

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



# Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado  
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361  
DOI: 10.9789/2175-5361

## PESQUISA

### A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto

The culture interfering on the wish about the type of parturition

La cultura interfiriendo en el deseo sobre el tipo de parto

Lizandra Flores Pimenta <sup>1</sup>, Silvana Cruz da Silva <sup>2</sup>, Camila Nunes Barreto<sup>3</sup>, Lúcia Beatriz Ressel <sup>4</sup>

#### ABSTRACT

**Objective:** a qualitative study done at a teaching hospital and a basic health unit in Rio Grande do Sul, from January to March 2011, which aimed understanding to what extent the culture influences the process of women parturition. **Method:** eight women were interviewed and the data were analyzed and interpreted according to the Analysis of Thematic Content. This analysis let to two categories: the women's perception about the kind of parturition wanted, and, the questioning about the resistance to the biomedical model. **Results:** the results show that the kind of birth wanted by the majority of the interviewed was the normal birth, but it was verified that the majority could not accomplish this wish, due to the influence of interventions done by the doctor. **Conclusions:** it was shown by the women a clear unpleasantness for some practices that took out the autonomy from the women in the process of parturition, being one of them the lack of autonomy in the choice of natural delivery. **Descriptors:** culture, nursing, parturition, women's health.

#### RESUMO

**Objetivo:** estudo qualitativo realizado em hospital de ensino e uma unidade básica de saúde do Rio Grande do Sul, de janeiro a março de 2011, que objetivou compreender de que forma a cultura influencia no processo de parturição da mulher. **Método:** foram entrevistadas 08 mulheres e os dados foram analisados e interpretados conforme Análise de Conteúdo Temática. Esta análise possibilitou duas categorias: a percepção das mulheres sobre o parto desejado; e, questionamento e resistência ao modelo biomédico. **Resultados:** os resultados mostram que a via de parto desejada pela maioria das entrevistadas foi o parto normal, mas constatou-se que a maioria não conseguiu realizar esse desejo, devido à influência e às intervenções recebidas do médico. **Conclusões:** foi demonstrado pelas mulheres claro desgosto por algumas práticas que retiram da mulher a sua autonomia no processo da parturição sendo uma delas a falta de autonomia na escolha da via de parto normal. **Descritores:** cultura, enfermagem, parto, saúde da mulher.

#### RESUMEN

**Objetivo:** es un estudio cualitativo hecho en un hospital de enseñanza y una unidad básica de salud del Río Grande del Sur, de enero a marzo de 2011, que buscó entender de qué manera la cultura influye en el proceso de parto de la mujer. **Método:** Fueron entrevistadas 8 mujeres y los datos interpretados y analizados según Análisis de Contenido Temático. Este análisis permitió dos categorías: la percepción de las mujeres sobre el parto deseado; y cuestionamiento y resistencia al modelo biomédico. **Resultados:** los resultados demuestran que la vía de parto deseada por la mayoría de las entrevistadas es la del parto normal, pero se constató que la mayoría no pudo lograr su deseo, debido a la influencia e a las intervenciones recibidas del médico. **Conclusiones:** fue demostrado por las mujeres claro disgusto por algunas prácticas que le quitan su autonomía en el proceso de parto, como la propia autonomía para elegir por la vía de parto normal. **Descritores:** cultura, enfermería, parto, salud de la mujer.

Artigo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada - Cultura no processo de parturição: Contribuições para a enfermagem, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 2012.

<sup>1</sup>Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria, Mestre em Enfermagem, Santa Maria, RS. <sup>2</sup>Enfermeira graduada pela UFSM/RS. Mestra em Enfermagem pela UFSM. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde- na Área: Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família. Membro do grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem- na linha: Saberes e Práticas de cuidado à saúde da mulher em todos os ciclos de vida. E-mail: silvanacruzufsm@yahoo.com.br. <sup>3</sup>Enfermeira Graduada pela UFSM/RS. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista CAPES. Membro do grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem- na linha: Saberes e Práticas de cuidado à saúde da mulher em todos os ciclos de vida. <sup>4</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Santa Maria, RS.

