

Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana*

Speech of women on the experience the normal birth and cesarean section

Habla de las mujeres en la experiencia el parto y normal cesareo

Gleice Oliveira Santos¹; Ana Jaqueline Santiago Carneiro²; Zannety Conceição Silva Nascimento Souza³

Como citar este artigo:

Santos GO, Carneiro AJS, Souza ZCSN. Discurso de mulheres sobre a experiência do parto normal e da cesariana. Rev Fund Care Online. 2018 jan./mar.; 10(1):233-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.233-241>

ABSTRACT

Objective: This study aimed to comprehend the experience of vaginal delivery and caesarean section in women from Riachão Jacuipe-Ba. **Method:** A descriptive exploratory qualitative research study was conducted. Ten residents women between 20 years or greater in the immediate postpartum period were interviewed. Data were collected through semi-structured interview and analyzed by Fiorin speech analysis technique. **Results:** The analysis revealed that the technocratic model of childbirth care, dominant today, has been influencing the experience of women, both in relation to vaginal birth and caesarean section. It was further proved the lack of guidance from professionals that accompanied the prenatal of the interviewees. **Conclusion:** A woman to be an active part in childbirth, she needs to be clarified about this since pregnancy.

Descriptors: Delivery, Natural Childbirth, Cesarean Section.

* Recorte de TCC de Graduação apresentado à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) em 2012.

¹ Enfermeira Obstétrica. Professora da Faculdade Metropolitana de Camaçari-BA. E-mail: gleiceenfermagem@hotmail.com.

² Enfermeira Obstétrica. Mestrado em Enfermagem com ênfase em Saúde da Mulher pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Doutoranda em Ciências Médicas com ênfase em Tocoginecologia pela Unicamp. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (Nepem/UEFS). E-mail: enjaqueline@hotmail.com.

³ Enfermeira Obstétrica. Mestrado em Enfermagem com ênfase em Saúde da Mulher pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (Nepem/UEFS). E-mail: zannety_enfermeira@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivo: Compreender a vivência do parto normal e cesáreo por mulheres de Riachão do Jacuípe-Ba. **Método:** Pesquisa exploratória de caráter qualitativo. Foram entrevistadas dez puérperas com idade maior ou igual a 20 anos. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e analisados por meio da técnica de análise de discurso segundo Fiorin. **Resultados:** A análise indicou que o modelo tecnocrático de atenção ao parto vem influenciando a vivência das mulheres, tanto com relação ao parto normal quanto em relação à cesariana. Faltaram também orientações por parte dos profissionais que acompanharam o pré-natal das entrevistadas. **Conclusão:** Para que a mulher seja protagonista no parto, é preciso que ela esteja esclarecida sobre isso desde a gestação.

Descritores: Parto Obstétrico, Parto Normal, Cesárea.

RESUMEN

Meta: comprender la experiencia del parto normal y cesáreo por mujeres de Riachão do Jacuípe-Ba. **Método:** estudio exploratorio de carácter cualitativo. Diez mujeres de edad mayor o igual a 20 años fueron entrevistadas en el período inmediatamente después del parto. Los datos fueron colectados a través de entrevista semi estructurada y analizados mediante técnica de análisis de discurso según Fiorin. **Resultados:** El análisis reveló que el modelo tecnocrático de atención al parto viene influyendo en la experiencia de las mujeres, tanto con respecto al parto normal cuanto al cesáreo. **Conclusión:** Para que la mujer sea un sujeto activo en el parto, es necesario aclarar con esto desde el embarazo.

Descritores: Parto Obstétrico, Parto Normal, Cesárea.

INTRODUÇÃO

O parto é o estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores. No cotidiano dos serviços de saúde, observa-se que as usuárias da rede pública de saúde não costumam participar da decisão pelo tipo de parto, sendo essa definida por conduta médica. As usuárias da rede privada também costumam se submeter à cesariana eletiva, em função da maior comodidade, tanto para a mulher, quanto para o (a) profissional médico (a).

Na cesariana agendada, a mulher pode ter um parto com hora marcada, realizado pelo (a) mesmo (a) profissional que fez o seu acompanhamento no pré-natal. Para o (a) profissional médico (a) tem como vantagens: não demandar tempo para o acompanhamento do trabalho de parto, poder marcar a data e horário dos partos de acordo com sua agenda, em horários comerciais e na própria maternidade em que trabalha. É mais vantagem receber pela realização de uma cesárea, na qual o profissional não gasta mais do que uma hora, podendo ainda fazer várias cirurgias num mesmo dia, trazendo-lhe maior remuneração, do que prestar assistência a um parto normal, que demanda muito mais tempo, uma vez que o trabalho de parto pode chegar a durar até vinte e quatro horas.¹

O parto normal apresenta diversas vantagens, como: possibilita a recuperação mais rápida da mulher, assim como o retorno mais rápido do útero ao tamanho normal, menor risco de infecção hospitalar, menor incidência de desconforto

respiratório no recém-nascido, além da interação imediata entre mãe e filho após o parto.²

Outras vantagens do parto normal em relação à cesariana constituem: infecção puerperal mais rara, risco de morte muito baixo e menor risco para futuras gestações. Essa via de parto contribui para completar a maturidade da criança e facilita o aleitamento materno, além do parto natural ter menor custo para o sistema de saúde.³ Portanto, o parto normal é mais seguro e envolve menos riscos, sendo possível acontecer na maioria das gestações.

