, imagine uma criança inteira passando assim, você não vai conseguir. E você também não tem dilatação nenhuma a um mês do parto.” (Flora)*

Essa relação de poder desigual e de dominação sobre as mulheres constitui o alicerce para a indicação de uma cesariana, utilizando, ideologicamente, argumentações sobre a sua segurança como via de parto, legitimando-a socialmente.

### As pressões do companheiro – conflitos entre ‘apoiar’ e ‘proteger’

Nessa trajetória do parto, buscamos saber das entrevistadas como seus companheiros participaram da escolha do parto, seus conhecimentos sobre o PV, e como as expectativas do parto os mobilizava. Por último, se de alguma forma eles as influenciaram em algum momento para uma mudança do tipo de parto. Primeiro vamos apresentar os companheiros que apoiaram as escolhas das mulheres e, num segundo momento, aqueles que discordaram desde o início da gravidez da opção feita por elas.

A maioria dos companheiros (oito) apoiou a escolha de suas mulheres. Cabe ressaltar que dois companheiros deixaram a decisão por conta das mulheres e, a partir da decisão tomada, as apoiaram totalmente. Alguns dos companheiros entendiam também que o PV era o melhor parto para a mulher e para o bebê. Estavam dispostos a participar do parto junto de suas companheiras, considerando-o um momento especial e único para o casal. Percebemos que, próximo ao parto, as pressões vividas começaram a interferir no comportamento da maioria deles e foram suficientemente significativas para que muitos, nesse momento, resolvessem convencer as mulheres a desistir do desejo do PV. Para ilustrar, apresentaremos algumas das falas referentes ao início e ao final da gravidez, que expressaram a percepção das mulheres sobre o apoio recebido dos companheiros:

*“Meu marido me apoiava na decisão, sempre falou que eu tinha que ter parto normal, porque era muito melhor, que no dia seguinte eu ia tá ótima, mais pela recuperação mesmo. Então ele (o companheiro) sempre falou muito, sempre me apoiou, ia a todas as consultas. Até o dia que a médica falou da cesárea, ele nunca falou em outro parto que não fosse o normal.”*

*“(...) quando a médica disse que ia ter que ser cesárea, na verdade ela não explicou muito, apenas disse que não era bom esperar mais (38 semanas e meia), e marcou para o dia seguinte. Ele (o companheiro) ficou muito ansioso, disse que não queria que nós duas corrêssemos nenhum risco. Ele disse pra mim que não podíamos nesse momento criar nenhum clima de desconfiança com a médica, que era melhor aceitar, pois seria melhor pra nossa filha. Ele ficou do meu lado o tempo todo... assistiu à cesárea. Eu acho que a gente na hora que recebe a notícia da cesárea fica tão confuso, que não questionamos, você já tá num momento, num ‘clichê’, tipo assim, então vamos resolver...” (Dora)*

*“Ele (o companheiro) me apoiou, ele queria até que eu fizesse parto na água, eu é que falei ‘\_Aí, também não exagera!’ Participou de todas as consultas, ultras (sonografias), todos os exames. Esteve sempre comigo.”*

*“(…) No momento que eu entrei em trabalho de parto ele (o companheiro) ficou marcando as contrações (o intervalo) de casa até no quarto da maternidade. Ele (o companheiro) me ajudou, me apoiou. Quando eu entrei pra sala de parto, ele não pôde entrar, foi botar a roupa (esterilizada) e teve que ficar esperando, esperando o momento do médico chamar, autorizar a entrada dele, que ia ser só no momento que o bebê tava nascendo, o médico ia ver quando começava a sair (nascer) pra chamar. Disse que era pra ele (o companheiro) não ficar nervoso, que geralmente os homens querem, mas que eles não agüentam... Só que aí... quer dizer, depois chamaram ele já quando tava, né... pra cesárea. Acho que é um ato muito rápido, foi tudo muito rápido” (Vitória)*

*“Ele (o companheiro) sempre me apoiou, ele sempre dizia pra fazermos o que achasse que era melhor. Ele é da área da saúde, é enfermeiro, ele queria muito acompanhar o parto. Ele me deu muita força, ia sempre na médica, fazia questão que marcasse nos dias que ele podia ir também. Em nenhum momento ele deu pra trás no meu parto normal, ele sabia que eu queria muito, então sempre me apoiou.”*

*(…) Ele acompanhou o parto todo, eu ficava na sala com meu marido, ele ficava conversando comigo, e quando vinham as dores eu batia nele, beliscava ele até a dor ir embora e então eu voltava a conversar. Na hora da contração ele mostrava que estava ali comigo. Quando ela (a obstetra) disse que não ia dar mais ia ser cesárea, eu fiquei desesperada... ele desceu comigo (para o centro cirúrgico) e ele disse: ‘\_Olhe mulher, você está de parabéns, você foi uma guerreira, só que não deu... (Célia)*

Nas falas acima, observamos que os companheiros que apoiaram desde o início suas mulheres constituíram uma influência positiva para elas em todos os momentos.

Segundo elas, quando seus parceiros souberam que o parto seria por cesárea, apesar da preocupação com o procedimento cirúrgico, pareciam enfrentar o ‘inesperado’, significando a cesárea como ‘segurança’ da mulher e do filho. Para aquelas que chegaram a entrar em trabalho de parto, os companheiros se mostraram presentes e participaram como lhes foi permitido, tentando ajudá-las a passarem da melhor maneira possível pelos desconfortos das contrações. No caso em que as mulheres chegaram a ter uma evolução significativa da dilatação, chegando perto da realização do PV, sem dúvida a presença do companheiro foi

fundamental, segundo os depoimentos. Num desses casos, o companheiro foi alijado do processo final, sendo impedido de entrar na sala de parto, separando-se da mulher num momento importantíssimo para a experiência conjugal, com a justificativa de não agüentaria e ficaria nervoso com a cirurgia. No nosso entendimento, esse gesto reforça a idéia que o parto hoje é mais um ato médico do que um evento do casal, da família.

Nem todos os companheiros compartilhavam da escolha pelo PV feita por suas mulheres. Demonstraram ter seus medos em relação a esse tipo de parto, acreditando que a cesárea seria a forma mais segura para seus filhos nascerem. Durante os relatos das entrevistadas, procuramos dados que pudessem justificar essa preocupação, a ponto de tentarem persuadi-las, baseada nos perigos que poderiam acontecer na tentativa de um PV. Os depoimentos falam por si e, como os anteriores, vamos focalizá-los nos dois momentos: na gravidez e próximo ao parto:

*“Meu marido sempre quis que eu fizesse cesárea. A ex-esposa dele teve três cesáreas. Sempre disse que a cesárea é mais garantida porque pode marcar hora e evita acontecer alguma coisa. Mesmo assim, eu disse que queria o parto normal e que ia tentar.”*

*“(...) A princípio na hora que soubemos que teria que ser cesárea, que o médico não ia esperar mais, ele (o marido) não queria assistir (a cesárea), sugeriu até que minha mãe entrasse, e ela gostou da idéia. Mas ele sentiu que eu fiquei com medo, e que estava precisando dele, aí ele entrou comigo, me dando todo apoio.” (Elis)*

*“Ele (o companheiro) tinha essa vontade de eu não fazer normal. E falava: ‘\_Eu não vou assistir se for normal. Se for cesárea eu vou entrar para assistir.’ Minha mãe falava: ‘\_ Se ele não entrar, eu entro!’. Eu ficava muito chateada, mas ainda firme em ter o parto normal. Não me abalava tanto não. Dizia: ‘\_Não quer assistir, porque vai ser parto normal mesmo, lamento.”*

*“(...) No final da gravidez o bebê ficou muito grande, e aí meu marido ficou na minha ‘cabeça’: ‘\_Viu, é melhor cesárea... Aí eu me senti muito pressionada nesse momento, e ele (o companheiro) louco que nascesse, louco pra ser pai, pra ver o filho... essa pressão toda, a médica dizendo que não era bom esperar, dizendo que tava muito pesado, ele (o marido) acabou me influenciando, que podia acontecer alguma coisa com o bebê, pois não tinha nada de sinal de parto (estava fazendo 39 semanas), que acabei aceitando marcar. Eu fiquei muito triste e chateada dele (o bebê) não vir quando quisesse. Eu acabei estipulando o dia que ele viria .” (Joana)*

Um depoimento merece ser ressaltado pelo que demonstrou a entrevistada sobre o comportamento do companheiro no momento do trabalho de parto e as próprias contradições que vivenciou em relação a essa participação, como querer ajuda e, ao mesmo tempo, querer ficar sozinha. Podemos refletir o quanto os homens são excluídos da participação do processo de parturição, inclusive pela exclusão de informações e da falta de orientação dos profissionais de saúde para que ambos, homens e mulheres, possam interagir durante o parto. Os companheiros acabam por não compreender o significado que as mulheres vivem física e emocionalmente durante o trabalho de parto, como vemos a seguir:

*“(...) no fundo eu tava lutando contra a vontade, que no fundo eu senti que o M.<sup>28</sup> (companheiro) tinha uma vontade de ter uma cesariana, porque não tava gostando de me ver sofrer, ele não tava preparado ‘praquilo’ e ele não tinha como me ajudar e ele se sentiu impotente. Ele ficou no canto jogando joguinho de celular, histérico, tipo, sabe, muito tenso, no canto, então, eu não olhava pra ele muito... mas ele não me ajudava em nada, quando ele vinha me encostar na hora das contrações, eu falava: ‘\_Sai, por favor, me deixa quieta’.” (Marta)*

Apreendemos desses relatos que os mitos sobre o PV não fazem parte apenas do universo feminino. A cristalização social e cultural da cesariana parece afetar os homens que demonstram ter os mesmos medos que as mulheres. O medo da dor, do sofrimento, a imprevisibilidade e os possíveis perigos a que estariam expostas fez com que usassem das ‘armas’ – a pressão – para fazê-las desistir, tendo também introjetado os mesmos conceitos valorativos sobre a cesárea. Durante a gestação, a pressão exercida pelos companheiros configurou, de certa forma, uma influência desfavorável para suas companheiras.

Em ambas as situações, os companheiros estiveram presentes no momento da cesárea, sendo que a grande maioria acompanhou o pré-natal de suas mulheres, com raras exceções, que envolviam conciliação de horários de trabalho. Apenas um dos companheiros não estava vivendo com a entrevistada no início da gravidez, mas procurou apoiá-la na decisão pela escolha do PV, estando com ela no momento do parto.

Como vimos, a participação masculina no processo da gestação e parturição tem grande significado para as mulheres. Incentivar os companheiros a conviverem com esse momento deve ser um dos primeiros passos dos profissionais para inseri-los nesse universo, que percebemos ser muito mais amplo do que o restritamente feminino.

---

<sup>28</sup> Utilizaremos letras, para não identificarmos pelos nomes as pessoas citadas durante as entrevistas, como, agora, do companheiro

### Os círculos interferentes – figuras femininas no processo do parto

Procuramos, durante as entrevistas, avaliar se o círculo de relações parentais e sociais de nossas informantes foi influente na escolha pelo tipo de parto e se, com a aproximação do parto, exerceram algum tipo de pressão para a mudança dessa escolha.

Ao analisarmos os dados, observamos que um número de mulheres próximas a elas, e que tinham se submetido a cesarianas, era muito significativo, independente de ter sido por escolha ou por indicação obstétrica. A cesárea era, sem dúvida, o tipo de parto mais prevalente nesse circuito sócio-familiar. Segundo Scavone (1992), esse fato pode estar relacionado à cultura de cesárea entre as brasileiras, preferencialmente as de camadas médias, onde o PV é ‘vendido’ como potencialmente complicador, perigoso, enfim, de risco para a mulher e seu bebê. As falas abaixo são ilustrativas dessa situação:

*“Quase todas as mulheres que eu conheço tiveram cesariana, mas sei que muitas também queriam ter parto normal, mas não conseguiram. Algumas falaram que escolheram a cesárea desde a gravidez, mas são poucas. Sabe... hoje não tá fácil fazer parto normal, nem pra quem quer.”* (Rita) (grifo nosso)

*“Todo mundo achou bacana a minha escolha pelo parto normal... a minha sogra, todo mundo da família, todo mundo falava: ‘aí que bom que você vai tentar, mas...’ a fulana não conseguiu por isso, fulana não conseguiu por aquilo...’ todo mundo tem uma história pra dizer que não conseguiu por alguma razão... porque não teve dilatação.”* (Dora)

Esta última informante resumiu o cenário da assistência ao parto no setor privado suplementar. A dificuldade das mulheres conseguirem realizar o PV se configura nos resultados divulgados pela própria ANS (2004), que apresentou índices de quase 80% de cesáreas neste setor. Essa preocupante situação é produzida por um sistema que apóia o abuso das intervenções e que se move impulsionado por poderosos interesses econômicos. Esse cenário descortina os problemas que se agregam a outras condições, internas e externas, que vão constituindo um risco à saúde da mulher, além de usurpar o direito inalienável de escolha (salvo as exceções de risco gestacional).

Cabe ressaltar que uma parte expressiva de nossas entrevistadas (cinco) afirmou que as mulheres conhecidas preferiam a cesárea e que a maioria de suas amigas e colegas de trabalho tinham optado por esse tipo de parto, ou viriam a escolhê-lo, caso engravidassem. Como observamos nas falas a seguir:

*“As minhas amigas me pressionaram, a maioria não tem filho e aí falaram: ‘tem certeza que você quer parto normal?’ Você é doida. Que nada, faz cesárea é mais segura. A minha cunhada que também não tem filho disse que eu era doida. A maioria prefere cesárea.”* (Vitória)

*“As meninas da minha idade, a irmã e a prima do meu marido tiveram cesárea e achavam que parto normal não era ‘qualquer coisa’, era uma coisa meio complicada, tinha que ter situações específicas e ideais.”* (Marta)

*“As mulheres que eu conheço, todas querem cesariana. Não ouvi nenhuma ainda falando que gostaria de fazer parto normal. Me chamaram de doida, de hippie. Nem pensam em normal, acham parto normal coisa de ‘bicho’.”* (Tânia)

Encontramos na segunda fala a inversão dos critérios de escolha, onde a cesárea deveria ser indicada para uma situação específica e não o PV. Na última, vemos os processos naturais se tornarem absurdos e inaceitáveis socialmente no mundo tecnificado, que promete a supressão da dor.

Esses relatos descortinam o quanto a cesariana está naturalizada e introjetada nos segmentos médios da população feminina, uma vez que, quando alguma mulher manifesta o desejo pelo PV, é considerada uma transgressora, na contramão do que é a norma, como se pertencente a um movimento de contracultura, como se remasse contra o avanço da humanidade, relegando o PV ao ‘mundo animal irracional’.

Em contraponto a esses depoimentos, a outra parte das entrevistadas relatou que muitas mulheres do seu círculo de conhecimentos, assim como elas, desejavam o PV, mas acabaram terminando numa cirurgia. Poucas tinham conseguido ter parto normal, confirmando o que os estudos já citados revelaram. Essas mesmas depoentes comentaram que as mulheres que ainda não tinham tido filhos, nesse círculo de relações, demonstravam também inclinação para o PV.

*“Minha irmã teve dois filhos de cesariana, queria muito ter normal. Meu sobrinho mais velho estava com duas circulares de cordão e a pequenininha nem sei por que não foi normal. A minha irmã queria tanto ter normal, que quando engravidei, projetou em mim a sua vontade, ela dizia: ‘\_Você vai ter que ter normal!! Minha cunhada teve cesárea também, mas todas queriam normal.’* (Elis)

*“As minhas amigas que são mães e tiveram normal falam que esse tipo de parto era ótimo. As que não tiveram também gostariam de ter dessa maneira. Essas (que ainda não são mães) também me apoiavam”.* (Natália)

*“Minhas cunhadas e outras amigas também tinham a mesma vontade que eu de ter parto normal e tiveram que fazer o outro tipo de parto (cesárea). Elas me apoiaram para ter normal e diziam que seria o melhor parto. A maioria das minhas amigas do trabalho que ainda não tiveram filhos quer, como eu queria, ter parto normal.”* (Dora)

Essas contradições parecem expressar os conflitos que as mulheres vivenciam hoje quanto à expectativa de seus partos. Por um lado, um grupo parece desejar muito a experiência do que consideram o processo natural de parturição, mas não conseguem realizá-lo. Por outro, um grupo que ‘elege’ a cesárea como a forma melhor e segura de parir e tratam com naturalidade uma cirurgia como a via mais adequada para terem seus filhos. E como pano de fundo, temos uma lógica mercantil que incentiva a ‘cultura da cesárea’ para, possivelmente, garantir seus interesses econômicos e financeiros, mesmo em detrimento da vontade das mulheres que não a escolhem como o tipo de parto que gostariam ter. São os antagonismos entre o mundo produtivo e reprodutivo, como já visto no tópico sobre a mercantilização do parto. Um dos depoimentos configura bem a situação de conflito e contradições entre as mulheres:

*“As pessoas próximas a mim, todas são super convencidas e conscientes que o parto normal é natural, é a tendência natural do corpo. Mas, em círculos que eu freqüentava de outras pessoas grávidas, eu ouvia: ‘Ah, você vai ter parto normal? Ai! Parto normal! Você está louca!’. E falavam ‘acontece isso e aquilo.’ E na verdade aquilo era muito chocante porque eu tinha essa clareza na minha cabeça, de que o parto normal é o melhor para todas as mulheres. Eu achava que não existia no mundo alguma mulher que preferisse fazer cesariana! Meter uma faca na barriga! Eu achava isso sim muito louco.”* (Carla)

Para ampliar o olhar sobre as possíveis influências parentais na escolha do tipo de parto, buscamos, junto às entrevistadas informações quanto às experiências de parto maternas. Encontramos que a maioria das mães (11) das entrevistadas havia realizado cesarianas. Nesse grupo foram incluídas as mães que tiveram as duas experiências: só a cirurgia (oito) e cesárea e PV (três). Esse fato nos revela que essas mães já pertencem a uma geração de partos cirúrgicos. Possivelmente pela faixa etária das nossas entrevistadas e pelo período que

começou a ascender o parto cirúrgico no Brasil - década de 70 -, podemos supor que esse grupo representa uma segunda geração de cesáreas. Como colocou nossa entrevistada:

*“Na época da minha mãe, acho que era muito mais natural ter uma cesárea. As mulheres com poder aquisitivo tinham cesárea. O neném nascia mais bonito, não se fazia força, não doía, era uma coisa mais fácil. Hoje é o contrário. Quem tem mais poder aquisitivo anda querendo um parto mais natural. Na época da minha mãe era natural ter cesárea”* (Elis)

Apesar da alta incidência de cesarianas nesse grupo, encontramos mães de informantes (quatro) que tiveram apenas partos vaginais.