## INTRODUÇÃO

**A**s condições de nascimento apresentam significativas distinções quando comparadas entre diferentes realidades mundiais. Nos países ocidentais, o parto é cercado de aparatos tecnológicos médicos e essa medicalização define-o como uma disfunção fisiológica.<sup>1</sup> Já nos países orientais, como exemplo o Japão, é valorizado o parto vaginal desmedicalizado, que, assim como a gestação, não é considerado doença.<sup>2</sup>

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 70% a 80% das gestações que ocorrem no mundo são consideradas de baixo risco, além disso, a gestação e o parto de muitas gestantes de alto risco têm um curso normal. Para a Organização parto normal deve ser sempre espontâneo com o bebê em posição cefálica entre 37 e 42 semanas, estando, no nascimento, mãe e filho em boas condições.

Frente a isso, deve existir sempre uma razão válida para se interferir nesse processo natural do parto, tendo como recurso para tais casos a cesariana, que se trata de uma intervenção médica destinada à extração do feto, por via abdominal.

O parto cesáreo é uma intervenção usada em situações nas quais as condições da mãe e do bebê não favorecem o parto vaginal. Entretanto, sua indicação incorreta está associada a uma maior ocorrência de mortalidade e morbidade para as parturientes, tais como hemorragias, infecções puerperais, embolia pulmonar, riscos anestésicos bem como outras patologias. Para os bebês, os riscos relacionam-se a distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, prematuridade iatrogênica, hipoglicemia e anóxia.<sup>3</sup>

Ressalta-se que a informação e a formação de opinião entre as mulheres são prioridade no Brasil<sup>4</sup>, a fim de que elas possam escolher o melhor para a sua saúde e para a de seus filhos, pois, embora profissionais e mulheres façam a opção antecipada do tipo de parto, esse fato não pode ser visto como uma simples questão de preferência, já que cesárea não é um “bem de consumo”. No entanto, isso não acontece na prática de saúde, embora prevista em normativas e políticas públicas de saúde.

Um modo de tornar atrativo e mais agradável aos olhos das mulheres a prática de conveniência para a realização da cesariana, é o conceito contraditório desta cirurgia centrada na família, em que se dá aos pais opções quanto ao tipo de anestésico e terapia indicados para a mulher.<sup>5</sup>

Assim, ocorre uma super valorização da cesariana pela população em geral, como uma falsa garantia médica para os pais, em relação à qualidade da sua prole e da fecundidade. Ao dar respostas aos problemas obstétricos e neonatais, que aumentam enormemente os índices de mortalidade materna, durante a gestação, o parto e o puerpério, a medicina criou discursos de verdade.<sup>6</sup> Esses discursos estabelecem-se conjuntamente com as relações de poder e somente podem funcionar com a sua produção, acumulação e a sua circulação.<sup>7</sup>

A hegemonia desse discurso médico predomina, desconsiderando, durante o processo parturitivo, as crenças e a cultura das mulheres. É apenas o médico quem dá a palavra final para dúvidas e inquietudes das mulheres, pois considera sua palavra inquestionável e

legítima.<sup>8</sup>

Dessa forma, a mulher perde sua autonomia como protagonista no processo do nascimento desfigurando este ato, que até então, era puramente feminino, para o médico, como dono e senhor do parto, numa inversão de papéis que “legitima o poder e a relação da medicina com a família”.<sup>9</sup>

Essa inversão de papéis no cenário do parto, no qual o médico detém o poder sobre o corpo da mulher, justifica os altos índices de cesáreas nas últimas décadas. O resultado dessa conduta intervencionista é a discrepância entre o que as mulheres desejam e o que é realizado, o que justificaria a mudança do tipo de parto.<sup>10</sup>

Outra repercussão desta mudança de paradigma em relação ao processo do nascimento é a de que o parto, os cuidados puerperais e com o recém-nascido, que, antigamente, transcorriam no ambiente familiar e eram envolvidos em fortes vínculos, atualmente transcorrem em instituições hospitalares, onde os vínculos transformaram-se em meros contatos superficiais, acentuando a perda da autonomia da mulher neste processo.<sup>11</sup>

O contexto do nascimento, na sociedade atual, mostra que a mulher parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto: “totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir”.<sup>4</sup>

O objetivo deste estudo é compreender de que forma a cultura influencia no processo de parturição da mulher. Nesse artigo focalizar-nos-emos na percepção e expectativas das mulheres sobre o parto e nos questionamentos e resistência ao modelo biomédico.

Dessa forma, o presente estudo traz reflexões que poderão repercutir na assistência de enfermagem prestada à mulher durante o período da parturição, uma vez que auxilia na compreensão das necessidades de cuidados com as parturientes, a partir da percepção das mulheres sobre o parto e o nascimento.

## MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa<sup>12</sup> sob enfoque cultural utilizando o referencial teórico da antropóloga Emily Martin, que propõe uma análise do fenômeno do parto, contrapondo a delimitação deste ao campo da reprodução mecanicista e biomédica. Busca entendê-lo como componente essencial das mulheres, no sentido de desnaturalizar verdades muito caras vinculadas às concepções modernas de natureza e cultura.

Foram entrevistadas oito mulheres, em idade fértil, com história pregressa de parto vaginal ou cesariano, que não estavam no período gravídico-puerperal, e cujos partos ocorreram a partir de 2004, devido ser o ano em que foi implementado o Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento no Rio Grande do Sul (RS).

Os locais de cenário do estudo foram um hospital universitário (HU) e uma unidade básica de saúde (UBS) do interior do RS que servem como campo de estágio e aula prática

de alunos da graduação da área da saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Foram convidadas para entrevistas as mulheres que participavam dos grupos de planejamento familiar, e que compareciam nos dias pré-estabelecidos para a dispensa dos métodos anticoncepcionais na UBS. No HU, a busca de sujeitos estendeu-se às diferentes unidades de atendimento gineco-obstétrico, mulheres acompanhantes e mulheres que trabalham nestas unidades e que atendiam aos critérios de inclusão.

A coleta de dados aconteceu nos meses de janeiro e março de 2011, utilizando como instrumento uma entrevista semi-estruturada, contendo questões fechadas para a caracterização do grupo em estudo, e questões abertas, que possibilitaram o aprofundamento dos dados e a obtenção de respostas relacionadas à vivência das mulheres. Nesse tipo de entrevista o informante aborda livremente o tema proposto, com pergunta previamente formulada, e possibilita descrever sua vivência de forma retrospectiva, sem repressão de seu pensamento. Propicia coletar material extremamente rico para análise e contribui para o trabalho de pesquisa em andamento.<sup>13</sup>

A análise dos dados se deu a partir da análise temática de Minayo, essa ordenação deve seguir a sequência de três etapas quais sejam: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação<sup>12</sup>.

Para a realização de todas as atividades da pesquisa, atentou-se para os fundamentos da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o qual prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, RS, no dia 15 de junho de 2011, sob o número do Parecer: 23081.018749/2010-36 e CAAE 0317.0.243.000-10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias que emergiram na análise dos dados e que serão discutidas a seguir são a percepção das mulheres sobre o parto desejado e o questionamento e resistência ao modelo biomédico.

### A percepção das mulheres sobre o parto desejado

Ao expressarem qual a via de parto desejada, a maior parte das mulheres manifestou a preferência pelo parto normal, porém, a maioria dessas não conseguiu realizar esse desejo. Apenas uma entrevistada manifestou preferência pela cesárea e teve sua vontade atendida. *“Por mim queria o parto vaginal, tanto que do primeiro filho eu ia caminhar até na véspera para ver se evoluía para parto normal, mas não evoluiu, daí foi cesárea; e do outro foi cesárea também. Teve que ser programada”*. (M6). *“Eu sempre quis cesárea, porque eu tinha medo de sentir dor ali na hora. “Eu tinha na cabeça que o meu primeiro filho ia ser normal. Parto normal a mãe ganha e já sai caminhando com a criança no colo e cesárea não”*. (M8)

Na fala das participantes revelou-se o desejo pelo parto normal ou pela cesárea, destacando o entendimento de que o parto normal tem a recuperação mais rápida, não

interferindo na rotina e autonomia delas, apresenta menos risco de infecção, e de que a cesárea poderia evitar a dor do parto. Esses pontos justificaram, em grande parte, a preferência por determinada via de parto.

As mulheres que desejam o parto normal e conseguem passar por essa experiência consideram-no um processo que acontece naturalmente, como algo que a mulher realiza e não simplesmente vê acontecer consigo<sup>5</sup>, conforme destacado nos seguintes relatos: *"Eu queria ter o parto em casa (...) Trabalhei até a última hora de internar. Foi bom, fiz a respiração direitinho e acabei ganhando no leito, como eu pensei que queria que nascesse"*. (M1). *"Quando eu dizia que queria parto normal me diziam "por que fazer parto normal, por que não faz uma cesárea?". Eu dizia "eu quero parto normal pela recuperação mais rápida para poder voltar a estudar" e eu achei bem melhor o parto normal do que ter feito uma cesárea que daí eu ia ficar dias sem poder voltar a estudar"*. (M3)