A taxa de cesárea recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 15%, considerando a sua utilização apenas nos casos em que há risco de vida para a mãe e/ou para o (a) filho (a). Atualmente, no Brasil, as taxas de cesárea são maiores do que de parto normal. Em 2011, de todos os partos que ocorreram no país, 46% foram de parto normal, 53% de cesarianas e 1% por via ignorada.⁴ Ainda nesse ano, a proporção de partos em hospitais segundo esfera administrativa foi: Pública: 61,7% vaginais – 38,3% cesáreos; Não-Pública: 34% vaginais – 65,9% cesáreos.⁵

Reconhece-se que os determinantes das cesarianas são bastante complexos, incluindo condições financeiras, atitudes culturais e sociais, tanto das pacientes como da própria sociedade.⁶ Em estudo que objetivou investigar a existência de indução de demanda por cesárea no Brasil, verificou-se que fatores não clínicos têm papel mais importante do que fatores clínicos na determinação da utilização de cesáreas no país.¹ Ficou constatado, na pesquisa da autora, que existe indução de cesárea pelo provedor de saúde, seja ele médico ou hospital, o que corrobora estudos de outros autores.⁷⁻⁸

Uma elevada proporção desse procedimento no Brasil é desnecessária, uma vez que muitas condições são associadas à indicação de cesárea sem respaldo científico, como: frequência cardíaca fetal não tranquilizadora; líquido amniótico com mecônio; bacia estreita; macrossomia fetal; cesárea anterior; gravidez gemelar; diagnóstico de desproporção cefalopélvica antes do trabalho de parto, dentre outras.⁹

Todas essas indicações de cesáreas desnecessárias podem aumentar as complicações causadas por esse tipo de parto, tanto para a mãe como para o filho. A morbidade materna relacionada à cesariana é ampliada com o aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte, além de histerectomia por cirurgias repetidas. Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo de admissão na unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido.¹⁰

As indicações obstétricas de parto cesáreo dividem-se em absolutas e relativas. As indicações absolutas são: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo. As indicações relativas são: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (depen-

dendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (dependendo da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrosomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia.³

A realização da cesariana pode salvar a vida tanto da mãe quanto do feto, quando indicada de forma correta. Essa indicação deve ocorrer quando existem situações em que não é possível optar pelo parto normal. A maioria das indicações de cesárea é relativa.⁹ Em uma revisão de literatura realizada em busca das melhores evidências científicas disponíveis sobre indicações de cesariana, os autores concluíram que constituem indicação absoluta de cesárea: prolapso de cordão; descolamento prematuro da placenta com feto vivo fora do período expulsivo; placenta prévia parcial ou total; vasa prévia; herpes genital com lesão ativa e apresentação cônica durante o trabalho de parto.

Diante dos dados sobre o excessivo número de partos realizados no Brasil por via artificial, percebe-se que ainda vigora na assistência ao parto o chamado modelo tecnocrático, no qual predominam soluções técnicas e/ou racionais, desprezando os aspectos relacionais, emocionais, sociais e culturais das mulheres. Esse modelo baseia-se na noção de que o corpo feminino é incapaz de dar à luz sem intervenções, quando, na verdade, não considera a força e o protagonismo da mulher no processo parturitivo.

A freqüente assistência ao parto de forma mecânica faz com que a humanização no atendimento seja esquecida. Essa humanização, além de proporcionar a formação do vínculo mãe/filho imediatamente após o parto, faz com que o trabalho de parto seja mais gratificante para a mulher e mais valorizado pelo (a) profissional, o que aumenta a confiança e a preferência da mulher pelo parto normal.

Diante da desumanização e da excessiva medicalização na assistência ao parto que se observa nos dias atuais, torna-se relevante uma investigação sobre a vivência de cada tipo de parto para as mulheres. A Enfermagem também tem papel preponderante nessa área, especialmente com a criação da Rede Cegonha, que vem implementando a construção de Casas de Parto Normal, nas quais a (o) enfermeira (o) obstetra atua com maior autonomia, uma vez que tem respaldo legal e técnico para a atenção a partos normais de baixo risco. A formação mais humanística do (a) enfermeiro (a) possibilita uma atenção humanizada, que pode contribuir para a redução de intervenções desnecessárias e do número de partos cirúrgicos no Brasil.

Por ser a autora principal residente na cidade de Riachão do Jacuípe, na Bahia, preocupada com a saúde local, especialmente no que concerne à saúde da mulher e por ouvir diversos relatos de mulheres sobre o parto, surgiu a inquietação de compreender como vinha acontecendo a experiência do parto para mulheres do município. Assim, decidiu-se por uma investigação científica buscando responder à seguinte questão: Como mulheres vivenciaram a experiência do parto normal e cesáreo em Riachão do Jacuípe-BA?

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no município de Riachão do Jacuípe, que fica a 160 quilômetros de Salvador e tem população de 33.172 habitantes. No ano de 2011 ocorreram na cidade 423 partos normais e 207 cesáreas.¹¹

As participantes do estudo foram dez mulheres com idade maior ou igual a 20 anos que estavam no puerpério mediato e que desejaram participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dentre estas, cinco tiveram parto normal e cinco tiveram cesárea. Constituíram critérios de exclusão mulheres abaixo dessa idade, a fim de evitar a participação de adolescentes, para as quais a experiência do parto pode ser emocionalmente mais impactante. As participantes foram identificadas através de nomes que fazem referência a deusas gregas, para a garantia do anonimato.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. O instrumento de coleta dos dados foi um roteiro composto de questões abertas e fechadas, contendo questões direcionadas à caracterização dos sujeitos e questões que abordaram especificamente a vivência de cada tipo de parto. Foram atendidos os princípios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de pesquisas envolvendo seres humanos à época da coleta, visto que atualmente vigora a Resolução 466/2012. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana – BA (UEFS) através do Parecer Nº 123.768/2012 e Número do CAAE: 02847512.0.0000.0053

