Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Informação e escolhas no parto: perspectivas das
mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**

Bianca Alves de Oliveira Zorzam

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Carmen Simone G. Diniz

São Paulo

2013

Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar

Bianca Alves de Oliveira Zorzam

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Carmen Simone G. Diniz

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

**A todas as mulheres que lutam diariamente
para que seus direitos sejam respeitados.**

**À minha mãe, Elisabete,
com quem partilho a luta desde o ventre.**

ZORZAM, B. A. O. Z. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

Introdução – O direito à escolha informada das mulheres sobre suas vivências na gravidez e no parto é fruto do percurso histórico dos direitos sexuais e reprodutivos, respaldados em bases éticas da autonomia, integridade corporal, igualdade e diversidade. No Brasil, sua história política e social vem sendo construída por meio da interlocução com o movimento de mulheres e os aparelhos governamentais, propulsionando políticas públicas que os garantam. Entretanto, as desigualdades de gênero no âmbito do conhecimento médico-científico levaram a uma leitura pessimista acerca do corpo feminino, que trata a experiência do parto como um evento patológico, dependente da tecnologia e de intervenções desnecessárias na assistência. **Objetivo** – Descrever e analisar a perspectiva das mulheres sobre a dinâmica da disponibilização, acesso e qualidade das informações no pré-natal para as negociações do tipo de parto e os procedimentos da assistência focados na episiotomia, ocitocina e acompanhante, nas redes de saúde pública e suplementar. **Metodologia** – Estudo qualitativo, alicerçado nas perspectivas teóricas de gênero e dos direitos reprodutivos, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas de três tipos (por *email*, *Skype* e presencial), com 26 mulheres assistidas nos dois setores de saúde, em diversas regiões do país. **Resultados** – Embora garantido pela política pública, ainda é difícil o acesso das mulheres às informações de qualidade que favoreçam suas escolhas e decisões de parto e intervenções na assistência. Essa dificuldade está imbricada em fatores sociais, econômicos, culturais e de gênero que transferem o poder de decisão sobre o tipo de parto e de intervenções no parto normal para os profissionais médicos e suas instituições. **Conclusões** – Frequentemente, a disponibilização das informações no pré-natal foi insuficiente nos dois setores de saúde, revelando o “silêncio” em torno do parto. No pré-natal, as mulheres não são incentivadas à busca ativa por informações; e, quando elas existem, são imprecisas e desconsideram os seus direitos reprodutivos. Mesmo quando existe o acesso às informações da rota específica da humanização não há total garantia da possibilidade de negociação. Além disso, nem todas as mulheres conseguem acessá-la. De modo geral, a informação, isoladamente, não representou a possibilidade de êxito para as decisões no parto, dadas às diversas dificuldades que os mecanismos profissionais e institucionais impõem às mulheres.

Descritores: Direitos sexuais e reprodutivos; Gênero; Escolha informada; Parto normal e cesariana; Intervenções no parto.

ZORZAM, B. A. O. Z. 2013. Informed choice and childbirth: women's perspectives: public and health insurance consumers. (Dissertation) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

Introduction – The right of women to informed choice about their experiences of pregnancy and childbirth is the result of the historical journey of sexual and reproductive rights, supported on ethical foundations of autonomy, bodily integrity, equality and diversity. In Brazil, its political and social history is being constructed through dialogue with the women's movement and the government apparatus, propelling public policies that guarantee these rights. However, gender inequalities within the medical and scientific knowledge led to a pessimistic approach to the female body, resulting in an experience of childbirth as a pathological event, dependent on technology and unnecessary interventions in care. **Objective** – To describe and analyze the women's perspective on the dynamics of availability, access and quality of information on prenatal care for the negotiations of the type of delivery and the procedures of care, focused on episiotomy, oxytocin and companion in public and insurance-managed health services. **Methodology** – A qualitative study, based on the theoretical perspectives of gender and reproductive rights, conducted through semi-structured interviews of three types (email, *Skype* and face), with 26 women who attended the two health sectors in various regions of the country. **Results** – Although guaranteed by public policy, it is still difficult for women to access quality information that support their choices and decisions about interventions in childbirth care. This difficulty is embedded in social, economic, cultural and gender aspects that transfer the power to decide on the type of delivery and interventions in childbirth to medical professionals and their institutions. **Conclusions** – Often, the availability of information on prenatal care was insufficient in both health sectors, revealing the "silence" around childbirth. In prenatal care, women are not encouraged to actively search for information, and when information is available it is often inaccurate and ignoring of women's reproductive rights. Even when there is access to information coming from specific route of humanized care is no complete assurance about the possibility of negotiation. Also, not all women are able to access it. In general, information alone does not represent the possibility of success for decisions in labor, given the various difficulties that professional and institutional mechanisms impose on women.

Keywords: Sexual and reproductive rights; Gender; Informed choice; Normal delivery and cesarean section; Interventions in childbirth.

AGRADECIMENTOS

Este é um trabalho sobre vinte e seis mulheres. Vinte e seis histórias traduzidas em palavras que expressaram o drama das escolhas e decisões acerca da vivência de seus partos: ora respeitadas, ora cerceadas, essas mulheres buscaram diferentes caminhos para trazer à luz seus filhos.

Quando eu mergulhei nesta pesquisa, precisamente no momento da minha entrada no campo, comecei a ouvir histórias que algumas vezes se repetiram na minha vida, antes mesmo de entrar na pós-graduação. Há alguns anos, acompanhei mulheres e suas decisões para dar à luz em hospitais privados e públicos. Mulheres que se viam coagidas, cercadas de pressões por seus contextos familiares e sociais. O acesso às informações e as descobertas a respeito da realidade de como é possível dar à luz no Brasil, por vezes, às reprimiam ou lhes faziam enfrentar as dificuldades impostas sob todas as formas.

Fui me lembrando de uma a uma e das diversas vezes em que não puderam driblar seus médicos, os discursos institucionais e pessimistas que as fizeram desistir de seus desejos e desacreditar de suas capacidades reprodutivas. Naquele momento, o saber localizado de que nos fala Donna Haraway¹ aflorou de tal maneira que a busca pelo conhecimento permitiu que eu, cada vez mais, me apaixonasse pelos estudos de gênero.

Foi um longo caminho de amadurecimento, que culminou com a produção coletiva do vídeo *Violência obstétrica: a voz das brasileiras* – lançado no XX Congresso da Abrasco, em Porto Alegre, em 2012 –, e permitiu que eu compreendesse a importância da incorporação do diálogo sobre os direitos humanos das mulheres para a interpretação e crítica aos tortuosos caminhos das escolhas na experiência do parto no Brasil.

¹ O texto que trata sobre o assunto chama-se *Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*.

No trajeto de amadurecimento deste trabalho, agradeço a compreensão e o esforço de reflexão compartilhada do meu companheiro Armando, que acreditou ser possível produzir um vídeo em apenas quatro dias.

Nesse momento, pessoas queridas entraram na minha vida e outras antigas também se fizeram presentes, como minha professora de graduação Jacqueline Brigagão, que me inspirou nas leituras de gênero, e minhas companheiras parteiras Natalia Salim, Maíra Bittencourt, Priscila Raspantini, Mariane Menezes, Andreza Trajano, e a pesquisadora Ligia Sena, bem como todas as ativistas que conheço, entre elas Ana Cristina Duarte, também sempre na luta pelo movimento de humanização do parto e nascimento.

Ao meu querido grupo de pesquisa, generoso, alegre e ativista, ao qual alumbram Rosario Avellaneda, Ana Carolina Franzon, Heloísa Salgado, Débora Delage, Anne Dorothee, Sandra Souza, Claudia Fontenele, Marcel Robledo e Denise Niy, entre tantas outras pessoas queridas que por ele passaram e deixaram suas lembranças, como Bia Fioretti e Marília Reiter. Meu agradecimento profundo por toda e tanta generosidade e companheirismo.

À presença e ao otimismo constante da minha orientadora Simone Diniz, com quem há alguns anos venho aprendendo a fazer pesquisa, por meio das “vozes” das próprias mulheres. Um carinho pelo qual eu me visto.

Às professoras Maria Luiza Gonzales Riesco e Angela Maria Belloni Cuenca pelas importantes contribuições a esse trabalho.

Agradeço aos(às) professores(as) e todos(as) os(as) funcionários(as) que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho se realizasse. Em especial, agradeço à professora Ana Cristina Tanaka e aos secretários Leandro, Yara e Carmen, do Departamento de Saúde Materno-Infantil, sempre atentos e dispostos à ajuda.

Às colegas Eliana e Diane, pela ajuda com as aventuras do software NVivo e à Claudia Malinverni e sua generosidade na revisão deste trabalho.

À FAPESP, por ter permitido que eu me concentrasse nesta pesquisa. Sem a concessão da bolsa de mestrado eu não poderia ter me dedicado na medida do necessário.

De muito íntimo e carinhoso, agradeço por todas as vozes (escritas e faladas) das mulheres que participaram desta pesquisa. Tocaram em marcas profundas, vivas e dolorosas, com coragem e enfrentamento. Também àquelas que não puderam entrar para análise deste trabalho, mas contribuíram para o meu amadurecimento e permanência no campo. Um eterno agradecimento pelo compartilhamento de tantas descobertas, pelo profundo “desejo de narrar” suas histórias, pelas palavras, pelos suspiros, pelos choros e pelos silêncios.