Nesse cenário das relações parentais, entendemos que seria importante conhecer as experiências próximas das entrevistadas e que poderiam ter (ou não) influência em suas escolhas. No entanto, observamos que nem todas as informantes tiveram com suas mães uma interação significativa, que as fizessem conhecer um pouco melhor essas experiências.

Sem pretensão de aprofundamentos, agrupamos as experiências desses círculos interferentes, em parto vaginal e cesárea na visão das entrevistadas. Para um breve relato, nelas estão incluídas as vivências das mães, irmãs e tias,

## **Parto vaginal**

### **As ‘boas’ histórias**

Apesar das histórias que circundam o imaginário feminino sobre o parto vaginal, dos mitos que já foram discutidos anteriormente neste estudo, encontramos também relatos de experiências consideradas por elas positivas a respeito desse modo de parir. Algumas informantes trouxeram à baila a história das mulheres da família e percebemos que essa memória foi importante na elaboração da escolha do seu parto. Apresentamos os relatos que sintonizam essas lembranças e revelam o quanto a experiência familiar é importante para a atribuição de significados:

*“Minha mãe fez parto normal, as irmãs dela também e vi isso na minha adolescência... presenciei bebês nascendo, meus primos, quatro... minha tia teve em casa, lembro disso sempre com naturalidade, sem problemas. Tenho duas tias que fizeram cesárea e diziam: ‘\_Não! Faça normal, minha filha!’. O tempo todo tive apoio, minha mãe me dando a maior força.”* (Regina)

*“As minhas irmãs tiveram partos normais, se recuperam super bem. Uma já teve dois e eu perguntava pra ela: ‘E a dor?’ E ela diz bem assim: ‘\_Não vou*

*te dizer que não doeu, doeu, mas assim, foi tão rápido e tão bom, depois é uma dor de vida né, vale a pena. A outra foi pra maternidade, achando que era alarme falso e tava quase tendo. O parto dela foi muito legal. Minha mãe teve dois partos normais e eu nasci de cesárea, mas ela nunca conversava sobre isso, nem bom, nem ruim” (Dora)*

Nesse grupo, a referência familiar sobre o parto nos pareceu significativa. Nos relatos dessas histórias vimos que as experiências familiares, de alguma forma, contribuíram para que as entrevistadas se sentissem fortalecidas e motivadas, durante a gravidez, para enfrentarem o momento do parto.

### **As histórias ‘ruins’**

As experiências mal sucedidas de partos na família, assim qualificadas por algumas de nossas informantes, desvelaram as dificuldades que as mulheres haviam passado na hora de terem seus filhos. Os depoimentos a seguir ilustram essas percepções:

*“Minha mãe teve três filhos, mas só o primeiro normal e ela sofreu muito no parto e ficou traumatizada e ela passava isso pra mim. Quando eu disse que queria normal, ela disse: ‘\_Não faça parto normal porque é muito ruim.’ Ela falou e eu já sabia dessa história, várias vezes ela contou quando eu morava com ela. Até que ela me disse: ‘\_minha experiência de parto normal não é boa. Mas, você quer ter... não vá sofrer muito, se você perceber... ela falou que sofreu muito, que não queria que eu sofresse o quanto ela sofreu.” (Joana)*

*“Eu tenho uma prima que nasceu de parto normal com fórceps e ela é doente, ela ficou doente com paralisia cerebral, ela é entrevada e tem a mesma idade que eu. Eu também tenho esses casos na minha vida. A minha tia ficou muito machucada com o fórceps. A minha mãe tentou o parto normal e não conseguiu, a bolsa estourou e ela ficou 18 horas em trabalho de parto e disse que eu nasci com ‘achatamento da cabeça nível dois’. Ela não conseguiu o normal e teve que fazer cesárea” (Marta)*

Essas experiências negativas de parto normal na família, segundo nossas entrevistadas, não as influenciaram. Todas disseram que não se deixaram impregnar e seguiram em frente com sua decisão de ter PV. É difícil saber se realmente as histórias relatadas teriam pesado no transcurso da gestação. Mas o fato é que, durante as entrevistas, essas informantes reafirmaram que nunca mudariam a escolha.

## Cesariana

### As ‘boas’ histórias

Com o crescimento da cesárea no Brasil, não foi surpresa que, entre as mães das entrevistadas, esse fosse o tipo de parto mais prevalente. É natural que, por isso, elas tivessem mais contato com essas experiências. Expomos abaixo algumas dessas falas:

*“A minha mãe teve duas cesáreas, ela falou: ‘\_Eu não sei como é o normal, porque eu não passei por isso, não tenho essa experiência, né, que todo mundo fala que dói’. Ela não teve dores, ela não teve nada assim, então ela não sabia nada do parto normal, pra ela a cesárea foi um parto bom... mas, ela nunca falou nada pra eu ter cesárea, nunca me pressionou.”* (Vitória)

*“Minha mãe teve cesariana nos dois partos, mas nunca aprofundamos uma conversa sobre os partos. Ela teve a mesma situação que eu tive, não teve dilatação, nem contração nas duas vezes. Pra ela, a cesárea foi o que resolveu o caso dela... não nascia então teve que tirar. Acho que foi tranquilo, nunca reclamou sobre esse parto... deve ter tido uma experiência boa...”* (Tânia)

Percebemos que as cesáreas eram comentadas nesses depoimentos, sem que, no entanto, representassem um instrumento de pressão ou influência familiar para nossas entrevistadas mudarem sua escolha.

### As histórias ‘ruins’

Nem sempre as histórias traumáticas vêm dos partos normais. Encontramos também esse tipo de relato, que na visão de nossas informantes foram problemas para quem teve que fazer uma cesárea na família. Como apresentamos a seguir:

*“A minha mãe teve problemas com a cesárea, acho que ela tem problemas até hoje por causa disso. A cesariana foi mal feita e isso repercutiu durante a vida dela toda. Sempre passou que a experiência do parto (da cesariana) não era boa. Isso influenciou bastante a minha adolescência... e realmente por isso eu relutei muito a ter um filho.”* (Alice)

*“Dos partos normais minha mãe sempre falou muito bem, já da cesárea... Ela sempre falou que o parto cesáreo era ruim por causa da anestesia, porque podia acontecer alguma coisa. Inclusive a minha avó perdeu ‘o que seria’ o meu tio, em parto cesáreo. Então, aqui, a gente assiste esses problemas... a cesárea é uma lembrança ruim aqui na família.”* (Natália)

Como pudemos perceber, os relatos descortinaram os problemas vividos por um grupo de mulheres que teve essa experiência que, contrariamente ao que se propaga, tem os riscos de qualquer procedimento operatório e, portanto, não deve ser utilizado de forma abusiva e sem critérios bem definidos. Com isso, não estamos querendo entrar no mérito da questão sobre as indicações para as cesarianas relatadas. Apenas estamos corroborando estudos já realizados sobre esse tema, apresentados ao longo deste trabalho.

Na elaboração da escolha do parto, nossas entrevistadas puderam escutar muitas histórias que, para algumas, podem ter servido como referência para as suas decisões. Mas a maioria delas afirmou, inconscientemente ou não, que as boas ou más lembranças familiares não foram os fatores determinantes para as suas escolhas. E, contrariamente ao que se esperava, para algumas, as experiências negativas serviram mais para fortalecê-las na vontade de viverem histórias diferentes e (re)contar suas próprias histórias, possivelmente para desconstruir a memória negativa que tinham dos seus nascimentos. Fazê-las passear por suas memórias familiares não teve como objetivo, como dito anteriormente, de aprofundamento deste tema, mas apenas, re-significar os laços afetivos femininos da maternidade entre essas mulheres, visto que muitas das entrevistadas verbalizaram que, a partir da entrevista, iriam resgatar as conversas sobre a experiência dos partos, não só de suas mães, como da família. Finalizando esse tópico, deixamos um momento de reflexão feito durante uma das entrevistas:

*“Minha mãe é muito minha amiga, mas eu queria que a minha mãe fosse mais ‘mãe’. Eu contei pra minha madrastra sobre o meu parto, e não conversei ainda com minha mãe. Acho que vai ser um bom começo abrir o baú e falarmos dos partos da família... sabe, contar sobre o meu parto, da minha experiência, das minhas emoções quando meu filho nasceu. Acho que está em tempo ainda de falar dessas histórias, não importa se são boas ou ruins, são nossas experiências, e isso é muito importante. Vou querer saber mais como eu nasci... agora que sou mãe estou valorizando muito isso.”(Rita)*

No próximo tópico iremos aprofundar a experiência vivida pelas mulheres na desconstrução da escolha pelo PV e a concretização da cesariana como desfecho do parto.

#### **4.3.3.3. A dissonância entre a escolha e o desfecho do parto**

Nesse tema abordaremos as questões que permearam o processo de mudança próximo ao parto e os descompassos que se entrelaçaram a essa experiência, assim como a dimensão emocional que a envolveu. Para compreender melhor esse processo, vamos analisá-lo em três

etapas: o caminho desviante; a medicalização e as intervenções no parto; o desencontro entre o desejo e a realidade; e a escolha do obstetra em um próximo parto.

#### **4.3.3.3.1. O caminho desviante – o processo de mudança**

Como vimos até aqui, todas as entrevistadas mantiveram o desejo pelo PV, desde o início do pré-natal até o final da gestação. Superaram as incertezas inerentes ao processo gestacional, já que nessa caminhada enfrentaram situações que contribuíram para que muitas pudessem desistir de seu propósito.

Apresentamos a seguir o cenário do parto das 15 entrevistadas. No grupo algumas mulheres tiveram a indicação da cirurgia antes de completar 40 semanas, sem apresentarem contrações do trabalho de parto e com quadro obstétrico e avaliação fetal normais, sem nenhuma intercorrência.

Para oito mulheres a cesárea ocorreu entre 38 e 39 semanas e cinco dias de gestação, sendo que nesse grupo apenas duas entraram em trabalho de parto espontâneo com dilatação. Uma delas evoluiu até 8 cm e a outra teve interrompido o seu trabalho de parto com 4 cm de dilatação por indicação de ‘circular de cordão’, realizando a cesariana assim que chegou na maternidade. Outras duas entrevistadas afirmaram ter sentido contrações, mas sem que a dilatação fosse confirmada pelos seus obstetras e sem terem a chance de evoluir o seu trabalho de parto. As outras quatro informantes desse grupo tiveram a gestação interrompida, sem entrarem em trabalho de parto, antes da data provável estimada para o parto.

Percebemos uma participação influente/determinante do médico na indicação das cesáreas, na medida em que a cirurgia foi justificada como ‘*prevenção para evitar*’ o surgimento de algum risco para o bebê. Cabe lembrar que nenhuma dessas mulheres apresentava situação de risco iminente antes ou no momento da cesariana, conforme determinado pelos critérios de inclusão da pesquisa.

As outras sete informantes chegaram a 40 e 41 semanas de gestação. Os depoimentos nos mostraram que quatro delas entraram em trabalho de parto espontâneo e tiveram alguma dilatação, que variou entre 1 cm e 8 cm. Uma afirmou que, apesar de sentir contração, não teve nenhuma dilatação, mesmo tentando uma indução do parto<sup>29</sup>. As outras duas não chegaram a entrar em trabalho de parto até a realização da cesariana.

---

<sup>29</sup> Início artificial do trabalho de parto. Consiste em desencadear contrações uterinas efetivas antes do início espontâneo, com o objetivo de promover a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, em casos selecionados. A indução do trabalho de parto é considerada somente quando a mãe apresenta um problema obstétrico ou quando ela ou o feto apresenta algum problema médico.

Mesmo sem ter a pretensão de enveredar pelo domínio técnico das situações que poderiam indicar uma cesárea, algumas nos chamaram a atenção. Nesse sentido, baseando-nos nos relatos dos fatos, estamos apenas deduzindo que eles não constituiriam uma indicação absoluta<sup>30</sup> para a cirurgia. Como estudos anteriores já apontaram, muitos médicos utilizam ‘justificativas duvidosas’ para a indicação das cesarianas (Faúndes e Silva, 1998). Em alguns relatos, pareceu existir uma predisposição médica para a realização da cesárea, mesmo antes do final da gestação, o que também foi verificado no estudo realizado por Dias (2007).

Uma vez feita essa apresentação, vamos descortinar as cenas expostas pelas informantes para entendermos os processos que conduziram do parto almejado para a realização da cesariana.

De acordo com as falas, até o final da gestação, existia, entre elas, uma forte expectativa pelo momento do parto. Algumas, durante as consultas, se preocupavam em obter, dos obstetras, a garantia de que eles iriam esperar o trabalho de parto acontecer. Como exposto nos relatos a seguir:

*“Eu falei isso até o último minuto: ‘\_Dr B., e o meu parto normal?’ E ele: ‘\_Só se estiver desenrolado (a circular de cordão)’. (A entrevistada): ‘\_Mas Dr B, por quê?’. (O obstetra): ‘\_Eu já te falei que pode acontecer alguma complicação’. (A entrevistada): ‘\_Eu sei Dr B., mas... deixa eu fazer outra ultra (sonografia)?’. Ele respondeu: ‘\_É melhor não fazer outra não.’ E eu acabei não fazendo.” (Natália)*

*“No final, quando a gente conversava, ela falava: ‘\_Flora, se você quer parto normal, tudo bem, mas eu não vou forçar a barra para parto normal, seu eu chegar lá na hora eu estiver vendo que o bebê tá entrando em sofrimento, eu vou fazer uma cesariana, você querendo ou não querendo, certo?’.” (Flora)*

*“Na última semana (com 39 semanas), minha médica disse que a cabeça do bebê tava flutuante, que não tinha encaixado totalmente, que ia ser difícil (o parto normal). Ela mandou eu parar (de trabalhar) disse que era pra eu ficar em casa descansando, pra ver se eu entrava mesmo em trabalho de parto, já que eu estava tendo umas contrações. Fiz justamente ao contrário. Como eu queria parto normal, eu ia para a piscina nadar e trabalhei até quando pude.” (Tânia)*

---

<sup>30</sup> desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transversal (atravessado); e sofrimento fetal (MS)

Nos dois primeiros depoimentos, observamos que os médicos, nesse momento, já demonstravam uma conduta direcionada à intervenção/realização da cesariana. No primeiro caso, percebemos que a negativa para a realização de mais uma ultrassonografia poderia ser uma tentativa de evitar a ‘surpresa’ de o cordão ter desenrolado e, portanto, a ‘justificativa’ para a cesárea não estaria mais indicada. No terceiro depoimento, percebemos a sutileza médica de colocar em ‘repouso’ uma mulher que estava bem, saudável, com atitude de confiança e determinação e que preferiu seguir seus próprios conhecimentos (não casualmente, ela é enfermeira) para tentar estimular seu trabalho de parto. Mas, essas atitudes de oposição certamente têm um limite. No momento do parto fica muito difícil para as mulheres terem e expressarem qualquer discordância sobre uma decisão médica, especialmente se a razão alegada é a segurança do bebê.

Assim, os médicos continuam a reproduzir o modelo hegemônico e unilateral de comunicação. E é isso que parece acontecer, mesmo quando existe uma suposta comunicação anterior entre a mulher e o obstetra, sendo provavelmente, segundo Giffin (2005), apenas uma forma para manipular sutilmente a mulher. Chachan (2006), aponta que, nos segmentos médios, isso é mais perceptível, já que existe uma identificação de classes e o reconhecimento do saber/poder médico. Isso dificulta a percepção ou aceitação de que estão sendo manipuladas ou induzidas para a mudança da escolha do parto. Mesmo aquelas que percebem, acabam aceitando as decisões ‘impostas’. A sutileza, muitas vezes, é utilizada para introduzir no discurso médico a mudança para a cesariana:

*“Ela falou (a obstetra): ‘\_Olha, já está com 39 semanas, você quer esperar mais? Ele (o bebê) está grande e pesado, e aí vai ser complicado para o parto normal’. Aí eu fiquei preocupada com isso. Me senti muito pressionada nesse momento.” (Joana)*

Perguntamos, então, se ela antes de chegar a esse momento tão próximo ao parto, chegou a pensar em mudar a sua escolha. Ela seguiu no seu depoimento:

*“Não, não, o tempo todo eu queria ter normal, mas aí eu tentei relaxar, já estava feito, ia ser cesárea mesmo, porque nada dele querer vir ao mundo, eu tive que tirá-lo. A minha médica disse depois que não daria pra nascer normal porque o cordão umbilical era curto.” (Joana)*

A justificativa usada para realização da cesárea, de certa forma, pareceu ter confortado nossa informante, no sentido dela pensar ter evitado, possivelmente, um problema maior.