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise do discurso.¹² Para proceder ao tratamento dos dados por meio dessa técnica, buscamos identificar, no texto, o seu nível mais abstrato. Inicialmente, todo o texto foi percorrido tentando localizar todas as recorrências, isto é, figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos). Feita a apreensão dos temas centrais, os dados foram agrupados em blocos de significação que originaram a categoria empírica apresentada neste artigo, sendo analisada em articulação com a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Modelo de atenção tecnocrático influenciando a vivência do parto pelas mulheres

O modelo de atenção tecnocrático influenciando a vivência do parto pelas mulheres foi o tema de maior abstração extraído dos depoimentos das entrevistadas. Constatou-se que, entre as participantes deste estudo, a vivência do parto, tanto normal quanto cesáreo, vem sendo influenciada pelo modelo de atenção obstétrica predominante nos dias atuais, sendo que isso ocorre não só com as participantes do estudo e residentes no município de Riachão do Jacuípe, mas com a maioria das mulheres brasileiras, uma vez que esse modelo continua sendo hegemônico em quase todo o Brasil. Nesse

modelo, ocorre a primazia da tecnologia sobre as relações humanas, sendo que a assistência ao parto normal costuma ser desumanizada, de maneira que a mulher não atua como protagonista, mas se submete passivamente aos comandos dos (as) profissionais.

Por outro lado, a cesariana é vista como um procedimento que permite comodidade para o (a) profissional e/ou para a mulher. As mulheres que optam pela cesárea querem livrar-se da dor do trabalho de parto, bem como da assistência desumanizada que produz a representação do parto normal como uma experiência de terror, marcada por intensa dor e sofrimento. Essa representação vai sendo transmitida de uma mulher a outra, criando mais resistência ao parto normal.

O exercício do modelo tecnicista sobre a mulher em sua parturição, reforçado pela cultura do estímulo à cesárea, faz com que ela se sinta cada vez mais incapaz de parir. O conjunto de procedimentos obstétricos reflete a degradação do papel da mulher no parto, exemplificada pela facilidade com que os profissionais prescrevem o repouso e pelo conselho automático de que a mulher deve ficar deitada, desvalorizando o seu papel central durante o trabalho de parto.¹³ Essa introjeção da incapacidade de parir fica evidenciada, principalmente, quando a mulher não participa, de forma alguma, da escolha pelo tipo de parto. O depoimento de uma das participantes reflete a ausência dessa atuação:

Não foi nem escolha mesmo. Eu não tive escolha, tinha que ser cesáreo. Não tinha passagem, não dilatava. Tinha que ser cesáreo. (Hera)

O discurso de Hera expressa a referência do profissional médico à ausência de dilatação suficiente para que ocorresse o parto normal. É frequente a utilização da expressão “não tinha passagem”. Porém, sabe-se que o termo “passagem”, na verdade, não existe na literatura médica. A mulher entende essa informação do profissional como uma sentença. Ela acredita, muitas vezes, que não teve qualquer grau de dilatação ou mesmo que nunca terá essa “passagem”, no caso de outro parto, ou seja, seu corpo não é capaz de parir. No entanto, sabe-se que a maioria das mulheres é capaz de ter dilatação para um parto normal, bastando, para isso, que se espere o tempo necessário à evolução do trabalho de parto.

A partir do momento em que a mulher não exerce o direito reprodutivo de optar pelo tipo de parto que prefere vivenciar, ela passa a ficar submissa à decisão profissional, tornando-se cada vez mais objeto passivo de um processo que fisiologicamente pertence somente a ela, sendo que caberia ao profissional apenas o acompanhamento e o auxílio nos momentos necessários, sem muitas intervenções.

Nesse contexto, as altas taxas de cesárea existentes atualmente evidenciam a transformação do parto de processo fisiológico em patológico, permeado por intervenções muitas vezes desnecessárias, que podem ser exemplificadas pela amniotomia precoce, pelo monitoramento fetal eletrônico e pelo excessivo uso de drogas, principalmente a ocitocina

sintética. Essa visão sobre o parto vem transformando algumas maternidades em laboratórios de alta tecnologia e os seres humanos em objetos dos procedimentos técnicos.¹³

Médicos e pacientes tendem a acreditar que tecnologia é sinônimo de progresso, modernidade e conhecimento; com isso, que seu uso indiscriminado não seria danoso, o que contraria as evidências científicas acumuladas até o momento.¹⁴

No entanto, o uso excessivo de tecnologia e de intervenções, característico do modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante no Brasil, não vem trazendo impacto positivo na morbimortalidade de mulheres e crianças. Essa contradição é chamada de Paradoxo Perinatal.¹⁵ As mulheres, atualmente, têm mais acesso aos serviços de saúde, fazem maior número de consultas de pré-natal, têm melhor imunização, melhor rastreamento para o diagnóstico de infecções e maior número de consultas no pós-parto.¹⁵ Porém, as taxas de mortalidade materna e perinatal, assim como de prematuridade no Brasil ainda são muito altas.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil em 2011, foi de 15,3 mortes por 1.000 nascimentos vivos e a razão de mortalidade materna (RMM) foi de 63,9 por 100 mil nascidos vivos.⁵ As complicações devido ao nascimento prematuro são a principal causa de mortes de recém-nascidos e a segunda principal causa de mortes de crianças.¹⁶ Diante desse contexto, salienta-se a necessidade de ações mais efetivas para a redução das cesarianas desnecessárias, uma vez que constitui fator de risco para prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal e materna.