Estudos de natureza quantitativa e qualitativa da área da saúde em relação à escolha para o parto normal constataram que as expectativas das mulheres em relação ao tipo de parto justificaram-se pela recuperação pós-parto mais rápida e por ser melhor para elas e/ou para os bebês.<sup>14</sup>

A entrevistada que realizou a cesariana por desejo próprio justificou sua escolha pelo medo da dor do parto. A forma como se percebe e se responde à dor pode ser influenciada pela origem cultural e social. Em outros grupos culturais, a dor do parto não é temida, muito diferentemente das mulheres de países ocidentais, que a temem e são bastante propensas a aceitar drogas analgésicas ou anestésicas.<sup>15</sup>

No Brasil, o medo da dor é apontado como uma das causas da intervenção cesariana, requerida pelas mulheres, e pode ser considerado, assim, um dos motivadores do aumento das taxas dessa cirurgia no país.<sup>12</sup>

Em um estudo<sup>16</sup> sobre a dor do parto normal, a autora evidenciou a ocorrência de uma relação de poder dos serviços de obstetrícia sobre o corpo feminino e a forma como estes serviços gerenciam-se, mantendo o processo da medicalização, o que se constitui um dos mecanismos de favorecimento da perpetuação do parto cesáreo, com a finalidade de evitar a dor do parto normal.

Entende-se também que a dor do parto é em grande medida iatrogênica, amplificada pelo modelo assistencial que institui rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller, a episiotomia e a episiorrafia. Estas práticas no parto normal são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser eliminadas com base em evidências científicas e em recomendações da OMS<sup>17</sup> e do Ministério da Saúde.<sup>4</sup>

Para tanto, foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento<sup>18</sup>, cujo objetivo é melhorar a assistência obstétrica, gerada por práticas e condutas inadequadas. O programa é traduzido como um modelo humanista de assistência. Os profissionais que atuam nessa vertente simplesmente têm como desejo humanizar a tecnomedicina e apresentam maior potencial para reformar o modelo tecnocrático, com mudanças de atitudes e de paradigma.<sup>19</sup>

Neste sentido, a escolha da via de parto torna-se importante, uma vez que leva em consideração o contexto sócio cultural e assistencial em que a parturiente está inserida e os aspectos biológicos e psicoemocionais, com intuito de promover um cuidado direcionado às

suas necessidades<sup>20</sup> referentes a outros cenários da saúde. Tal cuidado aproxima-se da humanização da atenção no parto.

Destaca-se, nas falas das entrevistadas do presente estudo, o sentimento de frustração e perda de controle das que desejavam parto normal e tiveram de submeter-se à cesárea. *“Eu tinha conversado com meu esposo em casa e a gente queria parto normal, mas não deu, perdi o controle”*. (M2). *“A minha preferência sempre foi o parto normal, eu achei que ia ganhar normal deste último, mas não deu, fiquei frustrada”*. (M5)

Resultados semelhantes foram encontrados no relato das mulheres<sup>5</sup> entrevistadas em Baltimore (EUA), que visibilizaram nos depoimentos que uma das reações mais comuns, especialmente quando a mulher planeja um parto vaginal e a cirurgia ocorre, é a perda de controle do seu parto.

Por outro lado, entre as entrevistadas que conseguiram realizar o parto normal, consoante seu desejo de via de parto, o sentimento de alívio foi constatado.

As sensações de alívio, realização, gratidão, êxtase, partem de uma grande variedade de sensações que somente a experiência do parto normal propicia.<sup>21</sup> *“Foi bom, queria o parto normal, fiz a respiração direitinho e acabei ganhando na cama, como eu pensei que queria que nascesse, que alívio”*. (M1)

Em nosso estudo, uma das entrevistadas relata a orientação médica para cesariana, a fim de submetê-la à laqueadura tubária, tendo seu desejo frustrado quanto à opção da via de parto, uma vez que desejava realizar parto normal. Evidencia-se que não houve o desejo de cesárea, mas a necessidade da laqueadura. *“O parto normal foi desejado. Se tivesse feito uma cesárea seria o fim do mundo porque eu demorei para aceitar a idéia de que teria que fazer uma laqueadura por cesárea. Eu sempre dei a preferência para parto normal por causa de comentários e sobre ter infecção”*. (M7)

A constatação do desestímulo ao parto normal às mulheres que tinham histórias prévias de partos normais, feito pela equipe médica a fim de realizar uma cesárea, concomitantemente à laqueadura tubária, mostra o desrespeito à lei nº 9.263, que trata do planejamento familiar, o qual veda a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.<sup>22</sup>

As entrevistadas que se submeteram à cesárea apresentam percepções do que fora feito com elas e não de sua participação, como relatado nas seguintes frases: *“tiraram o bebê”* (M4), *“puncionaram-me umas 15 vezes”* (M6), *“se a hemorragia não parasse iam tirar o meu útero”* (M8).