Observamos que, para a maioria das entrevistadas, na hora do parto, o entendimento construído no pré-natal com seus obstetras surgiu como referencial para infundir medo na mulher. Esse mecanismo – de aparente confiança e franqueza entre o médico e a mulher – parece ter sido utilizado para favorecer a indução da cesariana. Caso houvesse uma tentativa de insistir ou negociar uma espera maior de tempo para tentar o PV, era imputada à mulher a responsabilidade por qualquer acontecimento ‘negativo’, como revela a fala abaixo:

*“Ele (o médico) é muito atencioso, qualquer dúvida sempre estava pronto pra responder... ele perguntou como eu gostaria de ter meu filho e eu falei: gostaria muito que fosse normal. Aí ele falou: tudo bem, então, vamos fazer por onde você tenha parto normal. Só que no meio da gestação o bebê ficou enrolado no cordão... se não fosse esse empecilho... (...) ele é um médico muito cauteloso (...) ele falou: se você quiser podemos ainda tentar o parto normal que você queria, mas é arriscado, você quer insistir? Eu só resolvi que deveria ser cesárea pela pressão da culpa que eu teria depois, caso acontecesse alguma coisa. Não sabia se estava sendo egoísta em querer o parto normal de qualquer jeito. E se acontecesse alguma coisa com o bebê eu me sentiria culpada. Teve uma pressão.” (Natália)*

No relato acima pudemos observar como a forma de pressão utilizada para induzir a aceitação da cesariana, que aparece como solução para o ‘problema’ apresentado, oprime a mulher. A ‘decisão’ é transferida para ela, que termina por ceder ao saber/poder de alguém em quem confia, e desistindo, assim, de sua escolha.

Esse mecanismo instaura nas mulheres uma sensação de insegurança, ansiedade e que acaba por reverberar no seu comportamento frente ao desejo pelo PV, podendo fragilizar, em diversos momentos a sua escolha até uma mudança definitiva. Pressupomos que nenhuma mulher colocará em risco a vida de seu filho, apenas para concretizar um desejo de tê-lo por PV. É possível que alguns médicos possam utilizar esses argumentos para trabalharem o que Souza (1994) chamou de “medicalização dos medos maternos” e que Hopkins (2000) corroborou com seus estudos para justificarem as cesáreas desnecessárias, com o ‘consentimento’ das mulheres.

Um relato merece destaque pela situação discrepante que viveu uma das informantes. Ela relatou que, próximo ao parto, não resistiu às pressões que a obstetra estava fazendo desde o início da gestação, relacionadas à impossibilidade de vaga se quisesse insistir no PV. A médica afirmou que não ia ficar com uma mulher em trabalho de parto sem ter onde parir,

podendo correr o risco de uma ‘complicação’. Acabou dando um ‘ultimato’ que a deixou sem opção quando chegou a 39 semanas de gestação:

*“Ela (a obstetra) ficava me pressionando: ‘\_Veja lá o que você vai fazer. Você está entrando em trabalho de parto e não vai ter lugar para ter o seu filho. Vamos marcar logo essa cesariana!’. Não tinha saída, como ia mudar de médico naquele momento, começando a sentir contração?! Ela acabou me convencendo e eu fiquei com medo de não ter vaga mesmo. Não tinha mais dúvidas: ia fazer uma cesárea desnecessária... Fui pra casa arrasada.”*  
(Regina)

Como se pode claramente perceber, essa mulher realmente ficou sem opção. Como encontrar outro médico que assumisse fazer o parto normal nessa situação e nesse momento? No desfecho desse caso, a vaga na maternidade foi reservada e a cesárea ocorreu dois dias depois. Não parecia haver, portanto, nenhum motivo obstétrico para essa indicação, pois essa mulher estava bem de saúde e entrou em trabalho de parto espontâneo. O relato a seguir demonstra a situação desrespeitosa vivida por ela:

*“(...) cheguei na maternidade X e fui examinada por uma médica de plantão que disse que eu estava entrando em trabalho de parto e que estava tudo bem. Perguntou se eu queria normal ou cesárea, e quando eu falei que queria normal, ela disse que eu poderia até ir pra casa e depois voltar, que eu tinha tudo pra fazer parto normal (...) Aí a minha médica chegou dizendo: ‘\_Olha a gente vai fazer uma cesariana’. Eu falei pro meu marido: ‘\_Ela nem me examinou, como pode fazer isso, dizer que tem que ser cesárea?!’ Cai numa armadilha! Ela tinha acabado de sair de um plantão, sem dúvida, estava visivelmente exausta. Já tinha marcado a cesárea, então, ela pensou: ‘\_Vamos cortar e pronto!’.”* (Regina)

Essa cena nos remete ao que pode estar acontecendo com a assistência ao parto no setor privado. Como visto, essa entrevistada teve seu trabalho de parto interrompido sem nenhuma justificativa, apenas sendo informada da decisão médica. Mesmo reconhecendo a enorme possibilidade de ser submetida a uma cesárea desnecessária, não viu caminhos possíveis a serem tomados em tão curto espaço de tempo. A cesariana, então, se transforma numa opção quase ‘inescapável’, quase inexorável. A ‘armadilha’ à qual se referiu, foi revelada como uma conveniência da médica que, por motivos particulares, como cansaço e comodismo, tomou a decisão de interromper o trabalho de parto que sinalizava começar.

É importante destacar que todas as informantes, ao serem questionadas durante a entrevista se haviam pensado em mudar o PV para a cesariana, declararam que, mesmo com alguma dúvida, com as inseguranças surgidas ou medo do desconhecido, não pensaram em desistir. Como expressado nas falas a seguir:

*“Não, não, não, apesar de alguns momentos estar com medo, eu falei: vou tentar, não pensei em desistir nunca.”* (Dora)

*“Não, em nenhum momento. Eu queria até o último minuto que fosse parto normal.”* (Natália)

*“Não! Não pensei em mudar. Cesariana nunca! Eu tinha certeza do que eu queria.”* (Célia)

Como vimos, o ‘caminho desviante’ para a realização da cesárea, para algumas, começou a ser sinalizado ainda no pré-natal, com a lenta e sutil introdução de discursos direcionados para uma possível mudança de parto. Para outras, o desvio se deu com a proximidade da data provável do parto ou mesmo na hora do parto, onde começaram a ser pressionadas a mudarem seus planos, mesmo aquelas que já estavam no início do trabalho de parto. Poucas tiveram a oportunidade de entrar e evoluir seu trabalho de parto. Muito poucas (duas) chegaram próximo a realizarem seu desejo. Essa inversão do desejo da mulher pelo poder do obstetra, nos mostra que muitas mulheres estão parindo sem que sua escolha seja efetivamente respeitada.

A seguir, estaremos abordando como o processo de medicalização do parto, pode ter interferido ou não para a concretização do desejo das entrevistadas.

#### **4.3.3.3.2. A medicalização e as intervenções no parto**

Segundo Barros (1995), Rizzotto (1999), Nascimento e Sayd (2005) a sociedade está demasiadamente medicalizada. No Brasil não é diferente e, portanto, é aceita naturalmente a excessiva medicalização do parto.

Nesse sentido, é muito difícil para as mulheres avaliarem se as condutas e indicações médicas são realmente necessárias ou não. Principalmente, se levarmos em consideração que elas são respaldadas cientificamente, e portanto ‘justificáveis’. Por essa razão, o discurso médico pode converter-se numa estrutura teórica e metodologicamente fértil, altamente eficaz, com bases materiais e simbólicas que sustentam a complexidade do problema da medicalização. Como aponta Grassi et al (1994):

*“Daí a necessidade de uma análise crítica da prática médica em sua diversidade, para desvendar como atuam a medicalização e/ou a naturalização do processo reprodutivo na construção de ideologias”.* (p.242)

Segundo Diniz (1996), acaba sendo ‘improvável’ que se consiga provar o uso inadequado da medicalização e intervenção no parto, o que deixa as mulheres vulneráveis e sujeitas ao seu uso indiscriminado, sem que muito se possa fazer para evitá-los.

Em nossos depoimentos, o processo de medicalização, com as intervenções na hora do parto, foram explicitados por algumas entrevistadas que entraram em trabalho de parto, tentando ainda chegar a um PV. Possivelmente, a tentativa de acelerar o parto acabou interferindo sobre o processo fisiológico em andamento. Segundo Faúndes (2004), o excesso de intervenções no transcorrer do trabalho de parto, tal como a utilização de ocitocina, poderia transformar a evolução natural em uma iatrogenia. Como reproduzido nas falas a seguir:

*“Aí eu cheguei no hospital e ela me examinou e falou: ‘\_Você está com 6 cm de dilatação. Vamos lá que eu vou estourar sua bolsa (amniótica) e te colocar no soro (ocitocina) para virem mais contrações’(...) na sala de pré-parto, fui a 8 cm de dilatação... E eu no soro, sentindo muitas dores, fazendo força, estava bem encaixada, mas o bebê não descia (...) a médica mexia na barriga, colocava mais soro pra aumentar a dor, esperava mais 15 minutos, saia da sala, me deixava com meu esposo. Eu já havia colocado a peridural, então ela (a obstetra) aumentou três vezes o soro e não passava de 8 cm. Eu não queria a cesariana de jeito nenhum, eu fazia força, mas a criança não vinha, então ela falou: ‘\_Olhe para ela não entrar em sofrimento, vamos abrir’. Aquilo (a cesárea) foi meu desespero!”* (Célia)

*“(...) me botaram no soro, e aí começou a apertar (as dores), começou a apertar, até então, eu tava bem, suportando bem, mas depois... eu cheguei (na maternidade) acho que com uns 5 cm de dilatação, cheguei bem, depois fui pra 8 cm, já tava na sala de parto, romperam minha bolsa (amniótica), já tava com anestesia (peridural) ai eles falaram: ‘\_Já tá vindo, tá vindo... Ai eu tava mesmo achando que ia nascer... eu cheguei a 8 cm. Outro médico chegou disse que tava correndo tudo bem e tal, falou que dava pra esperar um pouquinho. Mandavam eu fazer força, foi ajudando, botava a mão assim... (kristeler<sup>31</sup>) e falava: ‘\_Agora faz força!’ E eu fazia força e tal... Aí*

<sup>31</sup> manobra que imprime força sobre o fundo uterino no período expulsivo, expondo a mulher ao risco de rotura uterina, além de poder causar danos ao períneo e/ou feto.

*chegou um momento, que eu não sei quanto tempo durou, eu tava tão cansada também, eu fazia força e não saia nada. Aí ele falou: ‘\_Tá dando um edema aqui é... o bebê não tá saindo é... eu acho que a gente vai ter que fazer cesárea, concorda?’ Eu falei: ‘\_Ah, faz, eu falei faz... nesse momento eu não vou ficar insistindo também, não sei o que tá acontecendo...’*  
(Viviane)

Ainda persiste, por parte dos obstetras, a incorporação de muitas intervenções que podem ser, segundo a OMS e o MS, prejudiciais quando utilizadas de maneira inadequada. Faúndes (2004) aponta que a falta de preparo de muitos médicos em conduzir adequadamente o PV e a falta de segurança na própria habilidade em ‘enfrentar’ uma distocia<sup>32</sup> mínima, seja ela real ou mesmo imaginária, resultaria automaticamente numa decisão pela cesariana. Essa conduta médica teria uma grande parcela de responsabilidade sobre o desfecho do parto em cesárea.

Diversos autores (Gilbert et al, 2006; Moraes e Goldenberg, 2001; Faúndes et al, 2004 e Faúndes e Cecatti, 1991), já apontaram para a responsabilidade do ensino médico na formação dos futuros obstetras. A deficiência nas escolas médicas, que não preparam adequadamente os alunos, e a falta de treinamento e motivação dos médicos no acompanhamento do PV, poderia ser um fator determinante para a disseminação da prática da cesariana.

Dessa forma, pudemos perceber como esses trabalhos de parto estavam se desenvolvendo naturalmente até o momento em que um turbilhão de intervenções começou a alterar o processo fisiológico em andamento. Parece-nos que a excessiva medicalização dos partos acima relatados pode ter interferido profundamente no seu resultado. E provavelmente essas mulheres deixaram de realizar o seu desejo por uma possível inabilidade dos obstetras de ‘esperar’ o acontecimento natural.

Segundo Hopkins (2000), a mudança do tipo de parto eleito pelas mulheres parece estar moldada pela conduta intervencionista do médico, portanto, mesmo que a mulher deseje o PV, as chances dela não conseguir são grandes. Em um dos relatos foi perceptível o passo a passo da transformação do processo natural do trabalho de parto num processo patológico, a partir da medicalização. A decepção e a insatisfação com essa experiência ficaram ressaltadas e marcadas em seu discurso, que destacamos abaixo:

---

<sup>32</sup> geralmente acontece pelo mau posicionamento do bebê .

*“Eu tava sentindo uma contração muito leve, não doía. Quando ele (o obstetra) chegou, viu que estava ainda com 1 cm (de dilatação), que em duas horas não tinha evoluído nada. Eu tava me sentindo ótima, eu tava muito feliz, tava muito tranqüila. Ele disse: ‘Bom, acho melhor botar você no soro pra poder ser mais rápido, estimular, um soro bem fraquinho’. Eu sabia que era a tal da ocitocina, mas eu achei bom, não tava rolando nada, então eu tava precisando de um estímulo e aí eu aceitei aquilo como um estímulo maior. Fui pra sala de pré-parto e as pessoas vinham e começavam: ‘\_A que horas vai ser a operação?’ Não vai ter operação nenhuma!! Tavam me tratando como uma doente e eu não tava me sentindo uma doente. Me botaram no soro, já tinha ouvido que a ocitocina bagunçava as contrações. E daí começou tudo, e, aí não tinha mais um parto normal. Eu comecei a vomitar, de repente aquele soro, de repente me deu um negócio, me deu um enjôo fortíssimo, um mal-estar muito grande. Aí começaram umas contrações com muita dor, muita dor e eu comecei a sentir muita dor de repente, não foi uma coisa gradual. Aquela mal-estar virou uma doença. **O meu parto, que eu estava me sentindo tão bem, tão feliz, virou uma patologia e de repente virou uma coisa horrível!**” (Marta) (grifo nosso)*

Como podemos perceber, esse parto gerou uma situação traumática para esta mulher, que se sentiu tratada como ‘doente’ e sem direito a encontrar sua forma particular de vivenciar esse momento tão esperado. Dessa forma intervencionista, entendemos que é possível ter ‘em mãos’ uma mulher fragilizada, debilitada física e emocionalmente, possivelmente mais apta a aceitar, sem discutir, a mudança de rumo do seu parto. Frente à iniquidade, a mulher cede ao domínio médico que, a partir desse momento impregnado de iatrogenia, é o único capaz de controlar a situação, resolvendo-a através da segurança técnica do ato cirúrgico.

Ao analisarmos todos os relatos, verificamos quanto os trabalhos de partos mencionados foram assistidos no moldes do modelo biomédico, baseado no uso abusivo de tecnologia e que, ao intervir nesse processo, desconsidera a fisiologia do parto, transformando a parturiente em ‘paciente’ e sujeitando seu corpo a intervenções médicas, criando o chamado efeito ‘cascata’.

Isso acontece quando os médicos submetem as mulheres a intervenções que podem levar a complicações, gerando mais intervenções que, quase sempre, finalizam em uma cesariana (Diniz, 2001). Essas práticas (ocitocina, ruptura de bolsa amniótica, kristeler, etc) consideradas prejudiciais podem levar a um manejo inadequado do trabalho de parto,

resultando na iatrogênia (Diniz, 2001). Além do que, para a mulher fica sempre a idéia - distorcida e dolorosa – de que seu ‘corpo’ não funcionou, que necessitou da intervenção médica para corrigir seus ‘defeitos’.

Segundo Dias e Domingues (2005):

*“Embora haja evidências científicas suficientes para que se realizem modificações no modelo médico tradicional de assistência ao parto, desmedicalizá-lo implica perda de poder. Abandonar rotinas que adequam o trabalho de parto ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiem o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo de parturição e modificar as referências do papel médico nesse contexto de assistência”.* (p.700)

Precisamos, pois, refletir sobre as responsabilidades da profissão médica, dos cartéis de saúde, incluindo-se aí os poderosos interesses das indústrias farmacêuticas, todos alimentados pelo sistema vigente e, dialeticamente, alimentando esse crescente processo de medicalização e intervenção na saúde da mulher, simplificarmente etiquetado como ‘tecnologia segura, indolor e moderna’.

Nessa perspectiva, podemos perceber que as formas inadequadas na assistência ao parto vulnerabilizaram a escolha das entrevistadas, na medida em que mudaram suas expectativa em relação ao parto almejado, interferindo no exercício da livre escolha.

No próximo subtema vamos, através das múltiplas vozes desse estudo, evidenciar como foi vivido o desencontro entre o PV e a cesariana.

#### **4.3.3.3.3. O desencontro entre o desejo e o realizado – a concretização da cesariana**

Como observamos em vários estudos citados anteriormente (Barros, 1986, 1991; Rattner, 1996 e Marques, 2005) é fato que, quanto maior o nível sócio-econômico, maiores as chances das mulheres serem submetidas à cesariana, independentemente da sua vontade e/ou escolha. Mesmo as mulheres das camadas médias que, segundo esses mesmos autores, têm menor probabilidade de risco obstétrico, estão mais vulneráveis a terem seus filhos através de um procedimento de risco - a cirurgia - mesmo quando a sua opção é pelo PV. Como demonstrado na fala abaixo:

*“Aqui na rede privada é muito difícil você ter parto normal... eu acho assim, se tivesse dado tudo certo, no tempo exato, chegasse nas 40 semanas, contraiu, entrou em trabalho (de parto), pariu, ok. Mas qualquer pequeno*

*fator (de risco) eles optam pela cesárea. Não sei porque eles não querem arriscar. Talvez esse tipo de parto (parto vaginal) dê mais trabalho por ter que ficar acompanhando. Eu penso é que eles não querem arriscar nada. Para eles a cesárea é mais segura porque eles sabem que naquele momento o neném tá bem, é uma coisa rápida (a cesárea). Eles abrem a barriga e em dez minutos o neném tá fora, na mão do pediatra, do respiradouro, do que precisar”.* (Elis)

Esse relato nos permite visualizar o quanto a cesariana está introjetada culturalmente como um ‘parto’ seguro e institucionalizado, obscurecendo os questionamentos sobre a sua real indicação, como bem Cecatti (1999) e Faúndes (2004) já revelaram.