Os riscos apontados pelos profissionais médicos para justificar as altas taxas de cesárea geralmente não têm fundamentação científica, levando à banalização do parto cirúrgico, sem indicação clínica. A utilização de sedativos, hormônios artificiais para estimular o parto, anestesia peridural e outras, bem como a realização frequente de cesarianas no intuito de diminuir os riscos, muitas vezes introduzem novos riscos, tanto para a mãe, como para o bebê.¹³

Muitos profissionais optam pela cesárea para fazer outro procedimento em conjunto, que é a laqueadura tubária. Na maioria das vezes, mulheres que possuem vários filhos ou apenas dois, ficam tentadas a realizar a laqueadura. Já que o médico lhe dá essa opção, a mulher aceita passar por uma cesariana sem questionar. Isso ficou evidente no depoimento de uma das participantes:

É, sobre o parto, eu mesma decidi, é, fazer cesáreo, porque eu queria ligar, mas eu fiquei um pouco com medo, como nunca fiz, né? Recebi [orientação] do médico que me acompanhou. Ele falou que se era isso mesmo que eu queria aí eu falei que tava decidida que era isso mesmo que eu queria. (Afrodite)

O que esses profissionais desconhecem, ou ainda não levam em consideração, é que existe a proibição da realização de cesárea com o objetivo de fazer a laqueadura tubária, expressa na Lei do Planejamento Familiar.¹⁷ Versa

o artigo 10, inciso dois desta lei que: “É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores”¹⁷. O profissional que fizer a cesárea em associação com a ligadura está exposto a penalidades, segundo o artigo 15, parágrafo único, da mesma lei.

Para que a mulher possa optar por um tipo de parto, ela deve primeiro estar ciente das vantagens e desvantagens de cada um. No entanto, o que se observa, na prática, é que a maioria delas considera a suposta ausência de dor na cesárea como a principal vantagem do parto cirúrgico e como motivo suficiente para realizá-lo.

Na verdade, a dor que as mulheres não vivenciam nesse caso, por não entrarem em trabalho de parto, pode ser maior no pós-parto, uma vez que a cesárea é uma cirurgia de grande porte, envolve a secção de diversos tecidos, o que, inevitavelmente, provocará dor, exigindo conseqüentemente, o uso de vários analgésicos. A dor do trabalho de parto torna-se mais intensa quando a mulher assume uma postura passiva, não participa ativamente do processo e não tem respeitado o seu direito a um acompanhante. As mulheres precisam também ser orientadas de que existem vários métodos farmacológicos e não-farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, para que sua escolha seja esclarecida.

Vale ressaltar ainda que, em muitas situações, falta orientação por parte dos (as) profissionais de obstetrícia sobre os riscos a curto, médio e longo prazo envolvidos numa cesariana. Assim, as mulheres, embora acreditem na grande vantagem da ausência da dor, não estão fazendo uma escolha consciente. Pelo contrário, estão correndo um risco do qual não têm conhecimento. Isso é também conveniente para muitos profissionais e reflete o exercício do seu poder sobre as mulheres, uma vez que, se elas estivessem devidamente informadas sobre esses riscos, provavelmente não fariam opção tão frequente pela cesariana.

A mulher pede a cesárea para encerrar rapidamente um processo que se faz doloroso e solitário, no qual ela não tem direito a um acompanhante, precisa esperar muito tempo entre a admissão hospitalar e o parto, porque a admissão se faz muito precocemente, às vezes antes da mulher estar realmente em trabalho de parto, sendo submetida a ações desnecessárias e dolorosas, além de não serem oferecidas a ela técnicas de alívio da dor durante esse período.¹⁸

Neste estudo, entre as cinco participantes que tiveram parto cirúrgico, todas relataram os motivos já citados anteriormente, sendo que três fizeram a cesárea em associação com a ligadura tubária. Fica evidenciado, também, que a preferência pela cesárea ocorreu principalmente entre mulheres de classe média, que realizaram esse procedimento na rede privada.

No Brasil, o modelo tecnocrático de assistência ao parto realiza, na dualidade entre as esferas pública e privada, a plenitude de suas duas possibilidades legítimas: um

parto “normal” intervencionista e o excesso de cesarianas, respectivamente. Enquanto os serviços públicos, aos quais tem acesso a população de menor poder aquisitivo, oferecem às suas mulheres o parto normal traumático, os serviços privados, nos quais as usuárias estabelecem uma relação de consumo, oferecem a cesariana como marca da diferenciação e de “modernidade” (Maia, 2010, p.49).

Os métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto não costumam ser utilizados dentro dos serviços de saúde inseridos no modelo hegemônico de atenção ao parto. Além disso, esses métodos são desconhecidos pela maioria das mulheres. Nessa perspectiva, muitas entrevistadas que optaram pela cesariana, o fizeram principalmente para evitar a dor, como se pode perceber nas falas abaixo:

...Mas na verdade eu queria cesáreo, mas pela dor entendeu? Por questão da dor. (Hebe)

...Eu queria ter cesáreo porque a dor é menos né? (Gaia)

Para as participantes do estudo, o parto cesáreo, além de ser visto como um procedimento que não envolve dor, ainda está relacionado a um atendimento digno e respeitoso. Infere-se que na cesárea, a mulher se comporta de maneira ainda mais passiva do que no parto normal, facilitando a realização do procedimento. Conseqüentemente, não fica ansiosa, não reclama, não chora, não sente nada. Isso faz com que o parto cirúrgico seja mais fácil, cômodo e prático para os (as) profissionais, que ganham mérito e status por isso e por tratá-las bem. Acrescente-se a isso, a supervalorização da tecnologia na sociedade atual, fazendo com que aqueles (as) que atuam no procedimento sejam vistos como super profissionais, capacitados e competentes, o que fica evidente nos seguintes depoimentos de mulheres que tiveram parto cirúrgico:

São capacitados. São profissionais com muito, muito cuidado com os pacientes. Como eu falei, a equipe toda, o anestesista, o médico obstetra, os enfermeiros que estavam presentes, foram todos muito capazes mesmo. Fizem com muita perfeição, muito cuidado. (Íris)

Não tenho o que falar. Me trataram muito bem. Médico, anestesista, enfermeiros, todos os funcionários do hospital me trataram muito bem. (Hera)

Todos de parabéns, porque eu fui muito bem atendida. Ah, a equipe em si que me operou também me atendeu super bem. Me atenderam super bem, me trataram super bem. (Atena)

Pode-se observar, no que diz respeito especificamente à vivência pessoal do parto, que há uma espécie de vazio nos relatos das mulheres que tiveram cesariana. Uma vez

que, na maioria das vezes, a cesárea é eletiva, não se espera que a mulher entre em trabalho de parto, o que indicaria, inclusive, que o feto está pronto para nascer e respirar fora do útero. Assim, a mulher não vivencia o parto no seu corpo físico, não experimenta o parto nas suas múltiplas dimensões. Além disso, o modelo de assistência centrado nos procedimentos faz com que a mulher seja reduzida a objeto de uma intervenção.

A cesariana moderna é considerada uma técnica segura, contribuindo para que esse tipo de parto seja preferência para a maioria dos profissionais médicos.²⁰ Esse fator, ao lado de outros associados à conveniência, muitas vezes para a mulher, mas principalmente para esses profissionais, faz com que eles invistam em justificativas para que as mulheres sejam induzidas a optar por esse tipo de parto. A mulher se encontra num momento de vulnerabilidade, uma vez que a sua sensibilidade está aflorada. Além disso, não se empenha em buscar informações para que possa se tornar sujeito das decisões e acaba aceitando participar desse processo tecnicista, seja pelo bem do filho (a), ou por um risco que muitas vezes não existe.

Permitir à mulher o direito de escolha demanda investimento de mais tempo por parte dos (as) profissionais, já que para se fazer uma escolha, é preciso estar ciente de todas as opções, ou seja, o (a) profissional deveria explicar à mulher as vantagens, desvantagens e riscos envolvidos em cada tipo de parto.

“No modelo de atendimento tecnicista, as mulheres são consideradas seres passivos, sem direito sobre a sua parturição, entregues aos profissionais do hospital, que detêm o poder por conta do seu conhecimento especializado.”^{21:306} A falta de autonomia das mulheres na decisão pelo tipo de parto ficou evidenciada nos seguintes depoimentos:

Hoje os médicos, eles orientam ao parto cesáreo, tanto é que eu queria ter normal e o médico não se comprometeu em fazer meu parto pelo fato de eu optar pelo normal. Se fosse cesárea ele fazia, marcava, agendava. E por isso eu não voltei pra ele. Eu fiz com Dr..., porque ele se disponibilizou a fazer normal ou que eu resolvesse a fazer cesáreo. Porque eles preferem cesáreo? Porque é mais fácil, é cômodo. É só marcar, ir lá cortar e tchau. E o normal perde muito tempo. E eu queria ter normal... (Íris)

Rapaz eu, assim, se elas decidirem fazer mesmo o cesáreo, quem sou eu pra dizer que não? (Afrodite)

Meu parto foi cesáreo. Ele me explicou que seria assim, é uma cirurgia né, uma cirurgia até de risco e que eu ia tomar uma anestesia, a raqui. Ele me perguntou se eu tinha interesse em ligar e eu liguei. Eu disse a ele que tinha. Liguei e tá tudo bem. (Hera)

O discurso de Íris expressa que a cesárea é um procedimento mais cômodo para o (a) médico (a). Ela reconhece

também a cesárea como um parto mecanizado, percebendo que o parto normal significa uma perda de tempo para o médico. Nesse caso, a vontade da mulher não foi respeitada, prevalecendo os interesses do profissional.

Afrodite revela, em seu discurso, o quanto se considera incapaz de negociação ou de participação na decisão pelo tipo de parto. Ela acredita que não lhe caberia qualquer questionamento sobre as condutas profissionais e assume uma postura de submissão total a essas decisões, colocando-se como simples objeto dos procedimentos.

O discurso de Hera revela a tendência médica de induzir a mulher à cesariana. O profissional chega a mencionar um dos riscos relacionados à cirurgia, tentando se mostrar politicamente correto. Porém, ao mesmo tempo, questiona sobre o desejo da mulher de ser submetida à ligadura tubária. Assim, o discurso contraditório do profissional é tendencioso para a escolha ou aceitação mal informada da mulher. Essa entrevistada também descreve a cesárea como um procedimento aparentemente simples, principalmente considerando o resultado “está tudo bem”, embora ela acredite que o profissional médico cumpriu o papel de alertá-la sobre o risco da cesárea, pelo fato de ser uma cirurgia.

Os profissionais utilizam de artifícios sutis para a manutenção do seu saber-poder, a exemplo da demonstração de disponibilidade para a ajuda e de apelos morais.²² Assim, se alguém está ajudando o outro, seja através do conhecimento científico ou de atitudes de benfeitoria, ninguém ousará desconfiar desse profissional. A autora refere-se à politicidade do cuidado como instrumento necessário à ruptura das relações de poder e à construção de relações mais democráticas e emancipatórias, nas quais as pessoas possam se tornar sujeitos do cuidado e exercer sua autonomia.