A sensação de passividade e separação entre o "eu" e o "seu corpo" surge em nível extremo quando as mulheres descrevem a cesariana. Parte disso advém do fato de ser uma cirurgia em que um número maior de pessoas toca, manipula, corta e costura seu corpo; outra parte deve-se à anestesia peridural que produz insensibilidade da cintura para baixo e intensifica-se pela colocação de um pano sobre o peito da mulher de modo que ela não enxerga a metade inferior do seu corpo.<sup>5</sup>

Outro aspecto importante, resgatado nas falas das entrevistadas de nosso estudo, mostra que, por ocasião da cesárea, os laços entre a mãe e o bebê podem estar sendo desestimulados, por priorizarem-se cuidados que poderiam ser postergados: *“Primeiro foi*

*realizado os cuidados com o bebê e me mostraram já enrolado com as roupas.” (M6). “Ficavam ali fazendo os cuidados com o bebê e me mostravam bem depois.” (M8)*

Esses cuidados, além de estar interferindo na relação amorosa mãe-bebê, podem estar ignorando a implementação de práticas simples como o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele-a-pele e o início da amamentação exclusiva, que tem um impacto, a longo prazo, na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, pois afetam o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério.<sup>23</sup>

Nesta direção há uma metáfora da produção no nascimento<sup>7</sup> que retrata a interrupção dos laços afetivos entre mães e bebês que sofreram cesarianas, devido ao controle sobre o corpo feminino exercido pela retirada do protagonismo da mulher da cena do nascimento. Este fato assemelha-se à metáfora da produção industrial, do não-envolvimento da trabalhadora com o produto do seu trabalho, quando ela não sente que foi quem o produziu e quando o seu trabalho é estritamente organizado e controlado.<sup>5</sup>

Frequentemente quando se interfere na produção de um bebê, principalmente quando não é a mulher que dá à luz e o bebê é extraído cirurgicamente por um médico, a mãe sente-se desligada da criança após seu nascimento.<sup>5</sup> Um estudo realizado na Universidade da Cidade do Cabo, África do Sul, mostrou que a separação entre a mãe e o bebê tem impactos negativos, influenciando na duração do sono e na frequência cardíaca do bebê.<sup>24</sup>

Ademais, o modelo de atendimento biomédico desestimula a implementação de cuidados comprovadamente eficazes e passa uma mensagem que mãe e bebê são como uma díade conflitante, não sendo vistos como uma unidade integral.<sup>5</sup>

Outro elemento a ser salientado refere-se à percepção de ser mãe, através da vivência do trabalho de parto, ou seja, compreende-se o significado de ser mãe por meio da vivência da parturição, conforme fala da entrevistada: *“Era meu primeiro filho, decidi que, para ser mãe, teria que ganhar de parto normal [...] Se é para ser mãe vamos ser mãe mesmo!” (M3)*

Como se pode notar, a entrevistada destaca que o parto normal foi essencial para se sentir realmente mãe. Importante, nesse sentido é a afirmação de que o parto é um ritual que marca profundamente o inconsciente feminino, principalmente se for o primeiro.<sup>11</sup>

### **Questionamento e resistência ao modelo biomédico**

Nessa categoria, mostram-se os relatos de questionamento e resistência ao atendimento obstétrico, por parte de algumas mulheres, revelando que estas não têm autonomia tanto na decisão sobre o tipo de parto quanto na escolha por quem querem que lhes acompanhe em seu parto. *“Eu gostaria que o meu marido ‘tivesse’ junto. (...) de ser mais orientada. Então quanto mais natural pudesse ser para mim melhor, escolher se quer tomar banho ou não, se quer ficar na água, sentar na bola. (M1). “Eu acho que tudo foi muito forçado. Alunos, de sete a oito pessoas assistiram ao meu parto. Ninguém me perguntou se eu queria. Eu me senti invadida. Outro fato que me deixou frustrada foi quando eu iniciei o pré-natal eu disse que queria parto normal para o médico ele ficou bravo e foi bem mal educado e perguntou o que eu estava fazendo lá então (...) troquei de médico”. (M3)*