Poderíamos supor que os obstetras acostumaram-se a decidir suas intervenções sob a ótica do menor risco para si, ou seja, não se expondo às ‘imprevisibilidades’ do PV, ao invés do menor risco para a parturiente e seu filho, quando submetidas a uma cirurgia desnecessária.

A permissividade de recorrências do procedimento cirúrgico como via ‘normal’ de nascimento ancora-se em um ‘risco iminente’ de que o bebê supostamente possa vir a se expor. Existe uma descaracterização do natural/normal e uma valorização da ‘prevenção do risco’. Então, o PV é condenado à ‘bode expiatório’<sup>33</sup> por ser potencialmente perigoso, pois ‘fora de controle’.

*“Eu não me senti com poderes de tomar outra decisão que não fosse a que o médico tava propondo, não, eu hein... claro que não. Não queria que meu filho entrasse em sofrimento. É difícil pra mulher nessa hora, sem conhecimento saber o que fazer, se tá certo ou tá errado. Simplesmente concordei.”* (Vitória)

*“Na hora quem escolheu (a cesárea) foi ela (a obstetra), por opção própria, eu só escutei, ela falando... ela não chegou ao meu ouvido e balbuciou que seria cesárea. Ela decidiu entre ela, o anestesista e meu esposo que estava ali participando. A decisão foi dela, eu escutei ela dizendo: ‘\_Vamos abrir se não ela (o bebê) vai entrar em sofrimento’. Eu só chorei e pensei: ‘\_Pronto, acabou minha chance’. Eu só chorei...”* (Célia)

A concretização do desejo se transforma num hiato entre o processo de escolha da mulher no ciclo gravídico e o poder decisório do obstetra na hora do parto. Vale destacar

<sup>33</sup> O significado da expressão é a acusação de uma pessoa/fato inocente. O sujeito/fato leva a culpa por algo que não aconteceu, geralmente encobrindo o verdadeiro responsável.

ainda a fala de Marta, em que o poder médico fica explícito nessa relação desigual com a mulher:

*“(...) ainda não tinha me dado por vencida, mas o M. (companheiro) achava que eu ia querer sim tomar o negócio pra dor (analgesia), porque tava muito forte, mas não era isso. Eu queria calma pra falar, não era assim, quando você tá sentindo a contração, tipo: ‘me apaga agora’, mas depois você quase esquece da dor. Continuando com 1 cm de dilatação, significava que o parto não tava ‘andando’. Uma dor insuportável e eu cada vez me sentindo pior. Aí uma hora ele voltou e eu falei se não podia fazer anestesia. Ele (o obstetra) disse que com 1 cm não podia fazer analgesia. O M. estava desesperado e falou assim: ‘\_Eu acho... ela tá achando que ela vai querer uma cesárea... E eu falei: ‘\_Não M., calma aí, não é assim. E o A. (o obstetra) falou: ‘\_Não estou considerando o que ela quer, eu faço uma cesariana se precisar’. Aí ele virou pra mim e perguntou se eu agüentava mais 15 minutos, e eu respondi que agüentava, e ele falou: ‘\_Sabia, todo mundo sempre agüenta os 15 minutos, que as mulheres ficam tentando’. Eu falei, não, eu agüento! Ele voltou depois de 15 minutos, me examinou, não tinha andado nada, conversou com a equipe e aí eles decidiram pela cesárea.”(Marta) (grifo nosso)*

Infelizmente, alguns profissionais, num momento tão delicado para a mulher e seu companheiro, demonstram (e exibem) arrogantemente a sua capacidade de poder sobre o outro que está em clara desvantagem. Poderíamos ressaltar, ainda, a falta de sensibilidade e humanização na assistência desse parto.

Não podemos esquecer que não é fácil compreender essa contradição pela qual passaram essas mulheres. Nesse conflito que se instala, elas mesmas têm dificuldades de entender a complexidade do quê e porque houve a dissonância. Se elas não têm acesso às fontes de informações fidedignas, não podem perceber os fios invisíveis que estão atuando e conectando-se a essa situação. Não conseguem explicar e, então, tudo pode parecer apenas um imprevisto no processo natural e biológico.

A seguir, apresentaremos como as entrevistadas construíram e verbalizaram o momento da dissonância entre o desejo e a realidade.

### **Os sentimentos relacionados à experiência do parto**

Pelo que já foi exposto e tendo como suporte a diversidade de dados encontrados nos vários estudos já apresentados, poderíamos dizer que, para a maioria das mulheres dos

segmentos médios da população que elegem o PV, a escolha parece estar efetivamente eliminada. Seja por uma ‘promessa não cumprida’ dos médicos, pelas possíveis iatrogenias causadas por um parto excessivamente medicalizado ou ainda pela concepção do PV como um evento ‘imprevisível, estressante e arriscado’, tal como considerado e divulgado pela mídia e mesmo por grande parte dos obstetras (Chachan, 2006).

Para a maioria das entrevistadas (nove) não ter vivido a experiência do PV representou uma grande frustração. Procuramos problematizar com elas como foi essa vivência e como internalizaram o fato de não protagonizarem o parto. A maioria expressou uma grande decepção, verbalizada através de discursos marcantes, como os apresentados a seguir:

*“Ah! Eu me senti, na hora, a pior das mulheres. Eu trabalhava na minha cabeça da 8ª a 40ª semana que seria por parto normal. Minha decepção toda era que eu queria parto normal. Quando eu penso fico triste... eu pensava, na hora... eu me senti uma pessoa inútil”.* (Célia)

*“Me sinto envergonhada em primeiro lugar, frustrada e com certeza de que não quero repetir isso (fazer outra cesárea desnecessária). E que eu posso e sempre fiz o que eu quis da minha vida e nesse momento que eu considero o mais importante da minha vida, eu não consegui dominar. Então, foi minha culpa. Em primeiro lugar de não ter batido o pé naquela hora... Eu fiquei o tempo todo igual a uma idiota. Não consegui ter forças pra negociar... foi imposta a decisão dela (da médica), uma situação desigual. Eu não vi minha filha saindo de dentro de mim...”* (Regina)

*“Para mim foi uma frustração não ter sido atendida na minha vontade. É o mesmo que querer fazer alguma coisa e ser tolhida daquilo. Ter que aceitar ser atendida apenas em uma próxima oportunidade. Mas, se não houver essa próxima oportunidade? Foi uma frustração muito grande, pois eu queria muito o parto normal. É óbvio que eu não vou deixar de amar meu filho por isso, mas pra mim, mulher, foi muito frustrante. Na hora bateu aquela tristeza de saber que a minha vontade não iria se concretizar.”* (Natália)

*“Não é possível, não dá, não é justo. Porque que eu me achava menos mulher. Aí, com essa história de não poder fazer um parto normal, eu me achava uma incapaz. Eu me lembro que tinha um desconforto de me sentir menos que as outras mulheres que poderiam ter esse tipo de parto que eu acho natural, normal. Foi muito difícil pra mim.”* (Carla)

*“Ai eu chorei muito quando eu entrei na sala (de cirurgia) e falei: ‘\_Se vai ter que ser cesárea eu não quero sentir nem mais uma dor’. Pedi pra me apagar (ser anestesiada) agora, comecei a chorar, me colocaram numa posição de ‘cruz’, uma coisa horrível, me senti muito mal, chorei o tempo todo. Eu não estava emocionada, eu tava muito triste, muito deprimida na hora. Só pensava assim: ‘\_Ah, então tira logo, tira logo. Foram sei lá uns dez minutos, depois da decisão (que ia ser cesárea), cinco minutos de abertura, tira o bebê e depois 20 minutos ‘costurando’ e aí eu fiquei o tempo todo acordada, só pensando... acaba logo, acaba logo, que agora o parto acabou, o parto morreu, vamos começar outra fase, porque o parto acabou pra mim’. Foi culpa minha, o A. (o obstetra) achava que não tinha mais tempo (de esperar o PV acontecer), não tinha mais ninguém acreditando em mim, ninguém pra me dar um pouquinho de esperança de que o parto podia acontecer... ” (Marta)*

Como podemos perceber, essas mulheres internalizaram um profundo sofrimento por não terem como reagir contra a decisão médica e da qual se sentiram excluídas. Muitas assumiram um sentimento de culpa por não terem conseguido experienciar o processo da parturição tal como haviam desejado/planejado. A sensação de impotência para enfrentar as relações desiguais com seus obstetras, especialmente em um momento tão delicado, e as incertezas de não terem sido corajosas o suficiente, de ‘não terem batido o pé’, como disse uma delas, contra a decisão comunicada, mexem com a auto-estima e confiança em si próprias, o que, nos parece, pode deixar marcas por muito tempo.

Sobre os desvios entre o que era desejado para o efetivamente realizado, Tornquist (2002), que nos fala da dimensão simbólica do parto na experiência feminina, também nos alerta sobre o momento vivido pelas mulheres na parturição, pontuando que:

*“Embora essa ‘mulher moderna’ seja vista agora como sujeito de suas escolhas – inclusive a maternidade – ela novamente se vê diante de prescrições ditadas por saberes científicos, que a farão escolher o que é o melhor para o bebê, e de uma celebração do parto ideal, este não raro muito distante do campo de escolha e de possibilidade de boa parte das mulheres que dão à luz.” (p.490)*

Porém, nem todas as mulheres reagem da mesma forma a esta situação. Uma outra parte do grupo entrevistado (seis) relatou ter absorvido satisfatoriamente a não realização do PV. Esses depoimentos desvelaram que o mais importante para elas foi poder confiar na decisão do médico, e dessa forma, por terem a certeza de que a cesárea foi necessária,

puderam se conformar com a impossibilidade do PV. Assim, o momento de frustração pôde ser melhor superado. Nas falas a seguir, expomos o relato dessas experiências:

*“Eu, na hora, nem pensei mais no parto normal, não pensei. Você fica tão emocionada, assim... quando o neném nasce... eu sou muito prática nas coisas. Se realmente teve um problema (informado pelo obstetra para fazer a cesárea) que foi detectado, vamos resolver da forma que é possível, confiei nele (no obstetra). Não ultrapasso isso, não fico pensando nisso. Não tenho esse pensamento de ter deixado algo pra trás. Já fechei isso! Mas, sei que tem gente muito ‘agredida’ com isso, muito frustrada, eu vejo isso no orkut (página de relacionamento da internet), não se sente mãe. Tem muita gente assim .” (Alice)*

*“Olha, eu não fiquei decepcionada, frustrada por ter sido uma cesariana. O que pesou mais era que eu queria que meu filho nascesse bem. Eu tinha consciência de que se não desse, se tivesse riscos para a saúde dele (do bebê), teria que fazer uma cesárea, até pela minha profissão (é enfermeira). Então, em momento nenhum, eu me senti triste. Minha médica já tinha colocado que pela minha estrutura (tinha bacia ‘estreita’) e o tamanho da criança, talvez não fosse possível o parto normal, mas eu ‘deletava’ a informação e dizia: ‘\_Eu posso ter meu filho de parto normal sim’. O fato de ter feito a cesariana já não tem tanta importância, eu já superei isso. Estar podendo amamentar como eu também sempre quis, ajudou a superar a frustração por não ter conseguido parto normal.” (Fernanda)*

*“Eu achei que no final da contas que a médica acabou tendo que decidir pela cesárea pela necessidade de evitar complicar pra neném, se não fosse desse jeito, seria pior pra ela (o bebê). Se fosse demorar muito seria pior pra ela, então por isso... não fico triste, acabou sendo um alívio.” (Flora)*

*“Eu tentei, não deu, não deu, assim, pelo menos eu queria que fosse no tempo dele (se referindo a ter entrado em trabalho de parto) e foi. Isso (ter feito a cesárea) não me incomodou, eu absorvi bem, até acho porque a recuperação foi boa, melhor do que eu pensava, então eu não fiquei com trauma (entonação feita por ela), não tive problemas.” (Vitória)*

Como podemos observar, os relatos acima nos mostraram que, de certa forma, houve uma reação positiva das mulheres quando a cesárea lhes foi comunicada. Talvez porque, diferentemente das outras, elas tenham internalizado uma possibilidade mais concreta de mudança no tipo de parto. Ter a ‘certeza’ de evitarem riscos para o bebê, parece ter representado uma espécie de mecanismo de defesa para aceitarem melhor a justificativa da

cesariana. Percebemos que o término satisfatório do parto foi importante e colaborou também para que ultrapassassem e superassem esse momento.

A questão do resultado ‘positivo’ da cirurgia já foi sinalizado pela WHO (1996) como fator preocupante, pois pode transformar a cesariana que não se complica em referência de segurança, na medida em que ‘evitaria’ alguma possível complicação do PV.

No próximo subtema, abordaremos a expectativa que as entrevistadas têm sobre um futuro parto em uma próxima gravidez.

### **Tentar de novo?**

A trajetória para entendermos os processos que levam à dissonância entre o parto desejado e a cesariana revelou o quanto foi significativamente negativa e marcante, para a maioria das entrevistadas, não terem vivenciado a experiência da parturição.

Após as revelações dos sentimentos vividos, procuramos identificar se haveria, numa futura gestação, alguma intenção de tentar novamente o PV. Encontramos, entre todas as entrevistadas, uma forte motivação para uma nova tentativa, caso tivessem outro filho. Apesar disso, algumas demonstraram dúvidas sobre poderem realizar um PV pós-cesárea, como já discutido no subtema “uma vez cesárea sempre cesárea”. Mas, mesmo assim, afirmaram que escolheriam o PV novamente. Sobre esse assunto, as falas abaixo expressam suas convicções:

*“Vou tentar novamente o parto normal, eu quero muito. É uma experiência que considero importante viver e acredito que a maioria das mulheres deseja passar.” (Rita)*

*“Sim, eu vou querer outra vez tentar o parto normal, quero poder esperar o trabalho de parto, deixar o meu corpo trabalhar, chegar a hora certa pra nascer.” (Dora)*

*“Vou tentar numa próxima vez o parto normal e já até pensei em uma casa da parto... pelo que tenho lido, atualmente é o único lugar que acredito, só vai ser cesárea se realmente não for possível o normal.” (Regina)*

*“Tentaria sim, gostaria de viver essa experiência até o final, mas tentaria da mesma forma, se não der não vou ficar frustrada nem nada.” (Vitória)*

Embora as circunstâncias vividas no parto tenham sido, para a maioria, muito emblemáticas, a motivação para tentar novamente o PV nos parece maior do que as dificuldades e vulnerabilidades passadas nesse percurso. Vale ressaltar que apenas uma

informante demonstrou interesse em buscar uma alternativa ao modelo biomédico, referindo-se à casa de parto como uma ‘garantia’ de uma assistência humanizada e que respeite a decisão da mulher. Essa percepção crítica ao modelo hegemônico não esteve presente nas falas das demais entrevistadas, sendo que a maioria nem se pronunciou sobre essa questão. Esse fato nos sugere que a grande maioria dessas mulheres não tem informação e/ou desconhecem outras possibilidades de parirem com autonomia.

### **Querer é poder? O direito de escolha das mulheres**

A ‘linha’ que separa uma cesariana e não ter a própria escolha respeitada é tênue e sutil. Poder-se-ia argumentar que existe uma estrutura que mantém esse ‘ciclo cesariano’ em movimento porque, ao que parece, essa engrenagem atende a um grande número de interesses e interessados.

Portanto, em consonância com as vivências dessas mulheres, procuramos trazer à tona neste subtema como o direito de escolha era percebido e significado por essas mulheres. Esta questão não foi diretamente formulada e, além disso, poucas abordaram-na espontaneamente. Ela foi problematizada e surgiu em meio às perguntas referentes ao significado de ter escolhido um parto e realizado outro.

Desse modo, durante o processo de análise dos dados, pudemos observar que foi facultado a elas, durante o pré-natal, o direito de escolherem a forma pela qual desejavam parir. No entanto, os relatos também revelaram o quanto as condicionalidades caminhavam juntas com a ‘possibilidade’ de terem um PV. Muitas vezes, os depoimentos nos permitiram detectar que, supostamente, existiria uma livre escolha sem que, no entanto, elas se sentissem seguras com as promessas feitas pelos médicos, como temos exaustivamente revelado.