A todas as outras mulheres que passaram pela minha vida, engendrando minhas emoções e fazendo-me ser quem eu sou, como mulher, como parteira e como pesquisadora. Em especial, à minha querida avó, à minha mãe e à minha tia, generosa roda de mulheres. À minha família, especialmente ao meu irmão Bruno, que ficou “falando sozinho” muitas vezes enquanto eu escrevia o texto desta dissertação.

Agradeço a todas as mulheres pela oportunidade de resgatar as histórias que eu vivi, compreendendo porque às vezes somos obrigadas a vivenciar “escolhas sob constrangimentos”, desacreditando ou invisibilizando nossos desejos em reposta às opressões da cultura social e de gênero sob a qual vivemos. E o entendimento generoso sobre porque muitas de nós acreditamos, sem a própria consciência e permissão, que nossos “corpos e partos não nos pertencem”.

Como fim e um novo começo, desejo que essa pesquisa possa auxiliar de alguma forma a academia e, principalmente, as mulheres no enfrentamento da pessimização de nossos corpos pela cultura médico-científica, fazendo com que sejam cumpridos nossos direitos, na longa batalha que percorremos todos os dias nos espaços públicos e privados de assistência ao parto no Brasil.

“Eu quero gritar pra todo mundo assim, eu quero alertar:
o parto é da mulher.”

(Fala de Patricia Bellanda, extraída do documentário *Violência obstétrica: a voz das brasileiras*)

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CENÁRIO DAS ESCOLHAS E MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: DIREITOS E DESIGUALDADES	13
2 APORTES TEÓRICOS	25
2.1 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE PARA PROBLEMATIZAR AS QUESTÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	25
2.1.1 A Contribuição dos Estudos Feministas para uma Reinterpretação dos Discursos sobre o Corpo Feminino e a Experiência do Parto	36
2.2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO ESTRUTURANTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: TRAJETÓRIAS E CONQUISTAS	44
2.2.1 Estratégias de Consolidação da Escolha Informada das Mulheres sobre o Parto: uma Questão de Direitos Humanos	52
2.2.2 Políticas Públicas de Humanização no SUS e na Saúde Suplementar: do PAISM à Rede Cegonha	56
3 OBJETIVOS	61
3.1 OBJETIVO GERAL	61
3.1.1 Objetivos Específicos	61
4 METODOLOGIA	62
4.1 O LUGAR DA PESQUISADORA	62
4.2 TIPO DE PESQUISA, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS	62
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	72
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	81
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
5.1 PREFERÊNCIAS, MEDOS E ESCOLHAS DAS MULHERES: O LUGAR DO GÊNERO E DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PAUTANDO AS EXPECTATIVAS	84
5.1.1 Preferências das mulheres pela via de parto	84
5.1.2 Os medos em torno do parto	95
5.2 DÚVIDAS, FONTES DE INFORMAÇÃO, CONSULTAS COM O PROFISSIONAL E ROTA ESPECÍFICA DA HUMANIZAÇÃO	105
5.2.1 Dúvidas com a Gravidez e o Parto	108
5.2.2 As Informações Disponíveis, o Acesso, as Dinâmicas de Busca pelas Mulheres e a Rota Específica da Humanização	114

5.2.3 As Consultas Com Profissionais: Vínculos, Conflitos De Interesse E A Dinâmica Das Informações	137
5.3 NEGOCIAÇÃO E ESCOLHAS INFORMADAS: EPISIOTOMIA, OCITOCINA, ACOMPANHANTES E VIA DE PARTO	146
5.3.1 Episiotomia: do Silêncio ao Corte não Consentido	149
5.3.2 Ocitocina: “O Diabo Veste Líquido”	156
5.3.3 Acompanhante No Parto: Do Desrespeito À Comercialização	162
5.3.4 Negociação Sobre A Via De Parto: Dos Direitos À Negação	169
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
7 REFERÊNCIAS	200
ANEXOS	
Anexo A - Instrumento de pesquisa – cadastro das participantes e termo de consentimento livre e esclarecido	211
Anexo B - Roteiro de entrevista	214
Anexo C - Características resumidas das participantes	219
Anexo D - Carta de Cibelly endereçada ao hospital que proibia a entrada de acompanhante no parto	222
Anexo E - <i>Print screen</i> da tela inicial do NVivo - categorias analíticas da primeira parte de análise	223
CURRÍCULO LATTES	

1 INTRODUÇÃO

1.1 CENÁRIO DAS ESCOLHAS E MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL: DIREITOS E DESIGUALDADES

Analisar o cenário atual da assistência obstétrica no Brasil requer recuperar a extensa dimensão deste país e suas particularidades socioeconômicas, também imbricadas nas desigualdades de gênero.

Há mais de um século o Brasil é abarcado por momentos que demonstram claramente suas diferenças econômicas e sociais: de campanhas autoritárias de saúde pública, no início do século XX, passando pelo grande crescimento do sistema de saúde privado no pós-ditadura militar e, no final dos anos de 1980, chegamos à reforma de saúde, concomitante à luta pela redemocratização do país (MAIA, 2008).

A ideia de saúde concebida pelo movimento de reforma sanitária² era definida como uma questão social e política no espaço público, que, em 1986, na emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde finalmente conseguiu aprová-la como um direito do cidadão, assim como o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) (MAIA, 2008).

Criado em 1988 pela Constituição Federal, com base nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS tem enfrentado grandes desafios, dentre os quais se destacam o seu financiamento, a articulação dos sistemas público e privado e as desigualdades sociais (PAIM e col., 2011). Por essa razão, diversos temas de saúde têm ganhado espaço para investigações que correlacionam as desigualdades às iniquidades do nosso sistema de saúde e da assistência à população como um todo (BARATA, 2006).

Em especial, o tema da saúde das mulheres vem sendo analisado sob diversas perspectivas que procuram investigar como chegamos à normatização do modelo altamente medicalizado (BRASIL, 2009; DINIZ, 2009; VICTORA e col., 2011).

² Inicialmente formado por estudantes de medicina coletiva, o movimento agregou em seguida outras iniciativas e representantes da sociedade (sindicatos, partidos de oposição ao governo militar e militância religiosa e estudantil, entre outros), tornando-se o principal marco das mudanças na saúde brasileira, contempladas na Constituição Federal promulgada em 1988.

Centrado na doença e no cuidado hospitalar, esse modelo incorpora diferenças que habitam aspectos étnicos, sociais, culturais e de gênero.

O Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012, produzido pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)³, afirma que, embora muitos avanços tenham ocorrido no que diz respeito ao campo do planejamento familiar, ainda existem muitos desafios a serem superados, sendo as mulheres as mais prejudicadas no que diz respeito ao acesso e decisões em torno de sua saúde sexual e reprodutiva.

Em muitas situações, as normas de gênero toleram crenças, comportamentos e expectativas específicas de mulheres e homens adultos, o que contribui para riscos à sua saúde e vulnerabilidade que os afetam por toda a vida. As mulheres, meninas e jovens são quase sempre condicionadas a assumir uma postura passiva frente aos homens, ao passo que recebem pouca informação sobre a própria saúde sexual e reprodutiva (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012, p. 42).

Especificamente para as mulheres, há um agravamento substancial na dimensão que envolve a saúde, se levarmos em consideração os graves problemas decorrentes da desigualdade de gênero, que envolvem, por exemplo, a situação social, origem étnica, cor da pele e educação, entre outros. Com certeza, o parto e o modo como se cuida das mulheres não poderiam ficar de fora dessa inferência.

MARTIN (2006) chama atenção para o espelho em que se reflete a etnia, a classe e o sexo sobre a experiência do parto. Revisando a literatura sobre o tema e sua própria pesquisa etnográfica, a autora entende o espaço da assistência também como um lugar de disputas sociais em que os preconceitos de raça⁴ e gênero estão

³ Agência de desenvolvimento internacional da ONU que trata de questões populacionais. Responsável por ampliar as possibilidades de mulheres e jovens a uma vida sexual e reprodutiva saudável, o UNFPA trabalha para acelerar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar voluntário e a maternidade segura, além de buscar a efetivação dos direitos e oportunidades para as pessoas jovens.

⁴ Entre eles, o conceito das tipologias da bacia feminina, nascido em 1933 e amplamente descrito e propagado nos livro-textos de obstetrícia (lê-se, até os dias atuais); foi inspirado pelas teorias evolucionistas sociais e raciais da época, delimitando o melhor padrão de bacia para o parto vaginal, alertando para aquelas características das *raças inferiores* (HOTIMSKY, 2008).

presentes como uma pirâmide: no topo dela estão as mulheres mais ricas e escolarizadas, cujos partos apresentam as maiores taxas de cesárea; e as negras, na base da pirâmide, que sofrem mais intervenções no momento de dar à luz.

Seja a raça ou a classe social o mecanismo dominante que leva ao tratamento diferenciado das mulheres em trabalho de parto, o fato é que ambos afetam profundamente a experiência do parto em nossa sociedade. As maneiras como as mulheres resistem àquilo que as desagrada a respeito do tratamento médico do parto são claramente influenciadas por sua classe e sua raça. As jovens negras, bem concretamente, têm mais a que resistir: não apenas têm mais chance de sofrer intervenções e operações, mas também de sentir o peso aviltante do racismo na maneira como são tratadas (MARTIN, 2006, p. 243).