As participantes questionam as situações impostas pelos profissionais que representam o modelo biomédico. Uma entrevistada que queria o parto normal apresentou-se encorajada a protestar contra este modelo, trocando de médico quando não teve a sua opinião respeitada. Outra questiona a falta do acompanhante de sua preferência no parto. Suas falas chamam a atenção, também, para a importância de a mulher ter mais liberdade e poder exercer participação ativa, com direito a escolhas. Também é questionado o uso da ocitocina e a falta de respeito com a sua privacidade pelo fato de estarem presentes pessoas assistindo ao seu parto, sem prévio pedido de autorização, o que denota desrespeito com a sua autonomia no processo.

A mulher em trabalho de parto precisa de privacidade para se sentir mais segura. Porém, em muitos locais de atendimento público isso não é devidamente cuidado, sendo negligenciada a cultura do sujeito, que envolve seus valores, percepções, necessidades e medos.<sup>25</sup>

Destaca-se também que, a partir do ano de 2005, a lei nº 11.108, passou a garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua preferência, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Em estudo realizado<sup>26</sup> ficou constatado que a presença de familiares no processo de nascimento é visto por 100% das entrevistadas como primordial. O sentimento relatado por homens que já acompanharam suas mulheres em trabalho de parto é o de plenitude, em nenhum momento o instinto de fêmea fala tão alto, é o renascimento de uma nova mulher.<sup>21</sup>

A postura do profissional ao não aceitar a opinião das usuárias é denominada por antropólogos como “pensamento etnocêntrico” ou “sistema fechado de cognição”. O etnocentrismo é um sistema acentuado por rituais que os representam e os sustentam.<sup>27</sup> Sabem os etnocentristas da existência de outro saber e crenças, mas estão absolutamente seguros de que seu modo de pensar é melhor e, por isso, ignoram idéias contrárias às deles e consideram esses diferentes modos de pensar uma ameaça.

Um princípio básico do modelo de atendimento tecnocrático, que vem ao encontro da forma de pensar e agir do pensamento etnocêntrico, é a autoridade e a responsabilidade do profissional e das instituições de saúde sobre a pessoa cuidada. Nesse contexto, é mais “confortável” para a usuária abdicar de sua preferência pessoal em favor da opinião médica.<sup>27</sup>

Esse fato foi constatado nas entrevistas que apontavam para a resistência ao modelo biomédico, porém, através de uma percepção passiva da realidade, como a sensação vaga de que alguma coisa está errada e cuja mudança não está ao seu alcance, ou não depende apenas de sua vontade e ação. “*Sou contra a ocitocina. E me colocaram o soro com ocitocina e eu disse ‘mas para quê colocar, se eu já to quase ganhando? Só para me dar uma dor mais forte?’ e realmente deu*”(M1).

Essas mulheres parecem não estar cientes da fragmentação subliminar da atenção ao parto hospitalar, como se o “eu” e o “seu corpo” fossem separados e que o nascimento fosse parte de uma produção. A tática mais eficiente descrita,<sup>5</sup> quando utiliza a analogia entre operários e mulheres dando à luz, é de a mulher tornar-se “patrão” de si mesma, isto é, dando à luz em seu domicílio, onde ela é a “dona da fábrica” e pode ter total controle sobre seu corpo e, conseqüentemente, sobre o processo de “produção”.



## CONCLUSÃO

Identificamos que a via de parto desejada pela maioria das participantes foi o parto normal, porém foi constatado que a maioria não conseguiu realizar esse desejo, devido à influência e às intervenções recebidas do médico.

Os argumentos que influenciaram o desestímulo da realização do parto normal foram a necessidade de realização de laqueadura tubária, submetendo a mulher a uma cesariana, além da falta de informação sobre os métodos não farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor.

Cabe destacar que as mulheres que desejaram o parto normal e conseguiram parir por esta via, sentiram segurança e confiança na experiência do trabalho de parto, não se percebendo sinal em suas falas, relacionado à incapacidade de fazê-lo, permitindo-lhes, assim, vivenciá-lo ativamente. Outros aspectos importantes a serem ressaltados foram a rapidez da recuperação e a volta às atividades diárias, o desejo de serem acolhidas pelos profissionais nas suas demandas e o direito à informação clara e ética.