A percepção de que tiveram o direito de escolha cassado não perpassou claramente as falas de todas as entrevistadas. Algumas, com olhar mais crítico e consciente, manifestaram-se sobre essa questão, demonstrando conhecer que as opções para as mulheres são restritas e pouco alcançáveis, como ressaltado na fala abaixo:

*“É difícil, não me perdôo por isso, estava pressentindo que ela (a obstetra) não iria fazer parto normal, mas acabei me acomodando, com medo de trocar de médico e não adiantar nada, trocar seis por meia dúzia. Na verdade, as mulheres pensam que escolhem o que querem (se referindo ao tipo de parto), mas não é bem assim. Eles (os médicos) prometem mas não cumprem. Você fica crente que vai ter seu ‘partinho’ normal, e tal, e eles*

*vêm com uma desculpa qualquer, qualquer motivo e ‘metem’ uma cesárea e às vezes você ainda dá graças a Deus porque ele decidiu pela cesárea para não ter problemas pro bebê. Acredito que hoje é muito difícil você dizer que vai conseguir ter um parto normal. Só parto em casa com parteiras, ou com médicos que respeitam as mulheres, que também são raros e caros. Mas direito à escolha a gente (as mulheres) não tem não, é ilusão .” (Regina)*

A lucidez exposta pela informante nem sempre implica em uma alternativa para que elas procurem outro modelo de assistência. Como mostrou a fala acima, os custos para tal podem representar um aumento no orçamento doméstico que nem todas podem arcar, na medida em que já têm uma despesa alta com os planos de saúde. Outra questão é que realizar um parto em casa ainda não se tornou uma opção confiável para grande parte das mulheres. A maioria ainda é refratária à idéia de parir longe do ambiente hospitalar e dos aparatos tecnológicos, o que parece indicar que os conceitos cristalizados sobre o modelo biomédico de assistência ainda são referência incontestável de segurança, tal como expressado pela fala abaixo:

*“A escolha (do parto) também depende de você encontrar uma pessoa (obstetra) que tenha vontade de fazer, não só de fazer um parto normal, mas de respeitar o processo (do parto) todo, senão a escolha vai pro espaço, não tem escolha nenhuma (...) e hoje em dia eu ainda não entro numa de fazer parto em casa, eu não entraria nessa, de parto sem anestesia (analgesia), longe da maternidade, vai que o bebê precise? Ainda não tô segura e preparada para ter filho em casa não.” (Marta)*

No entanto, a grande maioria das informantes, mesmo não tendo uma posição crítica sobre o direito de escolha das mulheres, demonstra saber que o problema existe, que essa escolha é mais imaginária do que real e que não está em suas mãos decidir, pois, dependem do obstetra. Portanto, quando decidem pelo PV, têm que escolher o médico que realmente se comprometa a respeitar o seu desejo.

*“Você pode escolher quando engravida o parto, mas na verdade, na hora quem decide o que você vai ter é o médico, não tem jeito. E você tem que ter confiança nele, confiar que ele vai respeitar sua vontade, saber que ele vai deixar você ter parto normal, e que vai fazer cesárea só se for preciso. Mas a gente sabe que os médicos dos planos (de saúde), a maioria é que escolhe o seu parto, eles não andam querendo fazer parto normal, tem que escolher bem o médico, tem que ter confiança.” (Vitória)*

Segundo Grassi, Raggio e Montes (1996), o desenvolvimento de uma relação de confiança com o médico favorece a aceitação da mudança sem questionamentos. Assim sendo, fica a ‘imagem’ de que é possível escolher, mas a palavra final é proferida pelo poder médico.

Nessa caminhada, pudemos conhecer melhor as experiências vividas por nossas informantes até o momento do parto e constatar que existe, entre elas, a consciência crítica de que nem sempre escolher é ter a garantia de conseguir realizar seu desejo pelo PV. Estão imbricados nessa questão não apenas a vontade da mulher, mas todas as interfaces entrelaçadas a esse processo, que envolve a conduta/conveniência médica, a medicalização excessiva e as intervenções desnecessárias, a mercantilização da saúde e os valores sócio-culturais associados ao parto.

A seguir, abordaremos quais as expectativas em relação à permanência, ou não, do mesmo obstetra em um próximo parto.

#### **4.3.3.3.4. A escolha do obstetra em um próximo parto**

Depois de conhecermos os processos relacionais que envolveram e influenciaram as informantes do início da gestação até o momento do parto, buscamos saber se desejariam manter os mesmos profissionais numa próxima gravidez, caso viessem a ter outros filhos.

Diante dos relatos feitos até aqui e da análise de todos os discursos, emergiu, como resposta majoritária, que a maioria (nove) manteria seus obstetras. Apenas uma entrevistada tinha certeza absoluta que mudaria de médico, afirmando que “*não ficaria com ela nem como ginecologista*”. As outras cinco demonstraram dúvidas e algumas insatisfações na conduta do obstetra, tanto no pré-natal como no parto, principalmente em relação à indicação da cesárea, mas, mesmo assim, demonstravam incerteza quanto a uma mudança. Uma das principais alegações era a competência técnica desses profissionais.

*“Não sei ainda se vou mudar de médico. Eu continuo confiando no Alan (o obstetra), antes de ele ser conhecido como uma pessoa que aguarda o parto normal, ele era conhecido como um ótimo cirurgião de cesárea, o que eu achei bom. Porque se eu precisasse, no dia se eu precisasse, eu vou tá, não só na mão de uma pessoa que gosta de fazer parto normal, como se precisar de uma cesárea, ele vai saber fazer bem.” (Marta)*

*“Eu ainda tenho dúvida. Eu acho que ela é um pouquinho intervencionista. Mas, o fato dela ser muito técnica é que na hora ela opera bem, faz uma*

*cesárea muito bem. Isso (saber operar bem) acaba dando confiança na gente se tiver que ser cesárea, como aconteceu comigo.” (Flora)*

Apesar de terem, por diversas vezes, relatado conflitos e dúvidas instalados durante a assistência pré-natal e no parto, e das desconfianças sobre a indicação da cesariana, esses médicos seriam eleitos novamente caso engravidassem outra vez. Como nos relatos a seguir:

*“Se eu tiver outro filho, eu quero ter com o Dr. L. e com a mesma equipe. Mas, eu acho que terei mais tranqüilidade para conversar com ele. Quando chegar na 40ª eu posso falar: ‘\_Dr. L. será que não dá para esperar mais uns dias? Aí, nós já nos conhecemos e vai ser mais fácil negociar. Eu escolhi o meu médico porque eu sabia que qualquer que fosse o parto, ele faria bem feito. Na verdade você planeja, mas só depois você saberá o que vai ser.’” (Elis)*

*“Ah, eu quero com certeza (permanecer com o mesmo obstetra). Eu gosto muito dele, ele atendeu todas as minhas expectativas, embora se mostrasse muito favorável ao parto cesáreo, mas em momento algum ele disse: ‘\_Olhe, eu não quero o parto normal, porque eu não faço. Ele nunca me abandonou só porque eu insistia em querer ter o parto normal.’” (Natália)*

A informante acima manifesta uma atitude de acomodação, pois, mesmo reconhecendo que o médico tendia mais para a cesárea, e mesmo desejando novamente tentar o PV, prefere mantê-lo como obstetra. Problematizamos com ela se a permanência do mesmo obstetra numa nova gravidez aumentariam as chances de mais uma cesárea, ao que ela respondeu:

*“Correr o risco de uma nova cesárea, com certeza eu vou correr. Eu tenho plena consciência de que para o próprio obstetra é mais cômodo (fazer cesárea), mas para você colocar uma criança no mundo você tem que ter um profissional que seja de sua confiança, não adiante escolher outro porque esse (o obstetra atual) não gosta de parto normal e, de repente o outro que eu escolher não atenda a todas as minhas expectativas, as minhas necessidades, não me diga os riscos que podem causar (durante o PV)... Acho que eu correria riscos com a mudança de médico. Tem que ser um médico que você tenha plena confiança.” (Natália)*

A incerteza de mudar parece estar relacionada à certeza de que outros profissionais agem da mesma forma e, como com o atual obstetra já estaria estabelecida uma relação de ‘confiabilidade’, não valeria correr o risco. Essa insegurança manifestada não só por esta, mas

também por outras entrevistadas, nos remete a uma relação de acomodação e resistência manifestada às situações contraditórias que se apresentaram. Essa relação determina a sobrevivência emocional e social da mulher numa situação de dominação e submissão, onde se criou uma identificação do oprimido com o opressor.

Segundo Anyon (1990), as mulheres estabelecem estratégias para enfrentar os conflitos provenientes de situações de opressão para, assim, resistir a elas, mesmo adotando posturas de aceitação e/ou acomodação. A dialética da acomodação e resistência, segundo a autora, faz parte do processo que protege os sujeitos contra os abusos e agressões. A atitude de manutenção do obstetra mostra as contradições que permeiam essa relação com o profissional. A acomodação e resistência não as liberta das ‘armadilhas’ que as enredam porque não podem remover as causas estruturais das contradições. As ações individuais ficam fragmentadas e isoladas, enfraquecidas politicamente. As transformações que venham assegurar às mulheres o direito de escolha só virão como resultado de movimentos coletivos.

No cenário que aqui apresentamos, que percorreu dos caminhos iniciais do parto até o momento em que puderam refletir sobre essa experiência, nos deparamos com uma realidade que não é única e nem acabada, mas múltipla e complexa. A trajetória do parto precisa ser melhor compreendida para que as mulheres possam exercer suas escolhas livremente, a partir do reconhecimento dos direitos reprodutivos e, assim, recuperarem seu protagonismo no parto.

No próximo tópico apresentaremos brevemente como as mulheres das camadas médias estão vivendo e se relacionando com o momento da maternidade e os aspectos ambivalentes e contraditórios que perpassam essa experiência.

#### **4.3.3.4. A maternidade e a contradição entre as esferas produtiva e reprodutiva das mulheres das camadas médias**

De acordo com o referencial adotado, é importante analisar a trajetória percorrida da gravidez até o parto relacionando, dialeticamente, as interfaces que a ela estão interligadas. Os dados nos revelaram que, com exceção de uma, todas as informantes planejaram sua gravidez, e, portanto, ao pensarem em ter um filho, sabiam que necessitariam reorganizar suas vidas para incluir esse novo papel social – o de mãe. Como mulheres atuantes no mercado de trabalho, com boa formação acadêmica, sabiam que enfrentariam as dificuldades atuais de conciliar a maternidade com as exigências do sistema capitalista, altamente competitivo e que

espera da mulher um bom desempenho profissional, materno e doméstico. Para melhor compreender a experiência da maternidade contextualizada na vida dessas mulheres, abordaremos essas questões divididas em subtemas assim organizados: novas responsabilidades e a volta ao trabalho; e ser mãe para as mulheres de camadas médias.

#### **4.3.3.4.1. Novas responsabilidades e a volta ao trabalho: conflitos**

Quando realizamos as entrevistas, apenas cinco informantes já haviam retornado às atividades profissionais. A maioria delas (nove) trabalhava na iniciativa privada e como profissionais liberais; três informantes estavam vinculadas ao serviço público e apenas três estavam sem trabalho remunerado naquele momento.

A despeito do vínculo de trabalho, alguns depoimentos sinalizaram o quanto o serviço público possibilitava uma estabilidade compensadora, especialmente com a chegada dos filhos. Como exemplificamos a seguir:

*“Quero entrar para o serviço público pra ser servidora, assim você consegue organizar melhor sua vida. Estou me preparando para os concursos públicos. Você se estressa muito não sendo estável. Na empresa privada todo ano é um desespero, a gente sempre fica com medo de perder o emprego.”* (Flora)

A volta ao trabalho para aquelas que já estavam na ativa representou um grande sacrifício, por terem que ‘abandonar’ seus bebês. Mesmo sentindo falta da atividade profissional, o momento da separação era sempre doloroso. Como a fala a seguir nos mostra:

*“Consegui ficar os quatro meses de licença (maternidade), mas estava sentindo saudades do trabalho. Ficar o tempo todo com o bebê por mais que seja prazeroso e eu tenha curtido muito, chega uma hora que a gente fica pensando em voltar. Só que quando chega a hora... dá um vazio, você chega no trabalho e fica dando uma vontade louca de sair correndo e abraçar seu filho. Não está sendo fácil me adaptar, ter que ficar tanto tempo longe dele. Seria bom poder conciliar, trabalhando só meio expediente, mas isso é impossível.”* (Luisa)

Certamente não é tarefa simples enfrentar as contradições entre querer voltar a produzir, mas também exercer o seu prazer como mãe, estar mais tempo com os filhos.

Mesmo com todos os conflitos, a maioria não pensava em se afastar do trabalho para se dedicar exclusivamente a cuidar dos filhos. Procuravam estratégias para organizar suas

vidas para que tivessem mais tempo disponível para a maternidade, sem prejudicar o trabalho remunerado. Aquelas que estavam próximas do término da licença, começavam um processo de sofrimento, antevendo o que passariam com o afastamento dos filhos, depois de um período de convivência diária, mesmo que exclusiva e exaustiva. Muitas informantes, durante a entrevista, não contiveram a emoção ao falarem do assunto e choraram. Se pudessem, diziam, ‘esticariam’ mais esse tempo até que os bebês estivessem mais crescidos.

*“Daqui a duas semanas eu vou ter que voltar, não sei como vai ser, ainda não estou preparada para estar longe dele tanto tempo, o dia inteiro, não sei como vou agüentar. Eu quero voltar ao trabalho sim, acho importante, não quero parar de trabalhar, mas ele ainda tá tão pequenininho, é uma maldade...”* (Alice)

Essa contradição entre voltar ao mercado de trabalho e cuidar do filho apareceu de forma relevante em todos os discursos. O que nos pareceu ser uma condição inerente ao processo atual de exigência social e econômica que as mulheres desse segmento social estão vivendo. Percebemos que maioria busca no trabalho a auto-afirmação feminina, como uma necessidade de valorização. Todas referiram que a independência econômica era a grande vantagem trazida pelo trabalho, proporcionando-lhes autonomia. Como apresentado nos relatos abaixo:

*“Eu acho muito importante pra mulher que ela tenha esse espaço (do trabalho), essa independência, até pela questão financeira. Isso é ter mais autonomia e não depender de ninguém.”* (Joana)

*“Ter condição de ter sua vida, sua independência, ter sua vida financeira independente, é mais fácil hoje, as mulheres estão podendo ter mais chances no mercado de trabalho, de crescer, de batalhar e isso pra mim é muito importante.”* (Vitória)

As que não estavam empregadas se ressentiam desse fato. Não se sentiam confortáveis por depender financeiramente do parceiro, apesar do bom relacionamento conjugal que informaram ter.

*“Eu agora estou nessa situação, não tô trabalhando, e isso quando você quer fazer as suas coisas, sei lá... não é legal, ter que ficar dependendo do marido, é muito chato. Sempre trabalhei, sempre pude dar conta das minhas necessidades, por isso ainda não me acostumei com essa situação.”* (Flora)

Algumas das que trabalhavam na iniciativa privada relataram sentirem-se pressionadas com os compromissos e as responsabilidades deixadas durante a licença-maternidade. Reconhecem que nesse setor a competição é maior e provoca nas pessoas uma compulsão para a produção. Existe, por mais que desejem estar mais tempo com os filhos, uma preocupação com o distanciamento do trabalho. Como expresso por uma das entrevistadas:

*“Na minha área, por exemplo, é muito difícil, você tem que se desdobrar, você tem que se superar a cada dia, o cansaço é muito grande, muita pressão. Consegui ficar os quatro meses de licença, mas confesso que ficava preocupada em estar afastada do trabalho. Eu acho que o fato de você ser mãe te deixa em alguma desvantagem sim. Porque você acaba dedicando menos tempo pra crescer profissionalmente. Acaba você não tendo muito tempo extra para progredir na carreira, a não ser que você priorize o trabalho e deixe o ser ‘mãe’ em segundo plano. Conciliar os dois papéis é difícil. A gente acha que está sempre perdendo pro seu concorrente. Você tem que voltar... se você não está aqui (no trabalho) você está perdendo (deixa de produzir), entendeu?” (Karina)*

Segundo Laurell (2000), os reflexos da competição capitalista atingem visivelmente as mulheres que não conseguem vivenciar a maternidade como gostariam. Assim, existiu, para a maioria das entrevistadas, uma preocupação com a transferência a terceiros, mesmo que familiares, de todo o acompanhamento das etapas de desenvolvimento do bebê, quando da necessidade da volta ao trabalho. Esse afastamento, de certa forma, priva a mulher desses momentos de convívio com os filhos.

Merece destacar, dentro dessa perspectiva de conciliar os papéis de mãe e profissional, como se sentiram aquelas que desejavam apenas ‘curtir’ o momento da maternidade, muitas vezes tentando adiar a volta ao mercado de trabalho. As falas ilustram a percepção de não estarem no rol das ‘mulheres produtivas’:

*“Por um lado eu tenho vantagem de não estar trabalhando, de não me preocupar com a volta ao trabalho. Eu estou feliz por cuidar da minha filha, eu tenho prazer nisso, é bom pra mim e pra ela. Nesse momento, eu quero ficar com minha filha. Mas eu ando me sentindo pressionada. Tem uma pressão da sociedade, da família, dos amigos. As pessoas te olham e parecem que dizem: ‘Pôxa! Você estudou, fez mestrado, não vai trabalhar? Vai ficar cuidando de filho e de casa? Se você não tá na linha de produção, você é desvalorizada, você é quase discriminada.” (Regina)*

*“Minha mãe é de uma geração que sempre trabalhou, construiu uma carreira, buscou uma realização pessoal. Mas eu me vi assim, não querendo fazer isso. Não acho que aquilo (o fato da mãe ter voltado a trabalhar quando ela era ainda bebê) era saudável (...) enfim, ela me botou pilha quando ele (o bebê) tava com dois meses e meio: ‘\_Você tem que voltar a trabalhar! Precisa voltar a trabalhar.’ Então ela veio me ‘cutucar’ pra voltar, não aceitava bem que eu ficasse ‘parada’ apenas cuidando do meu filho.” (Marta)*

Os relatos revelaram o quanto se sentiram pressionadas pelo que é socialmente ‘esperado’: que trabalhem, que produzam, que gerem renda. Pareceu-nos que ter apenas o desejo de cuidar dos filhos e ser mãe tempo em integral tornou-se politicamente incorreto. Essa situação, supomos, passa a ser condenada socialmente, o que consideramos contraditório. Ao mesmo tempo isso reflete o paradoxo atual, onde as mulheres conquistam o mercado de trabalho, mas se ressentem de não poderem estar com os filhos mais proximamente e acompanhar o seu desenvolvimento.