Diversos estudos apontam para a existência de maus-tratos, tratamento grosseiro e uso de intervenção dolorosa como forma de punição no momento do parto, no Brasil e em outros países (D'OLIVEIRA e col., 2002; AGUIAR, 2010). O estudo de LEAL e colaboradores (2005) mostrou que quanto menor a escolaridade da mulher, e mais escura a cor da sua pele, menor atenção e analgesia são dedicadas a ela no momento do parto.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010)⁵ uma em cada quatro brasileiras sofre algum tipo de violência durante o parto, dentre as quais violência verbal (como xingamentos, frases de efeito sexual) e violência física (procedimentos dolorosos e desnecessários, sem consentimento). O mesmo foi visto em pesquisa recente, realizada pela internet, que alcançou quase 2 mil mulheres⁶.

Esses e outros indicativos nos levaram a questionar porque a taxa de mortalidade materna continua estável no Brasil (DINIZ, 2009), apesar da melhora no acesso aos serviços de saúde, e porque as mulheres que morrem mais são as que possuem menor renda e escolaridade, cor da pele preta. No Brasil, segundo MARTINS (2006), revisando a literatura: “independente da base de dados, do

⁵ Uma em cada quatro relata ter sofrido algum tipo de violência no parto (física e/ou verbal). Dentre essas: 10% relataram exame de toque doloroso, 9% não tiveram explicação sobre o procedimento e 7% ouviram xingamento e humilhação.

⁶ O teste da violência obstétrica foi realizado através de ferramentas das redes sociais, com a colaboração de mais de 70 *blogs*. Disponível on-line, a pesquisa foi conduzida pelas pesquisadoras Ligia Moreiras Sena e Ana Carolina Franzone. Disponível em: <http://www.partonobrasil.com.br/search/label/Teste%20da%20Viol%C3%Aancia%20Obst%C3%A9trica>.

percentual de nascidos vivos com cor ignorada e do período do estudo, as pretas sempre apresentam a maior razão de mortalidade materna” (p. 2477).

Em meio à diversidade cultural entre os países, os modelos de assistência ao parto também são marcados por peculiaridades, a depender de como está organizado o sistema de saúde local, de como se dá o acesso à tecnologia, dos tipos de profissionais disponíveis e da própria cultura de gênero, que normatiza o papel da mulher e dos profissionais no contexto do parto e da maternidade.

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomende a atenção aos partos de baixo risco com o mínimo de intervenções possíveis, para melhores resultados de saúde das mulheres e dos bebês (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), as taxas de cesárea têm crescido em diversos países (PATAH e MALIK, 2011). Essas taxas têm refletido as análises dos pesquisadores como um tema permeado por questões de demografia, cultura e economia (ALVES e SHEIKH, 2005). No Estado de São Paulo, por exemplo, há seis cidades que possuem 100% de cesáreas⁷. As peculiaridades sobre disposição de locais de parto e das equipes de plantão para o acompanhamento do parto normal, entre outros fatores, podem indicar a dinâmica dessas questões supracitadas.

Inúmeras práticas obsoletas e desaconselhadas pelas recomendações da OMS e do próprio Ministério da Saúde (MS) continuam a persistir, na maioria dos hospitais públicos e privados, na assistência ao parto no país. No modelo de atenção ao parto normal, excessivamente medicalizado, as mulheres, de maneira rotineira, têm seus partos acelerados com ocitócitos, episiotomia, fórceps e manobras arriscadas, como aquela denominada Kristeller (DINIZ, 2009; MAIA, 2008; D’ORSI e col., 2005). Além disso, o direito à presença de um acompanhante tem sido desrespeitado – apenas 16,1% das brasileiras tiveram um acompanhante no parto (BRASIL, 2009).

Para entender esse fenômeno no Brasil, considerado recordista de cesáreas, é necessário olhá-lo enquanto suas características sociodemográficas, políticas e culturais. Quinto país mais populoso do mundo, o Brasil é dividido por regiões que

⁷ As cidades paulistas cujas taxas de cesárea são 100%: Marapoama, Santa Rita d'Oeste, Santana da Ponte Pensa, Sebastianópolis do Sul, São João do Pau d'Alho e Borá. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/>>.

apontam clara diferença no acesso à tecnologia, educação e saúde. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL, 2009), no que diz respeito ao indicador de necessidades básicas insatisfeitas (INBI), relacionadas às condições básicas sanitárias:

(...) calcula-se que 39% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva vivem em condições de NBI. Contudo, essas mulheres estão desigualmente distribuídas no território nacional. Na região Norte, cerca de 80% delas viviam em condições de NBI, enquanto na região Sudeste essa proporção era de 24%. Destaca-se que, na região Sul, 49% das mulheres foram classificadas na situação de “alguma necessidade básica insatisfeita”, valor superior somente ao encontrado na região Norte, seguido das regiões Nordeste e Centro-Oeste, com 48% e 44%, respectivamente (p.67).

Além disso, a cor da pele também esteve relacionada às desigualdades supracitadas. Dentre as mulheres que viviam em domicílios com INBI, 44% delas eram autodeclaradas negras. Quanto à escolaridade, também há divergências, a depender das macrorregiões brasileiras. Aquelas mulheres que completaram até a quarta série do ensino fundamental residiam nas regiões Norte (25%) e Nordeste (28%), enquanto as que estudaram 12 anos ou mais de estudo estão concentradas nas regiões Sul e Sudeste (16%).

Apesar de os dados mais recentes da PNDS, de 2006 (BRASIL, 2009), apontarem para a melhora nos indicadores de acesso aos serviços de saúde, cobertura do pré-natal (pelo menos uma consulta ocorreu em 80,9% das gestações) e exames laboratoriais, não houve grandes impactos positivos para os resultados de morbimortalidade materna, permanecendo uma razão de 74,68 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV), em 2005. Segundo dados do DATASUS⁸, a razão para 2010 foi de 68,2 para 100.000 nascidos vivos, indicando clara existência de um paradoxo:

No Brasil, na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada (DINIZ, 2009, p. 316).

A garantia somente de acesso aos serviços já provou não ser a principal chave de sucesso para redução da mortalidade e satisfação das mulheres com a experiência

⁸ Dados disponíveis no site do DATASUS: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/C03b.htm>>. Acesso em maio de 2013.

do parto. Diversos estudos têm apontado para uma insatisfação delas em consequência do excesso de intervenções dolorosas, que desrespeitam sua integridade física e emocional (HODNETT, 2002; DINIZ, 2009; LINO, 2010; SALGADO, 2012).

Segundo DINIZ e CHACHAM (2006), no caso brasileiro a cesárea e as episiotomias desnecessárias são também problemas que perpassam as condições étnicas e de classe social. Mulheres brancas de classe média, atendidas por serviços do setor privado, tendem a receber “o corte por cima” (cesárea), enquanto as mulheres negras e pobres que recorrem ao SUS tendem a receber “o corte por baixo” (episiotomia).

Em paralelo, acompanhamos, no Brasil, o crescimento contínuo das taxas de cesáreas nos últimos anos. Em 2007, dos cerca de 3 milhões de nascimentos ocorridos no país, quase metade (47%) ocorreu por operações cesarianas (VICTORA e col., 2011). No Estado de São Paulo, em 2011, 60% dos nascimentos foram cesarianos (FUNDAÇÃO SEADE, 2013). Esse aumento excessivo está associado a maiores riscos de morbimortalidade para mulheres e bebês (ALTHABE e BELIZÁN, 2006).

As assimetrias entre o setor público e privado revelam modelos de assistência diferentes, no que diz respeito às taxas de cesárea. Segundo VICTORA e colaboradores (2011), em 2007, as cirurgias cesarianas representaram 35% dos nascimentos pelo Sistema Único de Saúde e 80% dos partos pelo setor privado – uma taxa bem acima do limite máximo de 15% estabelecido pela OMS. Se o SUS é mal regulado, a saúde suplementar parece ser ainda pior (DINIZ, 2009).

Na tentativa de compreender esse fenômeno no Brasil, inúmeros estudos buscaram depreender suas possíveis razões. Um dos pioneiros parece ter sido o de FAÚNDES e CECATTI (1991). Segundo os autores, analisando os fatores sobre a suposta preferência pela cirurgia cesariana, as razões mais proeminentes estariam relacionadas aos fatores socioculturais, que influenciariam os obstetras a optar pela cesárea em detrimento do parto normal devido às questões em torno das conveniências de como os sistemas estão formulados: o tempo mais curto para realizar a cesariana e o medo de hipóxia ou trauma fetal em consequência da falta de prática com o acompanhamento do parto normal.

De fato, os estudos posteriores elucidaram outras questões sobre o modo como está organizado o sistema da saúde suplementar e a própria clientela médica dos convênios de saúde, que promovem cesáreas eletivas em resposta ao conforto proporcionado por esse tipo de assistência ao parto – marcam-se cesáreas de acordo com a disponibilidade de horário e a rotina do profissional (DINIZ, 2009; FAÚNDES e CECATTI, 1991; DIAS e col., 2008; MAIA, 2008; PATAH e MALIK, 2011).