A opção pelo tipo de parto, celebrado por algumas mulheres do estudo, abrange a manifestação de questionamento de resistência aos pressupostos culturais subjacentes ao modelo biomédico atual, discordando de práticas que vivenciaram no parto, consideradas desrespeitosas. Ponto comum em suas falas foi a auto-percepção de resistência à passividade, imposta pela cultura médica.

Constatou-se o desagrado das mulheres por algumas práticas que limitavam sua autonomia no processo da parturição, tais como: coibição do acompanhante no trabalho de parto e no parto, invasão de privacidade com a entrada de pessoas estranhas para assistir ao parto, sem licença da parturiente, e a falta de autonomia na escolha da via de parto normal.

Dessa forma, é de extrema importância, quando se presta assistência durante o processo da parturição, o reconhecimento da mulher como protagonista do seu parto, sendo destacados os múltiplos aspectos que permeiam suas vivências. Esses são elementos primordiais para os profissionais da saúde compreenderem os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto e assumirem uma nova postura de atenção.

## REFERÊNCIAS

1. Floyd RD. The technological model of birth. *J. Am Folklore.* 1987;100: 479-495.

2. Silva LRA. Experiência na Casa de Parto Mohri-Japão. *Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental*, online, set.-dez. 2009;1 (2): 288-298. Acesso em: 13 out. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/359/367>>.
3. Ramos JGL et al. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2003; 25 (6): 431-6.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF; 2001.
5. Odent M. A Cesariana. Tradução de Maria de Fátima de Madureira. Florianópolis: Saint Germain; 2004.
6. Scavone L. Impacto das Tecnologias Médicas na Família. *Saúde em Debate.* 1993; (40): 48-73.
7. Foucault M. *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992.
8. Vieira EM. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz; 2002.
9. Pereira WR. Poder, Violência e Dominação Simbólicos nos Serviços de Saúde. [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2000. 175p.
10. Hopkins K. Are Brazilian Women Really Choosing to Delivery by Cesarean? *Soc Sci Med.*2000; 51(5):725-40.
11. Monticelli M. O nascimento como rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
12. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco; 2010.
13. Minayo, M. C. de S. (org.) *Pesquisa Social: teoria, método, criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2000.
14. Oliveira et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2002; 10(5): 667-674.
15. Helman GC. *Cultura, Saúde e Doença*. Tradução Ane Rose Bolner. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
16. Almeida NAM. A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. [Tese]. Goiânia: Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde - Convênio Rede Centro Oeste (UNB, UFG, UFMS); 2009.
17. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: Um guia prático de saúde materna e neonatal*. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: A Saúde; 1996.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n°. 569, 570, 571, 572 /GM. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 01 jun., 2000.
19. Floyd RD, John StG. *Del medico al sanador*. Tradução de Lauren Showe e colaboradores. Buenos Aires: Fund. Creavida; 2004.
20. Budó MLD et al. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.* 2007; 41(1): 36-43.

21. Balaskas J. Parto Ativo: guia prático para o parto natural. Tradução: Adailton Salvatore Meira. 2.ed. São Paulo: Ground; 2008.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento familiar: Manual Técnico. 4. ed. Brasília; 2002.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF; 2011.
24. Barak EM, Alan RH, Nils JB. Should Neonates Sleep Alone?. Society of Biological Psychiatry. Revista Biological Psychiatry; 2011.
25. Odent M. O camponês e a parteira: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. Tradução de Sarah Bailey. São Paulo: Ground; 2003.
26. Junior PPP. Da concepção ao nascimento: Práticas Educativas na assistência à mulher no período gravídico e puerperal. [Dissertação]. Niterói: Centro Universitário Plíneo Leite - Unipli Niterói; 2008.
27. Floyd RD. Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento. Tradução de Jaqui Zieler, Magui Cadot e Graciela Cobe. Buenos Aires: Fund. Creavida; 2009.

Recebido em: 23/09/2013  
Revisões requeridas: Não  
Aprovado em: 06/01/2014  
Publicado em: 01/07/2014

Endereço de contato dos autores:  
Linzandra Flores Pimenta  
End: Rua Benjamin Constant 1067 APTO 202 Centro-Santa Maria-RS  
CEP:97050023. Email: liflopi@bol.com.br