Toda mulher tem o direito à decisão consciente sobre sua saúde, o que deve acontecer também em seu processo parturitivo. O compartilhamento de informações claras sobre o cuidado a ser prestado é um dever do (a) profissional de saúde e proporciona à mulher participação em todo o período que envolve a gestação e o parto. Infelizmente, na maioria das vezes, o (a) profissional de saúde não cumpre esse papel, desrespeitando os direitos reprodutivos da mulher. Essa postura está sustentada pelo modelo biomédico, no qual as ações profissionais são baseadas na técnica, desvalorizando a subjetividade da mulher e o estabelecimento de vínculo com a gestante. Esta, por sua vez, fica totalmente alheia ao que está acontecendo com ela e com seu filho (a). O depoimento de duas entrevistadas ilustra a falta de orientações sobre o parto durante o pré-natal:

Ela não me orientou nada. Ela só escutava o batimento do coração da criança e media a barriga e só falava que tava tudo bem. Não comentou nada. (Atena)

Não tive nenhuma, assim sobre o parto, como é o parto eu não tive nenhuma orientação mesmo. Eu soube de boca em boca com gestantes que tava lá no período mesmo

do pré-natal, mas dizer que quem me acompanhou me informou, eu estaria mentindo. (Thea)

No discurso de Atena, ela aparece submissa à assistência, sendo que esta ficou restrita aos procedimentos técnicos das consultas de pré-natal. O discurso de Thea revela que ela procura saber sobre os tipos de parto com outras mulheres que faziam o pré-natal, pois não conseguiu essas informações através do (a) profissional. Assim, a mulher corre o risco de ouvir informações equivocadas e reproduzir representações e mitos do senso comum sobre o parto, perdendo a oportunidade de esclarecimentos com fundamentação científica, papel que deveria ser exercido pelo (a) profissional. Em ambos os casos, houve omissão por parte do (a) profissional que acompanhou o pré-natal, já que a mulher não recebeu orientações sobre o parto. Além disso, fere-se o direito de participação da mulher num processo em que ela é a principal interessada e do qual deveria ser protagonista.

Ao perguntarmos sobre como foi a escolha pelo tipo de parto vivido, outras mulheres entrevistadas demonstraram a preferência pelo parto vaginal evidenciada nos seguintes discursos:

Foi boa. Normal. Foi eu mesmo que escolhi, porque normal é o melhor parto que tem. Melhor que cesáreo, porque eu acho que cesáreo tem mais risco. (Artemis)

Eu escolhi porque eu não gosto de depender de ninguém e assim é mais rápida a recuperação. Eu acho que é mais saudável e pra mim ser mãe tem que passar por tudo isso, pra eu saber, pra eu dar valor à minha né? Saber realmente o que é ser mãe. Ai eu pensava em ter normal por isso, pela recuperação, por tudo. (Thea)

O discurso de Artemis denota a escolha da própria mulher pelo parto normal, uma vez que ela reconhece que a cesárea é um procedimento que envolve riscos. No discurso de Thea, percebe-se que ela preferiu agir como sujeito ativo do parto; por outro lado, vemos a referência à necessidade cristã de sofrimento da mulher no parto, que predominou durante muito tempo no imaginário popular e profissional, fazendo com que não fosse permitido utilizar métodos de alívio da dor. Esse tipo de concepção ainda é compartilhada por muitas pessoas e profissionais de saúde.

A atitude da mulher em relação à dor muda quando ela se torna confiante em si mesma e exerce a sua habilidade em conduzir o parto.¹³ Assim, a mulher pode assumir papel principal, atuando nesse evento da maneira mais ativa possível. Um parto ativo é instintivo.²³ A mulher pode dar à luz de modo natural e espontâneo, seguindo sua própria vontade e utilizando seu corpo como preferir.

O parto normal foi considerado como o mais “correto” por algumas entrevistadas. Acreditamos que isso pode estar relacionado à crença do parto normal como fenômeno natural, ou representar um resquício de um tempo em que o parto normal era o mais frequente, uma vez que, hoje em

dia, existe pouco incentivo para isso, não apenas por parte dos profissionais, que, como vimos, não estão habituados a fornecer orientações adequadas sobre o parto; como também pelos órgãos de gestão, que não costumam fazer campanhas em favor do parto normal.

Como a cultura da cesárea leva à crença na incapacidade de parir, as mulheres que decidem pelo parto natural são tidas como fortes e corajosas. Algumas mulheres dizem também, preferir o parto normal por considerarem a recuperação rápida, havendo, portanto, menor necessidade de repouso. Os depoimentos abaixo revelam as representações do parto normal por algumas das participantes:

...Mas o melhor parto mesmo é o normal, porque o resguardo é bem menor e a recuperação é bem mais rápida do que a cesárea. A cesárea você tem que ter aquela segurança que você não vai, não vai... Pode escorregar, porque pode... O ponto pode inflamar, o ponto interno. Também pode ter alguma coisa. Ai é mais, é mais, como é que fala, é mais complicado a cesárea. (Afrodite)

Nem quero saber como é uma cesariana, porque é dois meses em cima da cama e eu não teria essa paciência de ficar dois meses em cima da cama. Eu sou muito elétrica e o normal é tão rápido... Eu mesma já tô me sentindo bem. Eu já faço tudo. A única coisa que eu não faço é agachar, movimentos bruscos, mas já tô de boa. (Thea)