Sobre os fatores associados à escolha da cesariana por parte das mulheres, as primeiras argumentações sugeriram a crença de que o parto normal é mais doloroso; de que a cesárea apresenta-se como opção para preservação dos genitais e de que o parto normal é mais arriscado, comparado à cesariana (FAÚNDES e CECATTI, 1991). Os estudos subsequentes refutaram algumas dessas suposições, uma vez que a preferência das mulheres é pelo parto vaginal (PERPÉTUO e col., [s.d.]; DIAS e col., 2008; MANDARINO e col., 2009).

Os estudos de DIAS e colaboradores (2008), CARDOSO e BARBOSA (2012), PERPÉTUO e colaboradores ([s/d]); GAMA e colaboradores (2009) apontam os fatores de conveniência médica inseridos nos sistema dos convênios de saúde os que mais influenciam a opinião das mulheres durante o pré-natal, tentando convencê-las (ou pressioná-las) de que a cesárea é mais segura do que o parto normal. Tal abordagem também pode explicar porque a maioria das mulheres começa o pré-natal com o desejo pelo parto normal e termina com uma cesariana.

Entretanto, diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que qualquer estratégia adotada terá alcance muito limitado se não for modificada a forma de atuação do profissional médico na assistência ao parto nos serviços da rede de saúde suplementar. O peso da opinião médica e sua capacidade de convencimento da mulher a favor da realização do parto cesáreo, em um momento de grande fragilidade como o final da gravidez, podem tornar inócuas todas as outras iniciativas em prol do parto normal (DIAS e col., 2008, p. 1532).

Embora exista um consenso cultural de que a cesárea a pedido seja umas das razões que expliquem as altas taxas desse procedimento no setor suplementar no Brasil, sugerido também por FAÚNDES e CECATTI (1991), uma série de outras pesquisas questionam essa premissa (HOTIMSKY e col., 2002; PERPÉTUO e col.,

[s/d]; HOPKINS, 2000; MELLO-e-SOUZA, 1994).

O estudo de MELLO-e-SOUZA (1994), uma abordagem qualitativa com profissionais e mulheres no pós-parto, por um período de dois anos, relata a complexidade desse evento da negociação sobre a via de parto, inserida na dinâmica dos “sistemas de valores” da nossa sociedade, perpassando categorias como a “classe social”, e que podem influenciar diretamente profissionais médicos na indicação da cesárea.

Nessa condição, uma mulher branca, da classe média alta e com maior nível de escolaridade teria condições para validar uma estética do *status* social, através de uma cesárea. Nesse sentido, o parto como ato cirúrgico teria a mesma conotação de um *status* social, que poderia preservar uma suposta estética do corpo e incentivada por alguns profissionais médicos. Essa questão pode ilustrar a razão pela qual as regiões mais urbanizadas, como São Paulo, têm as maiores taxas de cesariana (RATTNER, 1996). Essa perspectiva de interpretação que inter-relaciona o tipo de parto e *status* social também pôde ser encontrada no relato de algumas de nossas entrevistadas:

“No sentido de que, assim, esse médico de família que conta as histórias pra gente, e tal, falou que o caso mais famoso da Europa é o da Lady Di. Que do segundo filho, ela ficou 14 horas. Catorze horas!!! Que foi um sofrimento terrível. No mundo médico, né? Que é um caso que eles comentam. E não fizeram uma cesárea nela. Ela era princesa. Ela era a Lady Di. E eles não fizeram, né? Eles não fizeram uma cesárea nela. Ela sofreu até o último segundo, que foi sofridíssimo, né?”(Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

Figura 1 – Marcha das doulas, São Paulo, SP, 2013.

Foto extraída das redes sociais (Facebook).

Por outro lado, umas das explicações para as altas taxas de cesárea em mulheres brancas, mais ricas, de maior poder aquisitivo e usuárias do setor suplementar de saúde seria a procura pela cirurgia como forma de repulsa à assistência altamente medicalizada do parto vaginal – ou seja, a cesárea como protetora da violência advinda da assistência ao parto normal típico no Brasil (MAIA, 2008; DINIZ, 2009), como podemos verificar em reportagem publicada recentemente no jornal *Em Tempo*⁹. Tal prerrogativa também tem sido defendida pelas ativistas da humanização do parto e nascimento (DINIZ, 2009)¹⁰.

O estudo de HOTIMSKY e colaboradores (2002) parece ilustrar esse fato. Ao analisar as expectativas e satisfação de gestantes sobre o tipo de parto, através da técnica de grupos focais, o estudo percebeu que as maiores ansiedades das mulheres estavam relacionadas ao medo de serem submetidas à violência física e verbal; e não à dor do parto, o que tem sido confirmado por outros estudos (AGUIAR, 2010).

HOPKINS (2000), em sua pesquisa sobre preferência da via de parto por brasileiras de diferentes classes sociais das regiões Nordeste e Sul do país, revela dados que desconstroem o mito de que a preferência é majoritariamente a cesariana. O trabalho incluiu entrevistas com 321 mulheres dos setores público e privado; quase três quartos das que tiveram cesariana em hospital privado e oito em cada dez que realizaram cesárea em hospital público queriam ter tido um parto normal. O resultado reforça a ideia de que a maioria inicia o pré-natal almejando um parto normal, mas acaba realizando a cesariana no processo de negociação com o profissional.

Entre todos os estudos aqui citados há concordância quanto às razões da preferência da mulher pelo parto normal: recuperação mais rápida e o fato de ele estar associado a um acontecimento mais natural.

Por parte dos médicos, a preferência pela cesariana está associada a razões de conveniência, uma vez que nos trabalhos analisados as indicações de cesáreas não seguiram as recomendações baseadas em evidência científica (como a desproporção

⁹ A matéria revela porque algumas mulheres optam pela cesárea. O medo da episiotomia configura-se como um deles. Disponível em: <<http://www.emtempo.com.br/editorias/variedades/3754-embora-o-parto-normal-seja-recomendado-para-todas-as-m%C3%AAs,-muitas-evitam.html>>.

¹⁰ Ocorrida em São Paulo, na última manifestação em prol do direito às doulas, umas das fotos que mais circulou nas redes sociais trazia o *slogan* “Chega de parto violento para vender cesárea”.

cefalopélvica, avaliada antes do trabalho de parto, e as circulares de cordão), sendo realizadas mesmo contra a preferência inicial das mulheres.

Realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, [s/d]), uma pesquisa recente sobre a assistência obstétrica na saúde suplementar avaliou a opinião de 3.131 médicos cadastrados nessa instituição. O estudo buscou depreender o que pensam os médicos a respeito do parto normal no contexto brasileiro. Na opinião dos entrevistados, 83,5% dos quais atuantes em consultórios, o principal fator de risco que contribui para as cesáreas é a “ausência de sala de pré-parto”, incluindo a falta de leitos, equipamentos, anestesistas e plantonistas. A melhoria da remuneração seria, na opinião deles, o fator mais eficaz para o incentivo ao parto normal. Relacionando os possíveis fatores dependentes das mulheres para a escolha da cesariana, os profissionais relatam o medo da “dor” como a principal causa das cesáreas, invisibilizando outras razões além dessa, levantadas pelos estudos acima citados.

DIAS e colaboradores (2008) chamam atenção para as duas indicações mais frequentemente utilizadas para realização da cesariana nas mulheres que participaram do seu estudo: hipertensão e tamanho do bebê (embora 30% das hipertensas do estudo prescindissem de medicamentos e poderiam passar pela prova do trabalho de parto). No caso daquelas submetidas à cirurgia por causa de um bebê “grande”, o peso médio ao nascer foi de 3.500 kg, não se configurando macrosomia fetal, conforme a literatura científica atual (HOFMEYER e col., 2008).

Diante de tal cenário, surge uma pergunta que diz respeito ao acesso à informação durante o pré-natal. Além disso, em que medida essa informação tem influenciado as preferências e as negociações para o tipo de parto. Se de fato a escolha informada perpassa os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, promovendo a reflexão sobre os riscos e benefícios envolvidos nas opções da via de parto, como os conflitos de interesse mencionados até agora mediam as informações disponíveis?

Apoiando-se em uma recente revisão sobre a percepção das mulheres em relação ao parto normal e à cesárea, VELHO e colaboradores (2012) sugerem alguns estudos que tratam sobre o tema da informação durante o pré-natal e a satisfação com

o parto normal. A informação a respeito do parto, quando disponibilizada às mulheres, esteve associada a uma visão negativa sobre a experiência.

No estudo de GAMA e colaboradores (2009), realizado por meio de entrevista semiestruturada em profundidade, com mulheres usuárias dos setores público e privado de saúde, a maioria relatou não ter se sentido preparada para o parto. Nas consultas de pré-natal não houve disponibilização de informações sobre os tipos de parto, conhecimento sobre a fisiologia, procedimentos da assistência, indicações e riscos da cesárea. Além disso, as gestantes com intercorrências no pré-natal foram informadas pelo profissional sobre a possibilidade de cesariana, mas aquelas que tinham preferência pelo parto normal não recebiam informações sobre esse tipo de parto. O mesmo foi sugerido no estudo de MIRANDA e colaboradores (2008).

Uma pesquisa transversal, com 246 mulheres, usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, também elucida a questão do descaso com a informação disponibilizada às mulheres. Quando perguntadas sobre o quanto se sentiam informadas sobre o que acontecia com elas e o bebê durante o parto, 23% declararam-se completamente informadas e 43% consideraram-se não informadas. Menos da metade (44%) referiu ter recebido informação pelo profissional que a acompanhou no pré-natal.