O último relato mencionado merece também um aparte, porque não só revela a problemática do adiamento da volta ao trabalho remunerado, mas também de um conflito geracional. A filha que quando bebê viveu o afastamento da mãe pela volta desta ao trabalho, mostra que não quer repetir a mesma história com seu filho. A mãe, que fez parte de um momento no qual, as ‘lutas’ femininas pela afirmação pessoal e profissional das mulheres eram mais intensa, valoriza a independência econômica, e talvez, por isso, considere retrógrado o papel apenas materno que sua filha deseja nesse momento. Esse conflito parece ainda não estar resolvido, pois a entrevistada ‘cobra’ da mãe esse distanciamento, e parece se incomodar com uma postura feminista ‘excessiva’, em detrimento do convívio que considera importante para a formação de vínculos entre mãe e filho, como reflete a continuação do relato:

*“A minha mãe trabalhava porque queria e aí tem essa coisa meio do elo da pessoa, porque a carreira não deixa de ser uma coisa de realização pessoal. Ela me botou na creche... a minha mãe sempre falou que eu e meu irmão mamamos até os seis meses. Aí um dia, comentando com ela, falei: ‘\_Você me botou na creche com uns três meses, ué mas aí... então eu não mamei até os 6 meses...’. Ela disse: ‘\_Não você mamava leite ‘normal’ na creche, mamava em casa comigo de manhã e à noite’. (a entrevistada): ‘\_Ah, até os seis meses você me amamentou tipo ‘meio*

*expediente’, depois eu nunca mais mamei, é isso, é? Então é uma visão totalmente diferente, assim, a minha mãe é muito feminista, sabe...” (Marta)*

Nossas informantes, alavancadas pelas pressões sociais e econômicas que as impulsionam a serem produtivas, se vêem tendo que dar conta também das funções reprodutivas, no seu papel de esposa e mãe. Demonstraram sentirem a necessidade de corresponder às expectativas do mercado e da sociedade. Mesmo entre contradições e conflitos, todas demonstraram a necessidade de buscarem seu espaço profissional e de realização pessoal.

Nesse sentido, abordaremos no subtema seguinte abordando as adequações decorrentes à ‘nova vida como mãe’.

#### **4.3.3.4.2. Ser mãe para as mulheres de camadas médias: padecer no paraíso?**

As entrevistas nos revelaram e confirmaram o que na observação participante já havíamos captado. A forma com que as mulheres ‘enfrentam’ o momento da maternidade parece ser muito complexa. A superposição de tarefas e as responsabilidades aumentadas na relação conjugal no que se refere à participação econômica exercem uma pressão que, somada ao exercício da maternidade, instaura certamente momentos de crise, dúvidas e conflitos que são contraditórios à completude que sentem enquanto ‘mães’.

*“Eu tô com minha filha, eu tô feliz da vida, eu tô num momento de plenitude, eu tô super contente com ela, mas você fica dividida, existem conflitos é claro, é normal ter, mas ao mesmo tempo você se sente culpada, porque assim... não posso sentir (os sentimentos conflitivos) porque a minha filha é tão fofo, mas acho que é normal sentir, acho que faz parte mesmo (...) Porque pro homem, por mais que ele participe muito, é muito diferente. Ele tá indo trabalhar, a vida profissional dele não vai parar por conta disso, ao contrário, acho que ele vai buscar batalhar mais pra família, mas peraí... eu adorei ser mãe, mas preciso voltar a trabalhar, preciso me recolocar e daí caminhar um pouco pra frente. Você realmente acaba deixando sua vida profissional um pouco estagnada. No início da licença maternidade eu sentia falta da minha rotina de trabalho, agora eu já criei uma nova rotina de ‘mãe’. Mas eu acho difícil realmente, é um conflito, realmente é um conflito.” (Dora)*

*“É muito difícil ter muitos papéis (sociais), ter que dar conta das coisas. Não sei como vai ser futuramente tudo... quando ele crescer...escola, leva e busca, vai se desdobrar mais ainda (as responsabilidades). Mesmo assim,*

*sendo difícil, eu não conseguiria não trabalhar. Ser só dona de casa, eu não me vejo. A gente precisa sair, ver gente, ter nossa vida. Senão você fica até muito ‘bitolada’, muito chata. Eu não gosto não. Agora, com as coisas de casa... pode até eu me acostumar com essa nova vida de mãe, acho que faz parte...”* (Joana)

*“Se eu tivesse que fazer uma opção, hoje, com certeza eu faria a opção de ser mãe, só, de ficar com meu filho, de ver ele crescer, acompanhar todos os momentos dele, cada passo. Mas, eu sei que isso vai passar. Ele vai crescer e se eu não der continuidade à minha vida profissional, minha vida como mulher, não só como mãe, mas como companheira, o meu momento vai passar também. Eu tenho que dar continuidade a isso. Vou ver ele crescer de uma outra forma, mas tenho que continuar trabalhando. Não posso deixar meu lado profissional pra trás. Temos que aprender a viver e superar esses conflitos. Mas, se eu tivesse que fazer uma opção, com certeza seria ser só mãe.”* (Tânia)

Pudemos perceber que, para a grande maioria, é muito difícil compor os múltiplos papéis – mulher/esposa/profissional/mãe – que aumentam a demanda da vida, casa, família e trabalho. Querem a maternidade, mas não abrem mão do trabalho, das conquistas e do crescimento pessoal. Esses sentimentos ambivalentes as fazem não querer estar nessa situação. Segundo Anyon (1990), espera-se que as mulheres sejam femininas, desempenhem bem seus papéis domésticos/maternos e que alcancem sucesso no mundo do trabalho. Os relatos nos revelam como estão percebendo essa situação:

*“É complicado. Eu vou continuar sendo cobrada no trabalho, na vida, no dia-a-dia e agora vou ser cobrada como mãe. Se o filho fica doente: é culpa da mãe. Acontecendo algo errado, a culpa é sempre da mãe. Tudo é culpa da mãe, por isso a pressão é maior. Com certeza as mulheres são culpadas por essas falhas nas ‘responsabilidades’. A responsabilidade com os filhos ainda é muito centrada na mulher. Acho que vai ser sempre assim.”* (Célia)

*“Nesse mundo hoje em que a mulher assume também o papel de proteger a família, de prover, de contribuir nessa estruturação familiar, ela continua com os papéis anteriores e isso é um conflito com certeza, a gente (as mulheres) não tem opção, não é? O meu primeiro ano de mãe foi uma loucura. Sem ajuda é impossível, temos que contar com apoio (...) Estão impondo mecanismos que ‘turbilham’ a nossa vida, sem necessidade de turbilhar, exemplo: tem que ter um corpinho lindo, tem que se alimentar,*

*tem que...gente calma!! Não dá pra se fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que procurar sair da avalanche...” (Carol)*

É visível que as exigências iniciais da maternidade são uma grande demanda para as mulheres, pela necessidade da presença física, principalmente para a amamentação, mas, como observamos, as cobranças continuam, independentemente da faixa etária em que se encontram os bebês. Nossas entrevistadas, como todas as mulheres atualmente, ocupam um lugar importante na economia como força de trabalho. Só que essas sobreposições de tarefas se tornam injustas quando assumem tantas responsabilidades e sem a justa re-divisão sexual do trabalho doméstico.

As situações reveladas nos depoimentos, nos parecem reafirmar que o trabalho materno/doméstico, apesar de ainda ser cobrado socialmente, permanece desvalorizado e pouco reconhecido. Em contrapartida às demandas do trabalho privado, existe uma grande valorização do trabalho produtivo. O que expressa uma contradição, ou seja, para as mulheres a valorização pessoal está na produção. E se não estão produzindo, se sentem fora do eixo social, o que não faria mais parte da realidade da mulher de hoje, como apresentado no subtítulo anterior.

Segundo Laurell (2000) e Giffin (1994), em relação às representações de gênero, existe uma sobrecarga feminina com o desempenho dos papéis públicos e privados que abarcam a participação não só no mercado de trabalho remunerado, mas no trabalho doméstico e materno. Essa situação gera as tensões e conflitos que se refletem nas contradições vividas pelas mulheres no exercício da maternidade. Como demonstra o depoimento a seguir:

*“Você tem que realmente se desdobrar. Você é cobrada no trabalho como profissional, é cobrada em casa como mulher, você é cobrada em casa como mãe pelo filho e no meio social mesmo... você é cobrada o tempo inteiro. É muita pressão, muita sobrecarga, depois você acaba estressada, não tem a quem recorrer. Eu tô iniciando agora a minha ‘carreira’ de mãe. Eu ainda tô por conta do meu filho, que me exige claro, nas necessidades normais, mamar, cuidar dele, dar banho, essas coisas que mãe tem que fazer, mas quando eu voltar a trabalhar e juntar tudo, sei que a cobrança e a pressão vão ser muito grande. Já espero por isso.” (Natália)*

O que os dados nos mostraram é que, apesar de toda a ‘fachada’ das conquistas dos direitos das mulheres, elas continuam ‘aprisionadas’ nas ideologias de gênero, que não

permitem que as mulheres tenham espaço de liberdade para serem o que quiserem ser. Inclusive alternarem seus papéis em alguns momentos da vida, quando se deseja ser produtiva – profissional - e em outros, ser mãe e se dedicar aos filhos. E ainda poderem, quando desejam, retornar ao mercado de trabalho, retomar a profissão, investir na carreira. De uma certa forma, as mulheres parecem estar ainda presas às demandas da esfera familiar, expressando uma liberdade muito relativa, porém, acreditando que já se libertaram.

## **CAPÍTULO V - Considerações Finais**

Esta pesquisa, que se propôs investigar um campo ainda pouco explorado, cumpriu, a nosso ver, seu objetivo fundamental, qual seja, expor, visibilizar as percepções, experiências e a análise crítica de mulheres de camadas médias sobre a questão do parto e identificar novos problemas de pesquisa que podem – e devem – ser investigados posteriormente.

Conhecer o universo de vida deste segmento social, tão pouco pesquisado, se mostrou uma escolha acertada, pois, além do sério problema do uso abusivo e iatrogênico de cesarianas, este segmento é usualmente tomado como ‘privilegiado’ e seus problemas e contradições, minimizados. Assim, esta pesquisa pode mostrar como a transição de gênero também atinge e afeta as mulheres de classe média, tornando o exercício da maternidade um verdadeiro ‘malabarismo’, em que tentam conciliar o (auto)exigente cuidado dos filhos com as crescentes demandas do mundo produtivo, em um contexto cada vez mais competitivo e seletivo.

Sendo esta uma pesquisa exploratória, é importante ressaltar que a partir de novas leituras, outras considerações poderão emergir, visto que, o mesmo objeto, quando observado em outro momento, estará sujeito a novas interpretações. Essa perspectiva dialética postula que cada fenômeno que se procura compreender na sua singularidade, não pode ser desconectado de sua universalidade, possibilitando (re)leituras de acordo com o seu ‘tempo’ histórico.

Ao analisarmos as representações, idéias e concepções que estão associadas ao contexto da escolha e a motivação pelo PV, alguns aspectos destacaram-se.

Nossa pesquisa mostrou que o PV desejado por todas nossas entrevistadas durante a gravidez até o momento do parto, possivelmente poderia ter se realizado na maioria dos casos, visto que os sujeitos desse estudo eram gestantes de baixo risco.

Os relatos revelaram que os motivos da escolha pelo PV variaram entre a recuperação mais fácil e rápida após o nascimento, facilitando os cuidados com o recém-nato, até a percepção do PV como um evento ligado à natureza, sendo, portanto, uma importante experiência feminina a ser vivida. Em contrapartida a essa naturalidade, constatou-se uma preocupante aceitação da medicalização e das intervenções realizadas percebidas, pelas informantes, como necessárias ou inevitáveis.

Como os dados revelaram, as consultas de pré-natal foram um espaço de construção de uma relação de confiança com o médico, o que, paradoxalmente, foi determinante para a aceitação da indicação da cesárea. Mesmo assim, surgiram, em alguns discursos, algumas incertezas sobre a conduta profissional em relação ao modo de realização do parto.

Outro aspecto importante que emergiu da pesquisa foi a utilização do ‘mito’ da circular de cordão para justificar a indicação da cesariana. Os ‘medos maternos’ (Souza, 1994 e 2002), trabalhados no sentido de evidenciar uma ‘probabilidade de risco’ para o bebê, parecem representar ainda uma forma coercitiva para pressionar as mulheres a aceitarem a mudança do tipo de parto.

Vale ressaltar que, na sociedade contemporânea, têm surgido novas situações que se agregam aos antigos mitos usados como justificativas para as mulheres desistirem do PV. Um deles é a falta de vagas nas maternidades privadas. Essa questão foi detectada em quase todos os discursos como um poderoso argumento médico para a marcação da cirurgia antes que as mulheres entrassem em trabalho de parto, usado como justificativa da garantia de vaga. Como revelado, a pressão era trabalhada sobre ‘o medo de não terem onde parir’. Outro ponto relevante que apontamos foi a preocupação com a violência na cidade e a possibilidade do parto ocorrer em horários noturnos, reconhecidamente os mais perigosos, tanto pelos médicos como pelas informantes. No entanto, nossas entrevistadas afirmaram que, apesar das preocupações, não se deixaram influenciar negativamente pela argumentação médica, a ponto de mudarem a sua escolha.

Notamos que algumas entrevistadas expressaram preocupação e dúvidas sobre se a cesárea realizada definiria uma nova indicação cirúrgica para um próximo parto. Os relatos mostraram que essa necessidade foi confirmada por alguns dos médicos como uma conduta obstétrica, vulnerabilizando, assim, as chances futuras de escolha da mulher. Por sua vez, outras relataram que, através de informações, tinham desconstruído o ‘mito’ de “uma vez cesárea sempre cesárea”, demonstrando conhecimento de que uma cesárea prévia nem sempre será um impedimento para um PV.

O medo da dor não foi um ponto sensível apontado nos relatos, nem uma referência impeditiva para o PV. As informantes eram conscientes de que teriam que passar pela dor, já que desejavam o PV. No entanto, mostraram que, apesar de sentirem medo e pensarem em como seria suportá-la no trabalho de parto, a maioria entendia que sentir dor fazia parte do processo de parturição.

A relação da mulher com o obstetra durante a gravidez e no momento do parto evidenciou, em alguns casos, um poder ‘tecnicamente’ assimétrico, já que o médico é considerado um especialista, portanto detentor do conhecimento científico necessário para a tomada de decisões. Esse cenário revela, na maioria das vezes, um vínculo também assimétrico entre ambos. Essa distância acontece, independentemente da forma atenciosa e disponível dos profissionais, nessa interação, mesmo que, em determinados relatos, isso nem sempre tenha significado uma forma acolhedora de atendimento.

No momento do parto, essa relação de poder/dominação nos pareceu influente para submeter as mulheres à autoridade médica quanto à decisão e aceitação da cesariana. A maior dificuldade relatada por elas foi romper uma relação de ‘confiança’ construída durante o pré-natal, mesmo quando existia dúvida quanto a alguma conduta médica. Nesse sentido, tornou-se inviável qualquer atitude contrária à indicação da cesariana. Como as informantes argumentaram, não adiantaria mudar de obstetra durante o pré-natal, porque a maioria dos que atendem pelos planos de saúde, mesmo que prometam, geralmente não fazem PV. Este fato demonstra que já existe uma consciência crítica neste segmento social sobre a quase ‘inexorabilidade’ da cesárea.

O cenário desvelado nessa discussão potencializa as preocupações quanto à exposição das mulheres de camadas médias aos riscos físicos e emocionais quando submetidas à cirurgia sem indicação criteriosa e precisa. Somam-se a essas preocupações a excessiva medicalização e o excesso de intervenções que algumas mulheres sofreram no transcorrer do trabalho de parto e que, possivelmente, resultaram em iatrogenias que as levaram à cesariana.

A pesquisa também evidenciou que, na realidade, as mulheres das camadas médias que procuram o sistema privado de saúde para terem seus filhos também padecem da falta de poder de escolha. Por mais que declarem o seu desejo pelo PV e busquem caminhos para alcançá-lo, no final, nossas entrevistadas viram sua escolha ser desviada para uma cesariana.

Outra questão bastante relevante que a pesquisa detectou foram sutis – às vezes, nem tão sutis – estratégias para justificar o parto cirúrgico. Como identificado por uma

entrevistada, a ‘pegadinha’ da circular do cordão é a mais freqüentemente utilizada, mas não a única: a falta de vagas, o perigo das madrugadas cariocas, entre outras, também são razões alegadas pelos obstetras para justificarem a necessidade da cesárea.

As observações, tanto das entrevistas como da observação participante, revelaram que a maioria das mulheres deste segmento social sabe que existem poucas chances de encontrarem obstetras que realmente sejam adeptos do PV e estejam credenciados nos planos de saúde. Ou seja, o rol de escolhas de profissionais com o perfil adequado é limitado e, para garantirem a realização deste desejo, teriam que buscar outras possibilidades, como o parto particular e/ou domiciliar, sem cobertura dos planos de saúde e com custos mais elevados. Essas saídas se revelaram ainda distantes para elas, já que representariam, mesmo para esse segmento social, uma despesa extra e principalmente, por ainda sentirem insegurança em experimentar um parto em casa, longe do ambiente hospitalar.

A pesquisa buscou problematizar as situações vividas pelas informantes, levando-as a refletirem criticamente sobre as experiências pelas quais passaram. Essa condição favorece que as questões sejam explicitadas e (re)pensadas pelo próprio grupo pesquisado. Desta forma, a visão crítica pretendeu ir além das aparências, buscando a essência dos sentimentos que se entrelaçaram à não realização do parto almejado.