Eu acho que o certo é o normal. Mas se não puder não tenho nada contra o cesáreo hoje. (Íris)

Porque é normal. Foi uma coisa que Deus deixou e Deus não deixou o parto cesáreo pra ninguém. E o parto normal é a melhor coisa que tem. (Artemis)

Apesar da maioria das mulheres afirmarem que preferem o parto normal, a assistência tecnicista e desumanizada faz com que, para muitas delas, o parto seja uma experiência de terror, o que leva à rejeição da ideia do parto normal e contribui para a difusão da cesárea, especialmente entre as mulheres de classe média, que consideram o parto uma experiência degradante, à qual não querem se expor. O parto normal como experiência negativa, marcada por intensa dor e sofrimento, pode ser observado em diversos trechos de um mesmo depoimento:

Foi péssima a experiência. Eu não desejo ninguém passar por aquilo, porque pra mim era tá num outro mundo, por causa da dor, tudo, eu falando assim, agora parece que vem tudo na minha cabeça, aquele momento, Ave Maria, de sofrimento demais. (Hebe)

Eu, pelo que eu passei, eu não desejo ninguém passar aquilo. Só dor, sofrimento. Só senti alegria quando eu vi ele nascendo, é, quando eu vi o chorinho. (Hebe)

Eu penso que, pra você escolher uma profissão, você tem que tá ali com amor e fazer tudo com amor. E eu não senti isso em relação a eles. São pessoas assim, super, é, como é que eu posso falar, meu Deus, grossas, entendeu? Pessoas grossas, que não lhe dá uma palavra, assim, de conforto, entendeu? É, quando foi pra fazer o toque em mim mesmo, parecia que tava fazendo em um animal, nem animal você pode fazer isso, então eu acho que são profissionais que, eu acho que a área de medicina você tem que saber escolher bem, porque você tá lidando com vidas ali. (Hebe)

A experiência negativa do parto normal traz à tona outras vivências da vida da mulher, reforçando ainda mais a rejeição pelo mesmo. Porém, essa experiência poderia se tornar menos dolorosa e mais gratificante, caso fossem adotadas medidas como: respeito à mulher como protagonista do parto, utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, respeito ao direito de um acompanhante. Pode-se perceber também, a diferença da assistência recebida entre as mulheres que tiveram parto normal e as que tiveram cesárea, sendo que estas últimas referiram ter sido muito bem tratadas. Para apenas uma das entrevistadas neste estudo, o parto normal representou uma experiência mágica, renovadora, fortalecedora, como podemos ver no depoimento a seguir:

Eu me surpreendi, porque não é nada do que o pessoal me fala. Eu não sofri. Não sei se é porque eu trabalhei meu psicológico durante os nove meses todinho... Eu queria saber que dor era essa, mas se eu disser que hoje eu sei te explicar como é essa dor eu estaria mentindo. O pessoal me falava bem assim que esquecia. Dizia: - Oh, gente, que povo fresco, como é que se esquece de uma dor? E esquece mesmo. É mágico. Quando a criança sai você esquece. Hoje eu paro e fico tentando lembrar como foi essa dor. Eu lembro que eu senti uma dor nas costas, uma dor fora do normal, mas se eu te disser que eu sei explicar detalhadamente que dor é essa eu não sei hoje, eu esqueci mesmo. É mágico, é coisa de Deus. (Thea)

Vemos no discurso de Thea, que a vivência do parto normal para ela foi de caráter espiritual, divino. Esta participante não se privou de vivenciar a experiência do trabalho de parto, mesmo com os relatos negativos de outras mulheres. Ela estava previamente desejosa dessa experiência. Talvez o fato de ser da área de saúde tenha colaborado para isso. O parto foi sem sofrimento, o que ela associou ao preparo emocional que teve. Essa também foi a única depoente que mencionou o filho com relação à vivência do parto, fazendo com que a dor fosse esquecida logo após o nascimento da criança.

O parto, por representar o surgimento de uma nova vida, deveria ser para todas as mulheres, uma experiência rica e transformadora, tanto para elas quanto para seus familiares.

Isso só será possível com a substituição do modelo de atenção obstétrica atual por um modelo que respeite a mulher como protagonista, como cidadã de direitos e que merece ser respeitada. Para isso, é imprescindível que os (as) profissionais de saúde envolvidos (as) na assistência à gestação e ao parto reflitam sobre suas ações e também que os (as) gestores (as) da área de saúde promovam as condições técnicas e materiais necessárias às mudanças. No que diz respeito às condições técnicas, é preciso oferecer capacitação constante para esses profissionais, além de espaço onde possam discutir as suas próprias práticas dentro dos serviços. No que diz respeito às condições materiais, é preciso modificar a estrutura física e organizacional dos serviços, de maneira a possibilitar conforto, privacidade e a presença de acompanhante.

CONCLUSÃO

A análise do discurso das participantes deste estudo revelou que o modelo tecnocrático de atenção ao parto, dominante nos dias atuais, vem influenciando a vivência das mulheres, tanto com relação ao parto normal quanto em relação à cesariana. Esse fenômeno é reflexo do modelo de assistência ao parto predominante em nível nacional, no qual a mulher é eliminada do lugar de sujeito no parto, sendo este conduzido ativamente pelo médico (ou outro profissional de saúde que preste assistência ao parto). Além disso, o parto que ocorre em ambiente hospitalar é permeado por intervenções, na maioria das vezes, desnecessárias e que são potenciais fatores de complicações para a mãe e/ou para o filho (a).