Quando questionadas sobre as informações fornecidas pelos profissionais da instituição durante o trabalho de parto, apenas 60% sentiram-se informadas sobre a evolução do processo. No que tange às informações a respeito dos procedimentos (por exemplo, exames de toques), apenas 34% sentiram-se informadas. Quando a questão dizia respeito à informação sobre os medicamentos durante o parto, o percentual foi ainda menor: apenas 30% sentiram-se informadas (DOMINGUES e col., 2004).

Investigando a “cultura da cesárea” por parte das mulheres (entrevistas com 909 puérperas de uma maternidade pública e outra conveniada), BARBOSA e col. (2003) também descreveram a não preferência da cesárea: 82,9% informaram não ter pedido a cirurgia (tanto aquelas que tiveram normal, 81%, como aquelas submetidas à cesariana, 85%). A falta de informação sobre o parto normal durante o pré-natal é sugerida pela autora, quando ela revela que entre as mulheres que não

queriam a cesariana, mas a tiveram, 93,9% solicitaram a cirurgia no momento do trabalho de parto. O estudo observou ainda que quanto maior o intervalo entre admissão e o parto, mais frequentemente ocorria o pedido de cesárea. Ou seja, as mulheres são internadas muito cedo, fora de trabalho de parto, sugerindo a ocorrência de possíveis conflitos de interesse por parte do médico que solicita a internação precoce.

TEDESCO e colaboradores (2004), em pesquisa realizada em hospital escola de Jundiaí (SP), com 40 gestantes, também sugerem a possível falha na comunicação sobre o parto durante o pré-natal. Apesar de a maioria relatar preferência pelo parto normal, aquelas mulheres que contrariaram essa tendência apresentaram justificativas que poderiam ser esclarecidas no pré-natal, como o medo da dor e a concepção de que o parto normal traria mais riscos para o bebê. Esse achado evidencia a falta de incentivo do profissional em esclarecer sobre riscos e benefícios das vias de parto.

Com base no exposto, este trabalho procura entender de que modo a escolha informada perpassa a negociação entre mulheres e profissionais no SUS e na saúde suplementar, durante o pré-natal, e quais os tipos de desfechos dessas negociações, avaliando se e em que medida os direitos sexuais e reprodutivos sobre o acesso à informação e escolhas para o parto são respeitados.

Para tanto, seguiremos expondo nossa abordagem teórica a partir de duas vertentes principais: a dos constructos de gênero, que estão associados à questão dos modelos de assistência obstétrica, o entendimento acerca do corpo feminino e o evento da parturição; e a que procura compreender de que maneira a luta feminista pelos direitos sexuais e reprodutivos tem alimentado as políticas públicas para a saúde da mulher, especialmente na atenção ao parto, incentivando a garantia e o exercício de seus direitos à informação e escolhas na experiência do parto.

2 APORTES TEÓRICOS

2.1 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE PARA PROBLEMATIZAR AS QUESTÕES DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O feminismo ama outra ciência: a ciência e a política da interpretação, da tradução, do gaguejar e do parcialmente compreendido. O feminismo tem a ver com as ciências dos sujeitos múltiplos com (pelo menos) visão dupla. O feminismo tem a ver com uma visão crítica, consequente com um posicionamento crítico num espaço social não homogêneo e marcado pelo gênero. A tradução é sempre interpretativa, crítica e parcial (HARAWAY, 1995, p. 31).

Atualmente, a categoria gênero tem sido utilizada para problematizar as noções essencialistas biológicas, explicando as desigualdades entre homens e mulheres como socialmente construídas (MEYER, 2004). Elucidando brevemente sobre as diferentes categorias analíticas de gênero, dialogamos a seguir com apontamentos de diferentes autoras.

Segundo De BARBIERI (1993), até os anos 1960 não havia corpos teóricos conceituais que explicassem a desigualdade histórica entre homens e mulheres. À luz das primeiras suposições feministas que surgiram, a relação desigual entre homens e mulheres era fruto de uma rede complexa de poderes múltiplos em diferentes espaços sociais hierárquicos, podendo vestir-se desde autoridades burocráticas a corriqueiras relações afetivas do cotidiano.

De acordo com a autora, para compreender os valores culturais que permitiam as desigualdades sociais e políticas entre homens e mulheres foi imprescindível relativizar o conceito do determinismo biológico, sendo uma das primeiras propostas como categoria de análise a do patriarcado¹¹. No entanto, essa categoria ainda era vazia de reflexões, valores explicativos e acabou sendo utilizada para vagamente representar a situação de dominação masculina.

¹¹ De origem antiga, o termo patriarcado é utilizado para definir sociedades nas quais o homem detém o poder. Também entendido como dominação masculina, foi repensado pelas feministas da chamada segunda onda. Em sua origem semântica, a palavra teria derivado de *pater* (pai) e *arke* (origem e comando), tendo sua explicação histórica na gênese das primeiras formações sociais. HIRATA, H. et al. (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

Segundo SCOTT (1995), as teorias do patriarcado questionaram as desigualdades entre homens e mulheres baseadas na diferença física, expressa no corpo. Essa perspectiva de análise implica considerar que há um sentido inerente ao corpo, desprovido de qualquer construção social e histórica que possa influenciar essa interpretação. Dessa forma, para certos(as) historiadores(as) essas definições colocariam algumas limitações.

Paralelamente, surgiram duas vertentes de estudos no feminismo acadêmico: uma que focava as mulheres (conhecimento das condições de vida, trabalho, percurso histórico, produtos de cultura) e outra que procurava entender os complexos dispositivos que uma sociedade articula, fabrica e legitima para manter a subordinação existente entre os gêneros (De BARBIERI, 1993). Por meio desta última perspectiva surge e se expande o conceito de um sistema sexo/gênero, em que há um “conjunto de dispositivos pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade na qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas” (RUBIN, 1986, p. 97). Esse conceito extrapola o preliminar patriarcado, permitindo possibilidades para compreender as múltiplas e distintas formas de relações entre homens e mulheres, que incluem valores, símbolos e linguagens presentes nas formações culturais.

Sobre os estudos das condições de vida das mulheres, De BARBIERI (1993) identifica três ramos de perspectivas teóricas diferentes: uma que analisa as relações sociais do sexo a partir da divisão social de trabalho, de ancoragem marxista; outra que entende gênero como um sistema de hierarquização de *status* e prestígios sociais, fazendo da socialização o principal mediador para a aprendizagem de papéis; e, por último, gênero como um sistema de poderes estabelecido através de conflitos sociais construídos a partir de percepções simbólicas na dinâmica das relações sociais.

SCOTT (1995) sinaliza a existência de três abordagens teóricas de gênero: a primeira, cujo foco principal é as origens do patriarcado; a segunda, ancorada em uma abordagem influenciada pelo materialismo histórico (de tradição marxista e que procura explicar as diferenças físicas e naturais entre homens e mulheres a partir da relação delas no contexto do capitalismo e seus meios de produção, como um mecanismo de via dupla que alimenta e retroalimenta a dominação masculina); e a terceira, localizada nas escolas da psicanálise.

Sobre esta última SCOTT (1995) aponta diferentes matrizes do pensamento advindo da psicanálise, provenientes de duas escolas distintas: a anglo-americana, que trabalha com as relações objetais; e a escola francesa, que se baseia nas leituras estruturalistas e pós-estruturalistas de Freud e Lacan. Para as duas escolas, a formação da identidade é posta como tema central. A sexualidade é compreendida a partir dos símbolos, valores, normas, representações e práticas que se constituem em processos dinâmicos históricos, permitindo que se compreenda quando, de que maneira e por meio de quais elementos as mulheres estão em cerceamento e subordinação. Dentro dos limites de cada uma dessas escolas de pensamento, a autora critica a ideia da construção do gênero advindo puramente das relações familiares, que estariam restritas ao contexto doméstico.

Para SCOTT, o gênero poderia ser entendido em duas partes. Uma o define como “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos”; a outra, como “uma forma primeira de significar as relações de poder” (1995, p. 11). Dessa maneira, haveria símbolos culturalmente disponíveis, provocando desdobramentos com relação às suas representações e os “conceitos normativos” que produzem a interpretação do sentido desses símbolos. Tais conceitos estariam subscritos nas doutrinas religiosas, educativas, políticas, jurídicas e em todas as vertentes de uma cultura. Nessa concepção, a autora critica a posição de algumas estudiosas que delimitam os espaços domésticos e as relações familiares como único meio de prover esses conceitos mais complexos.

Para PEDRO (2005), atualmente novas contribuições têm sido incorporadas ao campo do gênero, discutindo sobre as diferenças entre o sexo e o gênero, criticando questões essencialistas biológicas, por uma perspectiva que entende o gênero como pré-discursivo ao sexo.

Trata-se, portanto, de entender que não há uma única direção na explicação sobre gênero, que não basta delimitá-lo somente como um campo de tensão binário, entre homens e mulheres. Mas permeado por diferentes categorias analíticas, atravessado por dimensões como as étnico-culturais e as do sistema de parentescos e geracional, entre outras. Essas dimensões permitem compreender outras formas de dominação/hierarquização de gênero, entre mulheres e homens, homens e homens, mulheres e mulheres.