Nesse contexto, foi possibilitado a essas mulheres descortinarem as questões do parto de uma maneira mais profunda. A ideologia introjetada da cesárea parece ter o poder de obscurecer os fatos e criar ilusões, de forma que as mulheres se convençam de sua segurança e, conseqüentemente, a aceitem.

O fato de algumas mulheres, ao saberem do tema da pesquisa, espontaneamente se candidatarem para a entrevista, nos sinalizou o quanto queriam falar, contar suas histórias e extravasar toda a problemática ainda não ‘digerida’ do parto. Pareceu-nos que desejavam aproveitar o espaço de pesquisa para uma auto-reflexão crítica ou simplesmente se fazerem ouvir, desabafar, compartilhar.

O desabafo de grande parte das mulheres em relação à frustração por não terem realizado o PV significou um sentimento de perda da experiência do parto. A expectativa frustrada de viver o PV como realização do ‘ser mulher’ pareceu representar para elas uma fragmentação da identidade feminina.

Foi dando voz a essas mulheres que conhecemos a profundidade desse universo, possibilitando um auto-conhecimento que possivelmente não conseguiriam fazer sozinhas,

num momento em que a maioria estava ainda bastante envolvida na adaptação a uma nova fase da vida – a maternidade.

Podemos concluir que a escolha pelo tipo de parto deve ser um direito inalienável das mulheres e não uma condição imposta por tantos segmentos que não estão, necessariamente, interessados na promoção da saúde e nos direitos de cidadania. Obstetras, serviços de saúde, operadoras de planos de saúde e outros segmentos empresariais deste ramo; ideologias de gênero que promovem incessantemente o consumo feminino de saúde e beleza e outros interesses mercantis acabam por legitimar a cesárea como um parto seguro e institucionalizado e o PV como imprevisível e perigoso. Como postulamos, a valorização da tecnologia e os interesses de mercado não deveriam suplantar o exercício da cidadania e a autonomia feminina.

Portanto, as mulheres precisam ter garantido o livre acesso às informações adequadas e seguras, sem que sejam suprimidas e ignoradas as dimensões sociais, sexuais e emocionais inseridas no percurso da gravidez e parto.

O parto é a finalização de uma etapa para o recomeço de outra. O nascimento de um filho é um dos eventos mais importantes na vida das mulheres e de suas redes sócio-familiares, sendo uma experiência humana singular, profunda e até mesmo sagrada para algumas culturas/mulheres. O reconhecimento deste significado por parte dos obstetras, dos serviços particulares e públicos de saúde, enfim, da sociedade, é fundamental. Particularmente os médicos, que ali estão partilhando este momento tão íntimo e delicado com as mulheres, deveriam considerá-lo um privilégio que merece respeito e deferência. Estabelecer essa interação de cumplicidade facilitaria a elaboração, a implementação e a realização da escolha do parto, de forma a garantir que a nova vida que chega seja saudada e recebida com carinho, alegria e respeito por todos que ali estão.

O relacionamento que reconhece, valoriza e dá voz a essas mulheres fundamenta-se na confiança mútua. As decisões tomadas com sabedoria favorecerão a concretização do desejo na experiência do parto. O conhecimento médico deveria, então, promover o empoderamento feminino, entendido como caminho da autonomia e do direito de escolha. A razão e a sensibilidade deveriam nortear as atitudes a serem tomadas, sem quebra de confiança e do compromisso assumido pelo profissional para a realização dessa escolha. Para tanto, há necessidade de profundas mudanças na conduta médica e também na formação dos futuros obstetras e profissionais que atuam na assistência à gestação e ao parto.

Portanto, como aponta Giffin (2003), devemos continuar a desmistificar os conceitos associados ao PV e desconstruir a idéia cristalizada sobre os prejuízos e perigos que circundam a forma natural de nascer. Proporcionar caminhos que apoiem as mulheres no percurso da gravidez e no parto para que elas se sintam capazes de vivenciar esse processo de maneira plena e integral, conhecendo melhor os processos que estão ocorrendo, no corpo e na alma, física e emocionalmente, até a concretude do momento do nascimento. Ao aumentar seu poder decisório, resgatar-se-ão como protagonistas do parto e, efetivamente, poderão fazer valer os seus direitos e suas escolhas.

Esperamos que essa pesquisa, que pretende se desdobrar em outros estudos, mesmo com o pouco tempo disponível para mergulhar na complexidade do tema, possa ter contribuído para um olhar mais profundo sobre as mulheres desse segmento social e as problemáticas que permeiam o momento atual do processo de parir. Problemáticas essas que dificilmente estão permitindo essas mulheres tenham seu desejo realizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALENCAR J.A.; ANDRADE E.C. The use of contraceptives in Brazil: an analysis of the prevalence of female sterilization. *Dados*. 1993; 36:419-39.
2. American College Obstetricians and Gynecologists; 2002.: Disponível em URL:<http://www.icsi.org/knowledge>
3. AMIGAS DO PEITO, Disponível em URL: <http://www.amigasdopeito.org.br>, acesso em 08/03/2007.
4. ANYON, J. Intersecções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sociais. *Cadernos de Pesquisa*, 73:13-25, 1990.
5. BALAN, M. A.J. & SERAFIM, D. Assistência Pré-Natal Realizada Por Enfermeiras, às Gestantes de Baixo-Risco do Hospital Universitário de Maringá. In: 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996. Anais, São Paulo, 1996, M47.
6. BARROS F.C.; VAUGHAN J.P.; VICTORA C.G. Why so many caesarean sections? The need for a further policy change in Brazil. *Health Policy and Planning* 1986; 1:19-29.
7. BARROS F.C. et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991; 338:167-9.
8. BARROS, J. A. C. Propaganda de medicamentos: atentado à saúde? São Paulo: Hucitec, 1995.
9. BECKER, H. S. Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
10. BELIZAN J.M. et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin América: ecological study. *BMJ* 1999; 27:319-397.
11. BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1996. Rio de Janeiro: BEMFAM.
12. BERMAN, R. Do Dualismo de Aristóteles à Dialética materialista: a transformação feminista da ciência e da sociedade. In: Jaggar, A. e Bordo, S. (orgs). *Gênero/Corpo/Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
13. BERNHARDT E.G.B. *Taxas de cesariana em SC*. [Monografia do curso de Medicina] Florianópolis: UFSC, 2001.
14. BERQUÓ E. Ainda a questão da esterilização feminina. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K.Giffin & S.H. Costa, org.) pp. 113-126; 1999, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
15. BERQUÓ E. *A esterilização feminina no Brasil hoje, quando a paciente é mulher*. Brasília: CNDM, 1989.
16. BOLTANSKI, L. As Classes Sociais e o Corpo. 3ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1989.
17. BOURDIEU, Pierre. A miséria do mundo. Tradução de Mateus S. Soares. 3ª edição. Petrópolis: Vozes, 1999.
18. BRAGA L.F. Cesariana - uso e abuso. Fatos da América do Sul e do Brasil. Caesarean sections use and abuse. Facts from Latin America and Brazil. *Femina* 1988; 1118-22.
19. BRANDÃO, Z. Entre questionários e entrevistas. In: NOGUEIRA, M. A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. (orgs.). *Família & escola*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 171-83.
20. BURCH E.; SACHS J. Saúde natural para mulheres grávidas. São Paulo: Madras, 1999.
21. CAPRA F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.

22. CARDOSO, R. Aventuras de antropólogos ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO (org.). *Aventura antropológica: teoria e pesquisa*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
23. CARRANZA, M., De cesáreas, mulheres e médicos: uma aproximação médico-antropológica ao parto cesáreo no Brasil. 1994 [Dissertação de Mestrado] Brasília, Departamento de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília.
24. CASTRO, M.G. Alquimia de Categorias Sociais na Produção de Sujeitos Políticos. *Revista Estudos Feministas*, vol. 0, nº 0, 1992.
25. CECATTI, G. *et al.* Cesárea no Brasil: um direito de opção. In: GALVÃO, L; DÍAZ, J. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo, 1999. p.237-59.
26. CHACHAN, A. S. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil. Simpósio Internacional Fazendo Gênero 7. Universidade Federal e Estadual de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina, agosto, 2006.
27. CHARTIER, R. A visão do historiador modernista. In: Ferreira, M. e Amado, J. (orgs.) *Usos & Abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996.
28. CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995
29. CONNELL, R. El imperialismo y el cuerpo de los hombres. In: Váldez, T. & Olavarría, J. (orgs.) *Masculinidades Y Equidad de género en América Latina*. Santiago, Chile: FLACSO, 1998 (76-89).
30. COSTA, A.M.; AQUINO, E. L. "Saúde da Mulher na Reforma Sanitária Brasileira" In: Costa, A.M., Merchán-Hamann, E. e Tajar, D. (orgs.) *Saúde e Equidade de Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Brasília, D.F.: ABRASCO/ALAMES/Editora Universidade de Brasília, 2000 (pp. 181-202)
31. CUNHARY - Informa nº 56 – Abril - Junho/2004 (Rede mulher de Educação acesso 14 10 2006) Disponível em URL: <http://www.redemulher.org.br/encarte56>.
32. CURY A.F.; MENEZES P.R. Fatores associados à preferência por cesareana. *Rev. Saúde Pública* v. 40, n. 2. São Paulo, abr 2006, p.227.
33. CURY A.F., TEDESCO J.J.A. Aspectos polêmicos na indicação de cesariana. *Femina*. 2003; 31(9):809-12.
34. DAVIS-FLOYD, R.E. *Birth as an american rite of passage*. 375p. Berkeley, Los Angeles (California), London (England): The Regents of the University of California, 1992.
35. DAUSTER, T. Construindo pontes: a prática etnográfica e o campo da educação. In: Dayrell, J. (Org.) *Múltiplos olhares sobre educação e cultura*. Belo Horizonte, EDUFMG, 1999. p. 65-72
36. DIAS M.A.B. *Cesariana: Epidemia Desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro*. 2001 [Dissertação de Mestrado] Rio de Janeiro; Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher; Instituto Fernandes Figueira; Fundação Oswaldo Cruz.
37. DIAS M.A.B.; DOMINGUES, R. M. S. M. *Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência ao parto*. *Ciência e Saúde Coletiva* V 10 n 3 p 699-705, 2005.
38. DIAS M.A.B.; DOMINGUES, R. M. S. M.; PEREIRA, A.P.E.; FONSECA, S.C.F.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; BITTENCOURT, S.D.A.; ROCHA, P.M.M.; SCHILITZ, A.O.C.; LEAL, M.C. *Trajatória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro*. Escola Nacional de Saúde Pública, *Ciência e Saúde Coletiva* 0324, ISSN 1413-8123, 2007.

39. DINIZ, C. S. G. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social. São Paulo. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina - USP, 1996.
40. DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo. Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina - USP, 2001.
41. DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate, *Cad. Saúde Pública* v.20 supl.1 Rio de Janeiro 2004
42. DONATI, S; GRANDOLFO, ME; ANDREOZZI, S. Do italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*, 2003; 30(2):89-93.
43. DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002. p 22.
44. ENGELS, F. A Dialética da Natureza, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, 2ª ed.
45. FACHEL O. *Surgical Contraception and Delivery: a study of providers in four regions of Brazil*. Report from the situation analysis. CEDEPLAR/NEPO/PPGAS, 1991.
46. FARGANIS, S. O feminismo e a reconstrução da ciência social. In: Jaggar, A. e Bordo, S. (orgs). *Gênero/Corpo/Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
47. FAUNDES A.E; CECATTI J.G. A Operação Cesária no Brasil: Incidência, Tendência, Causas, Conseqüência e Propostas da Ação. *Cadernos de Saúde Pública*, 1991; 7:150-173.
48. FAUNDES A.E; SILVA, J.L.P. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. *FEMINA*, São Paulo, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, v.26, n.8, 1998.
49. FAUNDES A.E et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública*, 2004; 38 (4):488-94
50. FREITAS P.F.F. *The Epidemic of Caesarean Sections in Brazil □ Factors Influencing type of Delivery in Florianópolis*. [Tese de Doutorado]. Maternal and Child Epidemiology Unit, Londo School of Higiene and Tropical Medicine, Universidade de Londres, Inglaterra: 2000.
51. GAMBLE, J.A.; CREEDY, D.K. Women's request for cesarean section: a critique of the literature. *Bristh*, 2000; 27(4): 256-63.
52. GILBERT, ACB; CARDOSO, MHCA; WUILLAME, SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia e ginecologia. *INTERFACE*, jan/jun, v. 10, n.19, p. 103-16, 2006.
53. GIFFIN, K. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, abr./jun.1991.
54. GIFFIN, K. Esfera da reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. *PHYSIS*, Revista de Saúde Coletiva, vol. 4:1, 1994.
55. GIFFIN, K.; COSTA, S.H. *Questões de Saúde Reprodutiva*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.
56. GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 103-112, 2002.
57. GIFFIN K., Barbosa, G.P., Tuesta A.A., Gama A.S., Chor D., D'Orsi E., Reis A.C.G.V. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstância? *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1611-1620, nov-dez, 2003.

58. GIFFIN K., Barbosa, G.P., Tuesta A.A., Gama A.S., Chor D., D'Orsi E., Reis A.C.G.V. Hartz, Z. Qualidade da atenção ao em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública* vol.39 no.4 São Paulo Aug. 2005.
59. GRANHAM, W. J. et al. An investigation of women's involvement in decision to delivery by cesarean section. *Brit. J. Obstet Gynaecol.* 1999, 106(3):213-20.
60. GRASSI E; RAGGIO L; MONTES AG. Normatização dos comportamentos reprodutivos e paradigmas médicos: estudo de caso em instituições de saúde para camadas médias. In: Costa, AO e Amado, T (org) *Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FCC/Ed. 34, 1994 (pp. 208-248).
61. HAGUETE, T.M.F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis, Vozes, 1987.
62. HARNECKER, Marta, *Os Conceitos Elementares do Materialismo Histórico*, São Paulo, Global, 2ª ed., 1983.
63. HOPKINS K. Are brazilian women really choosing to delivery by cesarean? *Soc Sci Med.* 2000;51(5):725-40.
64. JAGGAR, A. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. In: Jaggar, A. e Bordo, S. (orgs). *Gênero/Corpo/Conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
65. JANOWITZ B. et al. Caesarean section in Brazil. *Social Science and Medicine* 1982; 16:19-25.
66. JANOWITZ B. et al. Method of payment and cesarean birth rate in northeast Brazil. *J Health Polit Policy Law*, 1984;9;515-26.
67. JONAS O., CHAN A., RODER D. The association of maternal and socioeconomic characteristics in metropolitan Adelaide with medical obstetric and labour complications and pregnancy outcomes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1992; 321:1-5.
68. KITZINGER S. *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. 220p. São Paulo: Presença, 1978.
69. KLAUS, M., KLAUS, F. Apoio à parturiente durante o parto. In: Encontro brasileiro para o estudo do psiquismo pré e perinatal, 1. Anais. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo do Psiquismo Pré e Perinatal (ABREP), 1993.
70. LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1991.
71. LAURELL, A.C. Globalización y reforma Del Estado. In: Costa, A.M., Merchán-Hamann, E. E Tajer, D. (orgs). *Saúde e Equidade de Gênero: Desafio para as políticas públicas*. Brasília, D.F.: ABRASCO/ALAMES/Unb, 2000.
72. LOURO, G.L. *Gênero, Sexualidade e Educação*. Petrópolis, Rj:Vozes, 1997.
73. LOYOLA, M.A. União dos sexos e estratégias reprodutivas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 1, n.1/2, 1984.
74. MACHADO, E.G.C. *Gestação, parto e maternidade: uma visão holística*. 2.ed. Belo Horizonte: Aurora, 1998.
75. MARQUES R.R. *Desigualdades sociais no parto - fatores associados ao atendimento público e privado em Joaçaba – SC*. Joaçaba (SC); 2005 [Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade do Oeste de Santa Catarina].
76. MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*, Rio de Janeiro, Garamond, 2006.
77. MARTINS-COSTA, S. ; RAMOS, J.G.L. A questão das cesarianas. *Rev. de Ginecol. E Obst.* Vol. 27 nº 10, Rio de Janeiro, 2005.
78. MASON, J. *Qualitative Researching*. London, England: SAGE Publications, 1998

79. MELO, V. H. Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher. Belo Horizonte (MG), 1983 [Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais].
80. MENDES, A.C.; SILVA, J.V.; DALLARI, S.G. *Bioética e Direito*. Disponível em URL: [www.portalmedico.org.br/revista/bio1v2/biodireit.html](http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v2/biodireit.html) acesso 19/11/2006.
81. MENEZES, DCS; LEITE, IC; SCHRAMM, JMA; LEAL, MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. *Cad de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(3):553-559, mar, 2006.
82. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro Ed. HUCITEC-ABRASCO, 1992
83. MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In: Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade (M.C.S. Minayo, orgs.), pp. 9-29, Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
84. MINAYO, M.C.S. O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. In: Textos em Representações Sociais. (Guareschi P.A. & JOVCHELOVITCH S., orgs.), Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
85. MINAYO, M.C.S & DESLANDES, S.F. (orgs) Caminhos do pensamento: epistemologia e método, Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ, 2002.
86. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/> acesso 22/08/2006 e 14/10/2006.
87. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Saúde da Criança/Política Nacional de Aleitamento Materno. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao> acesso 08/10/2007.
88. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em URL: <http://www.ans.gov.br/portal/site/> acesso 25/08/2006.
89. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em URL: [http://www.ans.gov.br/upload/home/humanizacao\\_parto.pdf](http://www.ans.gov.br/upload/home/humanizacao_parto.pdf) acesso 18/11/2006.
90. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Seminário Nacional de assistência Obstétrica no Brasil – Desafios e Estratégias para Ação*; Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.
91. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência Pré-natal – Manual Técnico*, equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. 3a ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SSP/Ministério da Saúde, 2000.
92. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004 - 2007. Brasília: MS, 2004. [http://saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher2.pdf](http://saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf) acesso 08/04/2008
93. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada – 3a ed. Brasília. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento da Ações Programáticas/Ministério da Saúde, 2006.
94. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 888/GM, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo. Brasília, 1999. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br> acesso em 18/11/2006
95. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Estabelece critérios para criar o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do SUS. Brasília, 1999. Disponível em URL: <http://portal.saude.gov.br> acesso em 18/11/2006
96. MINISTÉRIO DA SAÚDE/biblioteca. Disponível em URL: <http://www.saude.gov.br/biblioteca/publicacoes/ProgramaHumanizacaoDoParto2000> acesso em 19/10/2006.

97. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência Integral a Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984.
98. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Datasus. *Sistema de Informações Hospitalares. SIH/SUS*. Disponível em URL:<http://tabnet.datasus.gov> acesso em 28/08/2006.
99. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEBRAP. Estudo multicentrico para avaliação de cesáreas no país após as Portarias n. 2816 e 867 do MS. Relatório de pesquisa, Brasília, MS, 2001.
100. MITJAVILA, M.& ECHEVESTE, L. Sobre a Construção Social do Discurso Médico em torno da Maternidade. In: Costa, A.O. e Amado, T. (org) *Alternativas Escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina*. São Paulo: PRODIR/FCC/Ed. 34, 1994.
101. MORAES, MS; GOLDENBERG, P. Cesáreas um perfil epidêmico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(3):509-519, 2001.
102. MORGAN, D. L. Focus group as qualitative research. *Qualitative Research Methods Series*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Sage Publications, 1997.
103. NASCIMENTO, AC; SAYD, JD. "Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado". Isto é regulação? *Physis* vol.15 no.2 Rio de Janeiro, 2005.
104. NOTZON F.C., PLACEK P.J., TAFFE L.S.M. Comparisons of national cesarean-section rates. *New England Journal of Medicine*, 1987; 316: 386-9.
105. NOTZON, F.C. International differences in the use of obstetric interventions. *Jama*, v.263,n.24, p.3286-91, 1999.
106. NOVELLI, P. G. A., PIRES, M.F.C. A dialética na sala de aula. Botucatu: UNESP, 1996.
107. NÚCLEOS DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO. *Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Práticas Obstétricas no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População. Universidade estadual de campinas, 1996.
108. OLIVEIRA, F. *A Morte Materna possui responsáveis*. *Jornal da Rede Feminista de Saúde - número 28 - julho de 2006*: 4-6.
109. OLIVEIRA, I.V. "Epidemia" do parto cesáreo. Disponível em URL:<http://br.noticias.yahoo.com/s/saude-epidemia-parto-cesareo.html&printe>, acessado 28/01/2008
110. OPAS, OMS. Redução da mortalidade e da morbidade maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina e Caribe. Washington DC, OPAS, 2003.
111. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Relatório Saúde Mundial 2005 – Faça valer cada mulher e criança. Disponível em URL:<http://www.opas.org.br/> acesso 19/10/2006.
112. ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro, *Rev. Saúde Pública* vol.39 no.4 São Paulo Aug., 2005
113. OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. *A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto*. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, v.105, n.1/2, p.3-9, 1995.
114. OSAVA, R.H. *Estudo das representações sociais do parto entre enfermeiras de maternidade do município paulista*. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1990, 113 f.
115. OSIS M.J.D. et al. A laqueadura tubária nos serviços de saúde do Estado de São Paulo. *Revista de Ginecologia e Obstetricia de São Paulo* 1991; 1:195-204.
116. OSIS, M. J. D. Laqueadura e Representações Acerca da Sexualidade e do Papel Reprodutivo. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

117. 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.
118. PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev. Bras Med Fam e Com*, Rio de Janeiro, v 1, nº 3, out/dez, 2005.
119. PINOTTI J.A., FAÚNDES A. As distorções da cesariana. *Revista Paulista de Medicina*. 1988; 4(5):79-84.
120. POTTER J.E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323:1155-1158.
121. RANGEL,O. E SORRENTINO, S. Gênero: conceito histórico. PRINCÍPIOS, maio-junho, 1994.
122. RATTNER, D. et al O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, set-out, 2002, 18(5):1303-1311.
123. RATTNER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30:19-33.
124. RIZZOTTO, M. L. História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública. São Paulo: Cortez,1999.
125. SAKALA C. *Evidence-based Maternity Care. Initiating a Dialogue Within the Public Health Community*. 1993. Disponível em URL: <http://apha.confex.com/apha/>
126. SCAVONE, L. O impacto das tecnologias médicas na família. In: XVI Encontro anual da Associação Nacional de Pós-graduação em Ciências Sociais – ANPOCS. Anais, pp 20-23, Caxambu, 1992.
127. SCOTT, J. Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *EDUCAÇÃO E REALIDADE*. V. 20 (2):71-99, 1995.
128. SHEARER EL. Cesaran section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med* 1993; 37(10):1223-31.
129. SILVER, L.D. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para avaliação dos serviços de saúde para as mulheres. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K.Giffin & S.H. Costa, org.) pp. 299-317; 1999, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
130. SIMÕES BARBOSA, R.H. *Mulheres, Reprodução e AIDS: As tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes Hiv+*, Rio de Janeiro (RJ), 2001 [Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz].
131. SIMÕES BARBOSA, R.H, Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem de gênero. In: Deslandes, S.F (org). *Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
132. SIMÕES BARBOSA, R.H. Educação e Saúde Reprodutiva: análise preliminar de uma experiência numa comunidade favelada do Rio de Janeiro. In: Silva, Dayse de Paula Marques (org). *Sexualidade em Diferentes Enfoques. Uma Experiência de Capacitação no Campo da Saúde Reprodutiva*. Niterói, RJ: Muiraquitã:PEGGE/UERJ, 2001 (pp. 122-131)
133. SOUZA C.M. C-Sections as ideal births: The cultural constructions of beneficence and patients' Rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of healthcare Ethics* 1994; 3:358-366.
134. SOUZA M.R. Parto:entre o desejo e a realização. Trabalho apresentado no *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil, de 04 a 08 de novembro de 2002.

135. TANAKA, A.C. A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1995
136. TEDESCO R. P. MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS L. ; BENEZ, A.L.; CASTRO, V.C.L.; BOURROUL, G. M.; REIS , F. I. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia*, 26 (10): 791-798, 2004.
137. THIOLENT, M. Jean-Marie. Aspectos qualitativos da metodologia de pesquisa com objetivos de descrição, avaliação e reconstrução. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas, (49):45-50, maio, 1984.
138. TORNQUIST, C.S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev. Estud. Fem.* vol.10 no.2 Florianópolis Jul/Dec. 2002.
139. UNICAMP. Cesariana: incidência, fatores que a determinam e conseqüências maternas e perinatais. Relatório do Simpósio. Campinas, São Paulo, 1982. *Revista Femina*, v. 11, n. 11, nov 1983.
140. VELHO, G. Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.
141. VENÂNCIO, S.I.; MONTEIRO, C.A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev. Bras. Epidemiologia*, vol.1 no.1 São Paulo Apr. 1998.
142. VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro, Ed FioCruz, 2002.
143. VILLAR, J. Tasas de Cesáreas y resultados perinatales: estudio global Who 2005 sobre salud materna y perinatal em América Latina. *The Lancet*, vol 367, issue 9525, 03 june 2006, p 1819-1829.
144. VOLOSHKO A. *Apresentação na mesa redonda "Situação do Parto e do Nascimento em São Paulo"*. Seminário sobre Nascimento e Parto da SES, junho de 1996.
145. WAGNER M. *Pursuing the Birth Machine: the Search for Appropriate Birth Technology*. Austrália, Ace Graphics, 1994.
146. WORLD DEVELOPMENT REPORT. Investing in Health. World Development Indicators. *Oxford University Press*. 1993, p. 150.
147. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
148. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Consensus Conference on Appropriate technology for following birth. 3<sup>a</sup> Conference, 1986.
149. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in normal birth: a practical guide: report of a technical working group. WHO/ FRH/ MSM, 1996.
150. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health day: safe motherhood. Geneva: WHO, 1998.
151. XAVIER D., ÁVILA MB., CORREA, S. "Questões Feministas para a Ordem Médica: o feminismo e o conceito de saúde integral". In: Labra, Maria Eliane (org.). *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1989 (pp. 203-222).
152. ZHENG P, HUANG X, WANG S. The changing trend of cesarean section rates in 35 years. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996; 31: 142.
153. ZORZETTO, R. Escolha Errada. *Revista Pesquisa FAPESP*, ed. 124, 2006, p.39-44).

## ANEXOS

### **Parâmetros Éticos da Pesquisa**

Tendo em conta a Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde, que define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, os seguintes parâmetros éticos serão adotados pelo presente projeto de pesquisa:

- os sujeitos desta pesquisa serão mulheres primíparas, maiores de 18 anos, que, mesmo tendo optado durante a gravidez pelo parto vaginal, tiveram seus filhos através de cesarianas; serão eleitas mulheres usuárias de serviços privados de saúde, tendo o parto ocorrido em maternidade particular e com o mesmo obstetra que a acompanhou no pré-natal. São, portanto, potencialmente indivíduos com autonomia plena para decidirem sua participação na pesquisa.
- a metodologia de pesquisa proposta - o método qualitativo - pretende estabelecer um contato intersubjetivo entre pesquisador e pesquisado sobre temas pertinentes ao universo pessoal e íntimo dos sujeitos de pesquisa, o que pressupõe um vínculo de confiança e cumplicidade na relação estabelecida. Esta confiança só é possível na medida em que os sujeitos de pesquisa sejam plenamente esclarecidos sobre seus procedimentos, os temas que serão abordados, sua finalidade e a garantia de sigilo e anonimato sobre os depoimentos prestados.
- serão plenamente respeitados os valores culturais, morais, sociais, religiosos e éticos das participantes da pesquisa. Esses valores, vale lembrar, são componentes intrínsecos dos referenciais teórico-metodológicos propostos.
- após explicitação do projeto de pesquisa em todos seus aspectos, a adesão dos sujeitos de pesquisa será necessariamente voluntária, já que a metodologia proposta pressupõe interesse e motivação prévios da população-alvo. Portanto, nesta pesquisa, trata-se mais de adesão livre e esclarecida que de consentimento.
- o convite será feito a mulheres que participam de encontros realizados mensalmente pelo grupo de apoio à amamentação Amigas do Peito, captadas em diversos bairros da cidade do Rio de Janeiro onde se realizam esses encontros.
- serão obedecidos os princípios de confidencialidade e anonimato dos informantes, além da garantia de sigilo.
- riscos e benefícios do projeto serão observados no decorrer do processo do trabalho onde nos comprometemos a buscar o máximo de benefícios e o mínimo de danos ou riscos, e, ainda, garantindo que danos previsíveis sejam evitados.
- com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população, os resultados desta pesquisa serão amplamente divulgados através de periódicos especializados da área, em eventos científicos e meios de comunicação de massa, respeitando-se os princípios de confidencialidade e privacidade dos informantes da pesquisa.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar voluntariamente da pesquisa “O desencontro entre o desejo e a realidade: a escolha pelo parto vaginal e a realização da cesariana entre mulheres de camadas médias”. Esta pesquisa pretende compreender o desejo das mulheres de classe média em vivenciar o parto vaginal em contraposição à prevalência da cesariana como tipo de parto mais frequente neste segmento da população feminina.

O objetivo principal desta pesquisa é contribuir para transformações na assistência à saúde reprodutiva das mulheres de camadas médias, para que elas possam reencontrar novos caminhos, mais satisfatórios, na experiência do parto, onde suas escolhas sejam respeitadas e acolhidas, inclusive na escolha do tipo de parto que desejam ter.

De acordo com os esclarecimentos prestados pela pesquisadora, o estudo será feito através de entrevistas individuais, onde responderei livremente às perguntas por ela colocada, em ambiente adequado que garanta minha privacidade.

Estou ciente de que tenho total liberdade para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo a minha pessoa, e que minha participação no estudo não envolve nenhum gasto, desconforto ou alteração em minha rotina.

Além disso, estou ciente de que a pesquisa é anônima, de forma a garantir minha privacidade em relação aos dados fornecidos.

Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da entrevistada

Nome da Pesquisadora: Junia Espinha Cardoso.

Instituição: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ.

Endereço: Avenida Brigadeiro Trompowsky s/nº, Praça Prefeitura Universitária, Fundão, Ilha do Governador, Rio de Janeiro.

Telefones: (21) 2598 9274

Email: [junia@iesc.ufrj.br](mailto:junia@iesc.ufrj.br)

## **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

### **A. Representações de gênero:**

- 1) Como você vê a situação atual das mulheres ? (vantagens, desvantagens)
- 2) Idem para homens
- 3) Como é ser mulher e mãe hoje? Explorar contradições, conflitos, criar os filhos

### **B. Família, Casamento:**

Conte brevemente um pouco de sua história de vida até o momento atual (onde nasceu, como foi o parto de sua mãe, como foi infância, adolescência, sexualidade, relações com família de origem, estudos/profissionalização, trabalho/emprego, casamento, situação profissional do companheiro) – objetivo: conhecer cada personagem da pesquisa em seu contexto de vida particular.

- 1) Casamento: é seu primeiro casamento? Quanto tempo de união? Como foi o namoro? (projetos de vida)
- 2) Situação do companheiro: profissão – emprego atual; contribuição de seu salário na renda familiar; vínculo empregatício (estável, precário)
- 3) Profissão: escolheu? Gosta? Como se inseriu no mercado? Está satisfeita? Salário, relações empregatícias, jornada de trabalho, licença maternidade; importância de seu salário na manutenção familiar (complementar? Igualitário?)

### **C. Gestação e parto:**

- 1) A gravidez foi planejada? Como vocês chegaram à decisão de que era o momento de ter um filho? Estavam adiando a decisão há muito tempo? A decisão foi conjunta?
- 2) Como foi a escolha do seu obstetra? O quê ou quem influenciou? (plano de saúde, indicação de amigo/familiar - Explorar critério de escolha do obstetra: cesarista ou vaginalista?)
- 3) Como foi seu pré-natal?
- 4) Como se deu a escolha do tipo de parto? Explorar dúvidas, conflitos, medos, conhecimentos médicos;
- 5) Seu companheiro participou desta escolha? E a família (sua e dele)? Como?
- 6) Você conversou com o obstetra sobre o tipo de parto durante o pré-natal? Qual foi sua posição? Houve por parte dele incentivo ao parto vaginal?
- 7) Alguma vez você chegou a pensar em mudar essa escolha? Por que?
- 8) A influência da violência da cidade do RJ nessa escolha, já que o parto vaginal pode ocorrer de madrugada?
- 9) O seu plano de saúde atendeu suas expectativas durante a gravidez e no parto? Teve algum tipo de problema (exames, internação)?
- 10) A maternidade foi a que você escolheu? Você foi conhecer a maternidade antes do parto?

- 11) Você entrou em trabalho de parto? Teve contrações? Como aconteceu seu parto? Seu companheiro estava presente? Teve apoio da equipe médica?
- 12) O que sentiu em relação ao parto quando seu filho nasceu? Seu bebê foi colocado perto de você logo após o nascimento (contato pele a pele)? Amamentou na sala de parto?
- 13) Como se sentiu no pós-parto?
- 14) Quanto tempo ficou internada? Teve algum problema no pós-parto?
- 15) O que significou escolher o parto vaginal e ter feito uma cesariana? Como analisa a situação do seu parto agora? Explorar as questões da entrevistada (medos, insegurança) e do médico (sugeriu, impôs, argumentou, alegou)
- 16) Pretende ter mais filhos? Gostaria de tentar numa próxima gravidez o parto vaginal? Permanecerá com o mesmo obstetra? Se mudar como vai ser a escolha?

**D. Perspectivas da maternidade e momento atual** (Vivências e expectativas na gravidez em relação à maternidade)

- 1) Qual foi sua perspectiva quando soube que estava grávida, em relação a conciliar esse momento com o seu trabalho ? (Gravidez x trabalho)
- 2) Durante a gravidez, você se preocupou em como seria conciliar seu trabalho com a maternidade? Como foi para você ter que pensar nesse assunto e o que sentiu? (maternidade x trabalho) - atenção para o concreto e o subjetivo
- 3) Como foi no seu trabalho o fato de você estar grávida? A relação com seu(s) chefe(s) e colegas? Sentiu-se apoiada no que precisasse?
- 4) Como a maternidade está influenciando na sua vida profissional? Teve que adiar algum(ns) planos na carreira? Como pretende conciliar?
- 5) Seu companheiro ajuda nas tarefas com o bebê (trocar fraldas, banho) e domésticas? Espontaneamente ou você solicita? Caso não, como você reage a pouca participação?
- 6) Você conta com alguém da família (sua e/ou de seu companheiro) para ajudar na casa e com o bebê? E de outras pessoas (vizinhos, amigos)?
- 7) Você tem empregada doméstica? Já tinha antes da gravidez? Essa decisão de contratar uma pessoa para ajudar pesa no orçamento doméstico?

**E. Futuro/projetos de vida:**

- 1) Quais são seus planos agora e depois que terminar a licença maternidade?
- 3) Como pensa no retorno ao trabalho? Com quem o bebê vai ficar?
- 4) Como vê agora, na vida real, a conciliação da maternidade e da vida: pessoal, conjugal, profissional, familiar