Dentro desse modelo, não é respeitado o direito da mulher à presença de um acompanhante; não são utilizadas medidas para alívio da dor; não se permite a alimentação ou realizar algum tipo de movimento fora do leito durante o trabalho de parto. Some-se, a tudo isso, o saber-poder dos (as) profissionais, que leva a fornecer comandos, aos quais a mulher se sente obrigada a obedecer passivamente, acreditando ser o melhor para ela. Todo esse contexto cria, entre as mulheres, a representação do parto normal como experiência de terror, o que vai sendo transmitido de uma mulher a outra. Por outro lado, especialmente para as mulheres de classe média, o parto normal é algo degradante, de maneira que elas não admitem ser submetidas a tal experiência, o que contribui para a maior incidência de cesárea entre mulheres dessa classe social.

A cultura da cesárea excessiva vem tornando a mulher objeto da assistência. Nesse tipo de parto, a mulher se comporta de maneira ainda mais passiva e há maior utilização de tecnologia, gerando nas mulheres a representação dos (as) profissionais envolvidos (as) nessa assistência, como super capacitados (as) e competentes. Como a cesárea é um procedimento considerado mais prático para os (as) profissionais, termina sendo visto como uma forma de promover o respeito à mulher. Nesse caso, a experiência do bom parto está associada à ausência de dor e atendimento respeitoso.

Observa-se então, que o parto não é vivido pela mulher no corpo físico, mas sim como um procedimento. A ausência do sofrimento do trabalho de parto é vista por muitas mulheres como a grande vantagem da cesárea e como motivo suficiente para realizá-la. Porém, essa não costuma ser uma escolha consciente, uma vez que os (as) profissionais médicos (as) não têm o hábito de orientar as mulheres sobre os riscos a curto, médio e longo prazo dessa intervenção cirúrgica. A cesariana costuma ser estimulada por esses profissionais, uma vez que representa também a comodidade de um parto com hora marcada. Essa postura profissional impede a mulher de exercer o seu direito de escolha de maneira informada.

A análise revelou ainda a falta de orientações por parte dos (as) profissionais que acompanharam o pré-natal das entrevistadas, de modo que elas não estavam bem informadas sobre o parto. Para que a mulher seja protagonista no parto, ela precisa estar consciente de tudo o que está acontecendo com ela desde a gravidez, ou seja, precisa ser participante ativa desde a gestação.

Esperamos que este artigo possa suscitar reflexões que possibilitem mudanças nas práticas profissionais, tanto na atenção ao parto quanto na atenção à gestação. Para tanto, sugerimos aos gestores de saúde, especialmente do Município de Riachão do Jacuípe-Ba, que promovam capacitações e espaços de discussão das práticas profissionais dentro dos próprios serviços de saúde. Além disso, consideramos necessário ouvir as mulheres, já que elas são as principais envolvidas no processo.

REFERÊNCIAS

1. Santos TT. Evidências de indução de demanda por parto cesáreo no Brasil [dissertação]. Belo Horizonte (BH): Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; Ministério da Saúde; 2012.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Nascidos vivos – Brasil. Nascimento por ocorrência por tipo de parto segundo região. Período: 2011 [acesso em: 09/03/2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.536p.
6. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Condições freqüentemente associadas à cesárea sem respaldo científico. *Femina*, set 2010;38(10):505-16.
7. Pádua KS. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. *Rev. saúde pública*, fev 2010;44(1):70-9.
8. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for cesarean in Brazil: informed decision making patient choice or social inequality? *BMJ*. 2002 apr 20;324(7343):942-5.
9. Souza ASR; Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, ago;2010;38(8):416-22
10. Souza ASR; Amorim MMR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*, set; 2010;38(9):460-68.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Estatísticas vitais. Nascidos vivos – Bahia. Nascimento por ocorrência por tipo de parto segundo município. Município: 292630 Riachão do Jacuípe. Período: 2011 [acesso em: 09/09/2014]. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvba.def>
12. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 2003.
13. Odent M. O renascimento do parto. Tradutor Roland B. Calheiros. Florianópolis: Saint Germain; 2002.
14. Villar J, Carolli G, Gülmezoglu AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 nov;75 Suppl 1:S47-54. Acesso em 05/02/2014. In: PubMed; PMID 11742642
15. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. Bras. crescimento desenvolv. hum.*, 2009;19(2):313-26.
16. UNICEF. Countdown 2015:maternal, newborn & child survival. Disponível em: <http://www.countdown2015mnch.org/>. Acesso em: 20 nov;2015.
17. Ministério da Saúde (BR), Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm. Acesso em: 10/03/2012.
18. Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D’Orsi E, Reis ACGV. Parto Cesáreo: quem o deseja? em quais circunstâncias? *Cad. saúde pública*;nov/dez,2003;19(6):1611–20.
19. Maia MB. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Assistência à Saúde e ao Parto no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
20. Odent M. A cesariana. Tradução Maria de Fátima de Madureira. São José, SC: Saint Germain; 2004.
21. Armellin CJ, Luz AMH. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. *Rev. gaúch. enferm*.2003 dez; 24(3):305-15.
22. Pires MRGM. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia dos sujeitos no âmbito dos programas de saúde. *Rev. bras. saúde matern infant*. 2005 dez n. 5 (supl 1):571-8.
23. Balaskas J. Parto Ativo: guia prático para o parto natural. 2ª ed. Tradução Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground; 2008.

Recebido em: 28/07/2016
Revisões requeridas: 22/11/2016
Aprovado em: 04/01/2017
Publicado em: 08/11/2017

Autor responsável pela correspondência:
Gleice Oliveira Santos
Rua Álvaro Carneiro, 133, Barra
Riachão do Jacuípe/BA, Brasil
CEP: 44640-000