É nesse contexto que se faz necessária uma revisão epistemológica de inúmeras e importantes esferas sociais tidas como neutras na dimensão do gênero, tais como educação, ciência, religião e o saber científico. Ela é importante para a desconstrução de preceitos institucionalizados que servem de dispositivo para a normatização de práticas e relações desiguais e para a compreensão mais complexas dos conflitos dessas relações.

Essa ideia de “desconstrução” só seria possível a partir de uma interpretação emotiva de valores que permeiam uma releitura do contexto cultural vigente. Por isso, as emoções proscritas para o entendimento do mundo foram propostas por algumas feministas de modo a subverter o que foi posto como previamente “permitido”, indignando-se a partir de um conhecimento engendrado pelos elementos das emoções (JAGGAR, 1997).

Nesse sentido, não haveria conhecimento passível de intitular-se neutro frente a qualquer objeto, sendo necessário desconstruir e subverter a prescritiva neutralidade para transformar o entendimento diante das complexas realidades. Nas palavras de HARAWAY (1995) simplistas e cartesianas.

A desconstrução da verdade dessa ciência supostamente neutra, com a incorporação das dimensões subjetivas propostas pelo feminismo, necessita partir de uma demonstração histórica radical que, na concepção da autora, promoveria “choques epistemológicos“. Essa desconstrução está pautada na noção de que o conhecimento só pode ser considerado objetivo se for claramente demonstrado o posicionamento do autor(a). Dito de outro modo, a “objetividade feminista significa, simplesmente, saberes localizados” (HARAWAY, 1995, p.18).

Ao assumir um posicionamento objetivo diante de um objeto não se pode estar conectado a todas as possibilidades estruturadas por múltiplas categorias, como gênero, classe e cultura, entre outras. Portanto, uma teoria totalizante a respeito de qualquer objeto posto em análise acarretaria em uma interpretação fetichizada; e é assim que a ciência vem, há muitos anos, construindo um pensamento hegemônico, dissipando visões de um lugar dominante de interesse para entender o mundo, segundo a autora.

A corporificação do saber feminista, por estabelecer seu posicionamento crítico e localizado, poderia tratar de uma objetividade para além da ideia da visão

fixa e enviesante, compreendendo a diferença a partir de uma responsabilidade ética e política para desconstrução de supostas verdades e neutralidades que impedem outras análises interpretativas. É nesse sentido que o sistema gênero coloca-se como um processo em permanente tensão entre marcos teóricos e tempos históricos que se conversam e se reconstróem constantemente.

Neste trabalho, a escolha da categoria gênero como referencial analítico pode propiciar uma perspectiva de análise por meio da qual seja possível compreender os cenários das escolhas na vivência do parto pelas mulheres, como fenômenos marcados pelos constructos sociais que perpassam questões complexas dos conflitos de gênero na ciência, classe social e tempo histórico.

Com base em tais proposições, a incorporação dessa categoria em epidemiologia nos permite compreender as diferenças sociais baseadas no gênero que influenciam a saúde. Segundo essa perspectiva, os estudos sobre as questões de sexualidade e reprodução desarticuladas das perspectivas teóricas sobre o conceito de gênero trariam uma abordagem distorcida da realidade (AQUINO, 2006). Segundo a autora, as diferenças entre homens e mulheres foram naturalizadas, durante muito tempo, em consequência de um modelo universalizante que pôs a mulher e sua anatomia em um lugar secundário ao do homem.

A respeito das inúmeras definições e diferenciações sobre o sexo, as teorias médicas sobre o corpo feminino e as noções de gênero durante a história, cabe ressaltar alguns momentos importantes que se tornaram divisores de água na ciência desse campo, implicando diversas interpretações, a depender do contexto cultural histórico. Cabe dizer que não é objetivo deste trabalho esmiuçar de forma detalhada todos esses períodos, mas introduzi-los como pontos de partida para o entendimento de como essas diferenciações propiciaram concepções de gênero no contexto social, intelectual e das ciências médicas, reproduzindo um lugar específico do conhecimento médico-científico da obstetrícia, após a diferenciação entre os sexos, no século XVIII.

Segundo LAQUEUR (2001), no modelo antigo dos gregos a definição entre os sexos estabelecia que a biologia feminina estava em diferença daquela dos homens, devido a um grau de imperfeição da natureza. Homens e mulheres possuíam testículos que se mostravam interna ou externamente, a depender do grau de calor

que cada corpo recebera, justificando, assim, a existência de um único sexo. A existência de dois sexos só foi concebida após o iluminismo, quando a revolução científica mudou seu paradigma para entender o físico da natureza.

No novo contexto, a percepção sobre a diferença entre os sexos foi modificada e tanto homens quanto mulheres foram classificados física e anatomicamente de acordo com as diferenças expressas em seus corpos. Essa interpretação não abarcou somente o plano da cientificidade médica, mas também modificou e estabeleceu outros padrões na dinâmica das relações sociais entre homens e mulheres. Baseando-se em uma extensa e reconhecida revisão da literatura, ROHDEN (2003) recupera os trabalhos de Laqueur e outros autores para explicar como o período das diferenciações do sexo, na época do iluminismo, estiveram em permanente diálogo com o contexto político, imbricado nas relações entre homens e mulheres que sustentavam as teorias médicas.

Os pensadores sociais passaram então a se espelhar na produção do conhecimento dos cientistas, tomando como referencial as diferenças entre os sexos para justificar as diferenças sociais – por exemplo, a “incapacidade” das mulheres em assumir papéis civis devido à suas características reprodutivas. Toda a produção científica sobre o esmiuçamento dos órgãos e suas funções fisiológicas seguiu o pressuposto da inferioridade feminina.

Nessa dicotomia pressuposta entre os gêneros havia características exclusivas de homens, como a força, o raciocínio e a razão; e nas mulheres a fragilidade, a emoção e a paixão. Além disso, naquela época, postulava-se as influências do meio social nesses elementos. Embora a natureza da diferença entre os sexos fosse considerada como destino, ela também era passível de influenciar a vida em sociedade (RODHEN, 2001; 2003).

A partir dessa última consideração, admitia-se que homens e mulheres deveriam seguir regras sociais, estabelecendo e mantendo a ordem política na sociedade. Essa instabilidade no que diz respeito às influências do meio, como educação, hábitos de vida e alimentação, promoveu uma necessidade de monitoramento da vida das pessoas, em especial das mulheres. Nesse contexto, justamente com o intuito de cercear qualquer influência que viesse a desestabilizar as características femininas provenientes de suas capacidades reprodutivas, se expandiu

a valorização da obstetrícia.

Ainda segundo ROHDEN (2001), a noção da “vulnerabilidade” moral e intelectual das mulheres estava inscrita nos seus corpos, implicando maiores controles sobre eles. Por isso, o surgimento da literatura e da ciência médica considerou as mulheres como seres estranhos e imprevisíveis, portadoras de eventos instáveis como a menstruação e a gravidez¹². Ou seja, a mulher estava fadada a viver restrita ao contexto doméstico e impedida de acessar o universo intelectual, mantendo-se socialmente em condição de inferioridade em relação aos homens.

Mas como essa concepção de gênero que classificava o corpo da mulher como imprevisível e repleto de fenômenos instáveis, responsáveis por suas características frágeis e perigosas, influenciou o pensamento e o desenvolvimento da obstetrícia? Para responder a essa questão recorreremos aos trabalhos de ROHDEN (2001; 2003) e DINIZ (1996), que resgataram a história do surgimento dessa especialização médica e do desenvolvimento de suas técnicas, concebendo o evento do parto como um assunto médico, repleto de intervenções, sobretudo a partir de uma de leitura do corpo da mulher como incompleto, que necessitava de tecnologias médicas para facilitar a parturição.

Até o século XVI o cuidado com as doenças das mulheres não chamava a atenção dos médicos. Toda a vida sexual e reprodutiva delas estava sob os cuidados das parteiras, embora nessa época já houvesse tentativas de coerção de suas práticas, uma vez que a igreja preocupava-se com seus conhecimentos sobre o aborto e o infanticídio (ROHDEN, 2001).

O aparecimento dos manuscritos médicos da obstetrícia médica teria ocorrido no século XVII, com o próprio advento do fórceps, criado por Peter Chamberlen (que ocorrera antes na verdade, durante o século XVI, mas somente foi divulgado no século XVIII). Nesse período, sofisticava-se o desenvolvimento de aparatos e técnicas para o controle do parto, como, por exemplo, a mensuração da pelvimetria por Baudelocque e os procedimentos de intervenção sobre o trabalho de parto por

¹² Segundo a análise ROHDEN (2001) sobre a tese de José Tavares de Mello, de 1841, há uma condenação radical da educação às mulheres: o acesso à cultura das ciências pelas mulheres poderia prejudicar suas funções reprodutivas naturais.

François Mauriceau.

Retomando diversos momentos dessas “descobertas” pela medicina, a autora assume que, de fato, a conquista desses profissionais esteve relacionada à utilização de instrumentos durante o parto, tendo em vista a proibição que ocorrera à sua utilização pelas parteiras. Consequentemente, no mesmo período, o ensino e a pesquisa na área da obstetrícia desenvolvem-se com a criação dos cursos para parteiros (médicos), especialmente na Europa.

No Brasil, especificamente, as primeiras escolas médicas foram criadas logo após a chegada de D. João VI ao Brasil, quando, segundo ROHDEN (2001), desenvolveu-se a noção da medicina voltada para sociedade. Já no início do século XIX surgiram as primeiras escolas médicas brasileiras.

O controle das parteiras¹³ também veio a ocorrer nessa época, quando foi exigido que elas obtivessem diploma para a prática da atividade, restringindo sua atuação às novas instituições de saúde que surgiam no país. Consequentemente, os médicos foram normatizando as práticas de saúde das mulheres, além de suas moralidades na vida social. Como explica ROHDEN (2001):

A autoridade de ginecologistas e obstetras sobre o comportamento das mulheres no final do século XIX ultrapassa em muito o domínio dos consultórios. E principalmente ultrapassa o domínio do físico, do orgânico ou mesmo do psíquico, para se instalar na vida moral. A crescente especialização médica sobre o corpo feminino aliada ao clima intervencionista mais geral que caracteriza a medicina do século passado são fatores implicados nesse processo (p. 62).

Com a finalidade de compreender por uma perspectiva de gênero de que maneira esse conhecimento científico estabeleceu uma leitura de intervenções sobre a assistência ao parto e embutiu concepções de valores morais nessa experiência para as mulheres, apontaremos reflexões acerca do trabalho de DINIZ (1996).

Para explicar a “patologização” do evento da parturição e as práticas de intervenção para supostas “correções ao corpo das mulheres”, a autora alia os desdobramentos da medicina sobre a diferenciação dos dois sexos (e a suposta fragilidade do corpo da mulher) ao conceito do pessimismo sexual e reprodutivo

¹³As parteiras menos cultas continuaram a assistir os partos das mulheres que não possuíam prestígio social (DINIZ, 1996).

proveniente de teorias teológicas cristãs. Nas palavras da autora:

Essa concepção das mulheres como patológicas e dependentes alimentou a construção de um modelo explicativo do parto capaz de articular, por um lado, a justificativa da *superioridade do conhecimento masculino sobre o feminino* acerca da parturição, deixando claro que ao masculino cabia saber melhor sobre as mulheres do que elas mesmas, incapazes por definição desse conhecimento, agora científico; e por outro, a legitimidade natural desta *superioridade de gênero que se instaurava e explicava na própria técnica* [grifos da autora] (1996, p. 119).

Nessa perspectiva, a diferenciação entre os sexos legitima a concepção moral sobre as frágeis habilidades femininas, inclusive aquelas relacionadas às funções reprodutivas. Posto isso, “o parto deixou de ser momento de provação e expiação da culpa, para ser uma comprovação da fragilidade e dependência naturais das mulheres” (DINIZ, 1996, p. 114).

Em resposta à fragilidade e dependência inerentes à parturição, a medicina tratou de expiar as competências fisiológicas acerca do parto, prevenindo suas supostas incapacidades e corrigindo suas deficiências, o que propiciou o desenvolvimento, a partir do século XVIII, de uma gama de técnicas capazes de interagir e regular esses corpos e suas funções.

Como consequência, o parto passou a ser confinado em hospitais. Ao mesmo tempo, as parteiras também eram excluídas do processo, pois seus conhecimentos historicamente associados à feminilidade já não eram tidos como essenciais. Isso porque o corpo feminino já havia passado ao campo de conhecimento científico médico, predominantemente masculino.

Para analisar como a misoginia advinda das teorias teológicas cristãs influenciou a percepção cultural sobre o corpo feminino e suas questões reprodutivas, a autora apoia-se nos trabalhos de Ranke-Heinemann¹⁴, justificando como as crenças dos dois primeiros séculos cristãos e o “pessimismo sexual-reprodutivo” advindo dos gnósticos e estoicos impulsionaram a visão do corpo feminino sujo, perigoso e inferior, persistindo e se engendrando nos desdobramentos dessa ciência *a posteriori*.

¹⁴ Teóloga alemã que confrontou teorias cristãs, como o “nascimento imaculado”, baseando-se na história política da igreja católica (DINIZ, 1996).

(...) o advento da misoginia cristã vem superpor a essa variabilidade a instituição teológica da inferioridade moral e da culpa essencial das mulheres, associada à noção de pecado original como marca da sexualidade e da reprodução. Essa marca, sobretudo no que diz respeito à autoridade das mulheres sobre as esferas sexual e reprodutiva, está presente até hoje, de maneira surpreendentemente atual (DINIZ, 1996, p. 79).

Validando essa perspectiva, a autora analisa os mais conhecidos e utilizados livros-texto da obstetrícia no Brasil do século XX, produzidos por autores considerados pais da obstetrícia moderna, tal como conhecemos e ainda utilizamos hoje. Com o intuito de ilustrar como o conceito do corpo “frágil e incapaz” das mulheres estava posto como premissa para o desenvolvimento de técnicas da obstetrícia moderna, DINIZ (1996) recupera as teorias e adventos que foram sendo atualizados e redescritos, a partir dos primeiros textos do século XVIII: as tipificações de bacias, as distócias e as técnicas de arrancamento e extração dos bebês intraparto.

Embora essas técnicas tenham sido criadas e utilizadas com o intuito de “corrigir” o corpo feminino no momento do parto, a obstetrícia médica também sofreu inflexões. Polarizando-se nos dogmas religiosos, que ditavam a expiação e a punição do pecado original das mulheres na vivência do parto, viabilizou procedimentos que amenizaram a dor no parto, na tentativa de também permitir que as mulheres se convencessem a serem atendidas pelos médicos nos hospitais (DINIZ, 1996).

A dôr, no que tem permitido a minha observação concluir, parece entrar na gênese dos colapsos observados durante o parto. É fato de observação frequente, mormente si se tem a considerar um terreno hysterico ou um estado de depreciação physiológica, apesar da insignificância da perda sanguínea durante o trabalho ou após o delivramento, manifestar-se um desequilíbrio no organismo da mulher com perda de pulso, syncopes repetidas, colapsos. (...) Por isso julgo que é perfeita a indicação de qualquer meio terapêutico com o intuito de anestesiá-lo (MAGALHÃES, 1916, apud DINIZ, 1996, p. 162).

Passado meio século, Jorge de Rezende publicou a segunda versão de seu livro-texto, *Obstetrícia*. Atualizadas, as técnicas centenárias de intervenções durante

o parto persistem e são validadas na obra sob a justificativa de “amenização” da dor ou, como descreve o autor, no fragmento exposto “humanizaram a assistência”:

O fórcepe *profilático*, sobanestesia, sua prática obrigatória, aliada à episiotomia, humanizaram a assistência do parto. Não importa a epigrafe que se lhe imponha (*fórcepe de desprendimento, eletivo, de alívio, complementar, de misericórdia, de complacência, ad usum clinicum*), saliente-se que o emprego do instrumento, em tais circunstâncias, ficará reservado aos bem adestrados no seu uso, que lhe dominem a técnica e conheçam as limitações e perigos da intervenção. [grifos do autor] (REZENDE, 1969, p. 1010).

A “mulher distócica” devia ser agora amparada e tratada, com vistas às suas perigosas entranhas, que podiam sofrer danos provenientes do parto. Sob essa abordagem, a cirurgia cesariana teria sido ao mesmo tempo uma tentativa de preservação dos genitais e uma negociação para um processo “preventivo do parto” (DINIZ, 1996). Segundo a autora, coloca-se evidente a contribuição dessa perspectiva analítica para compreender a construção social, cultural e histórica das práticas na assistência ao parto, que foi tramada pelas complexas “articulações entre gênero, sexualidade, reprodução e poder” (DINIZ, 1996, p. 185).

Cabe ressaltar que essas não são as únicas possibilidades de análise, mas elas podem favorecer a compreensão das dificuldades que encontramos, ainda hoje, nas negociações entre mulheres e profissionais na cena do parto. As técnicas rotineiras prevalecem, apesar de mais de um século de evidências científicas comprovarem seus riscos e danos às mulheres e aos bebês (HOFMEYER e col., 2008).

O “pessimismo fisiológico”¹⁵ inscrito nas próprias técnicas obstétricas, aliado à concepção de que o corpo feminino estava errado e devia passar por correções (DINIZ, 1996), validou procedimentos desnecessários, na maioria das vezes, na assistência ao parto, como o uso frequente da episiotomia e ocitócitos para a aceleração do nascimento do bebê, claramente desaconselhados pelas evidências científicas, mas que permanecem na assistência, provocando mais danos que benefícios (HOFMEYER e col., 2008).

É nesse sentido que o “saber localizado” das categorias analíticas de gênero

¹⁵ O termo “pessimismo fisiológico” derivou analogamente do conceito do pessimismo sexual, descrito neste capítulo. As mulheres estariam sujeitas a um corpo imprevisível, que só poderia ser dominado, durante o parto, por uma sequência de procedimentos preventivos de rotina (Diniz, 1996, p. 189).

aplicado ao campo do saber da obstetrícia pode reinterpretar o que foi posto como normatizado na assistência ao parto, desconstruindo o pessimismo da fisiologia feminina e permitindo novos caminhos para suas redescrições. Por essa perspectiva é possível compreender como as escolhas das mulheres na cena de seus partos correlaciona-se ao pessimismo que o conhecimento médico-científico utiliza para inferiorizá-las, no que tange às suas capacidades reprodutivas e ao seu poder de decisão.

2.1.1 A Contribuição dos Estudos Feministas para uma Reinterpretação dos Discursos sobre o Corpo Feminino e a Experiência do Parto

Pretendemos apontar aqui algumas contribuições de diferentes matrizes feministas que se apoiam em diferentes perspectivas de gênero para desconstruir e reinterpretar os modelos de assistência ao parto, enquanto elemento expressivo da cultura e das chamadas tensões de gênero, abordadas anteriormente.

Embora não seja simples apontar e delimitar a que correntes feministas essas autoras pertencem, buscamos compreender de que lugar tais reinterpretações foram construídas e de que maneira podemos legitimá-las enquanto discursos que colaboram para um entendimento mais complexo a respeito dos modelos de assistência na gestação e no parto, e seus desdobramentos para as mulheres, mais especificamente.

A partir de uma análise sobre as agendas feministas do último século, CARNEIRO (2011) reflete sobre as razões das diversas correntes feministas para o atraso da discussão dentro do próprio movimento a respeito do tema da parturição. Aparentemente, uma explicação pode ser norteadora para responder a essa questão. Pelo fato da maternidade ter sido considerada pelas feministas igualitárias uma forma de posição e julgo das mulheres à vida privada, doméstica e em desigualdade com os homens, as reflexões sobre o significado da parturição tanto para as mulheres quanto para sociedade foram deixadas em latência no contexto da agenda feminista.

Pontuando brevemente sobre essa trajetória, SCAVONE (2001) explica que, após a publicação do conhecido trabalho de Simone de Beauvoir *O segundo sexo* e a

contestação do determinismo biológico para as explicações da posição social das mulheres, a maternidade foi interpretada como um *handicap* (defeito natural) que trataria de impor às mulheres um lugar específico na sociedade, em sua condição de *bio-classe*¹⁶, o que levou à negação da maternidade pelas feministas igualitaristas.

Concomitante às críticas igualitaristas, outras questões foram surgindo dentro do próprio movimento, como, por exemplo, a legitimação da maternidade na vida das mulheres, quando ela faz parte de seus desejos e identidades. Desse modo, SCAVONE (2001) aponta para a existência de outra vertente, denominada essencialista, a partir da qual a maternidade passou a ser vista como um poder inerente às mulheres, valorizando sua experiência durante a gravidez e o parto. Ou seja, o entendimento de um “saber feminino” que exerceria poderes sociais através do exercício da maternidade.

O terceiro momento traz a proposta de desconstrução do pressuposto de que a essência biológica reproduziria necessariamente um lugar específico das mulheres na sociedade, uma vez que as relações de poder inscritas ao redor dela é que são as responsáveis por construir um valor à maternidade.

Segundo SCAVONE (2001), essas diversas perspectivas de gênero possibilitaram “inúmeras possibilidades de interpretação de um mesmo símbolo” (p. 142), traçando uma dinâmica constante de construção social a depender do contexto em que se inserem.

Com o intuito de localizar os discursos feministas que apresentam as primeiras reflexões sobre o tema do parto, reconhecendo a maternidade como uma experiência positiva, tomaremos como referência o trabalho de CARNEIRO (2011). Segundo a autora, no Brasil as primeiras feministas defensoras do parto e da maternidade, enquanto experiência voluntária e positiva, parecem ter surgido na década de 1980, com a criação do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Esse grupo, que lutava pelo direito à saúde e pelos direitos sexuais e reprodutivos, inspirado pela produção das autoras norte-americanas que fundaram o Boston Women’s Health Book Collective (BWHBC)¹⁷, promove os direitos das mulheres e,

¹⁶ As palavras em itálico são da própria autora.

¹⁷ As autoras do BWHBC produziram o livro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: la guía definitiva para la salud de la mujer latina*, que dedica um extenso capítulo aos direitos reprodutivos, incluindo outro sobre a maternidade e o parto. Os textos alertam as mulheres sobre o excesso de medicalização

especialmente na esfera reprodutiva, a concepção da maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada (DINIZ, 2000a,b).

Por voluntária entendia-se a gravidez desejada e informada, prazerosa enquanto vivência cultural desapegada dos preceitos de crenças judaico-cristãs que entendiam a maternidade como forma de sofrimento e pena para as mulheres; amparada e interpretada como trabalho social e não como uma responsabilidade individual da vida das mulheres, incluindo para tanto o direito ao acesso à assistência pública de qualidade, creches e escolas públicas.

Como experiência inovadora, em 1984 o grupo criou um ambulatório baseado em outros paradigmas de cuidado, a partir da experiência de uma de suas integrantes no coletivo *Dispensaire des Femmes*, em Genebra. O cuidado priorizava o autoconhecimento das mulheres do próprio corpo, a escolha informada para contracepção, a liberdade para escolha da maternidade e o direito à interrupção da gravidez.

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde participou das primeiras pesquisas sobre o tema da violência presente na assistência ao parto – *Violência – um olhar sobre a cidade e Dar à luz em condições violentas* –, além de produzir um grande número de cartilhas voltadas para mulheres e profissionais de saúde, em colaboração com a Rede Feminista de Saúde. O grupo também esteve presente na fundação da REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, dando os primeiros passos na luta pelos direitos das mulheres à assistência humanizada na gravidez, parto e puerpério (CARNEIRO, 2011).

Nessa época, outras contribuições feministas norteadas pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, especificamente sobre a vivência da parturição, engrossaram a crítica à assistência ao parto e ao modo como as mulheres e seus corpos eram compreendidos pelo conhecimento médico científico da obstetrícia.

Importantes contribuições do campo da antropologia e das ciências sociais promoveram reflexões sobre os modelos de assistência ao parto, no contexto de diversas culturas, levantando hipóteses sobre a maneira como elas estavam

na assistência ao parto, o direito à escolha informada e às práticas humanizadas na assistência. Também produziram *El libro universal de ilustraciones del parto*, norteadas pelo direito à informação sobre a fisiologia do corpo, a gravidez, o parto e o pós-parto como direito reprodutivo (BWHBC, 2000).

relacionadas às concepções de gênero nas sociedades. Entre elas, destacamos os trabalhos da antropóloga Robbie Davis-Floyd.

Com o objetivo de compreender as possíveis origens do modelo tecnocrático da assistência ao parto na América do Norte, a autora busca explicar as razões para sua expansão e validação. Tal modelo tem se legitimado através de uma superestimação da tecnologia e consequentes intervenções mecanicistas sobre a fisiologia feminina no evento do parto, sendo fundado na lógica da ideologia patriarcal (DAVIS-FLOYD, 1993).

Para ela, esse novo paradigma tecnocrático da assistência ao parto, centrado na tecnologia e na intervenção, está apoiado em um modelo conceitual, por meio do qual são realizados rituais repletos de elementos simbólicos que expressam crenças e valores culturais pertencentes à sociedade. Esses símbolos cumpririam a suposta função de estabelecer uma conexão entre o sistema cognitivo do indivíduo e aqueles presentes na sociedade.

O medo dos processos naturais, aliado à dependência da tecnologia, promoveu uma “re-ritualização” do nascimento, à luz do modelo tecnocrático. Apoiada em trabalhos que tratam das ritualizações existentes na biomedicina moderna, sustentada pela ciência, tecnologia e patriarcado, DAVIS-FLOYD aponta para a existência de um “microcosmo” que abrigaria as crenças culturais de maneira condensada.

Segundo a autora, após o iluminismo, o modelo explicativo da ciência teria proposto a metáfora do corpo humano enquanto máquina, concebendo o corpo das mulheres em desvantagem ao dos homens, representado numa espécie de “protótipo de máquina”. Nessa concepção, o corpo feminino seria analogamente comparado a uma “máquina defeituosa”.

Tomando essa perspectiva – do corpo máquina e imperfeito aos olhos da ciência e da medicina –, uma série de técnicas foi desenvolvida com o intuito de controlar a suposta “máquina defeituosa”. Assim, uma “linha de montagem” foi estruturada, de tal modo que todo o processo fisiológico fosse reorganizado e mantido sob o controle das técnicas de intervenção. No plano simbólico, a experiência do parto para as mulheres teria uma valorização extremamente tecnológica, representando sua dependência a ela.

Por essa perspectiva, entende-se que o conhecimento médico-científico definiu suas intervenções sobre o parto subestimando a capacidade das mulheres para dar à luz a partir de suas habilidades culturais, sociais e fisiológicas, validando o parto como um processo deficiente e dependente da tecnologia. Na concepção da autora, o corpo feminino foi masculinizado através da intensa incorporação da tecnologia a esse campo de conhecimento.

Em seu outro artigo sobre os paradigmas de assistência ao parto a autora discute três tipos de paradigmas contemporâneos de cuidado ao parto – o humanista, o tecnocrático e o holístico, procurando descrever como cada um entende a definição do corpo e sua conexão com a mente (DAVIS-FLOYD, 2001). Ela propõe 12 princípios para cada um dos paradigmas que sustentam seus conceitos.

Para a assistência centrada no modelo tecnocrático, comumente praticado no ocidente, a autora chama atenção para dois princípios: separação entre mente e corpo, proposta por Descartes, Bacon e outros, a partir do século XVII, que por sua vez norteou o conhecimento da medicina e o entendimento do corpo humano como uma máquina. Nesse segundo princípio o corpo feminino é visto como imperfeito, uma máquina defeituosa, derivando dele a proposta da medicina de diferenciação dos sexos e promoção do parto como um evento perigoso, que precisava do aporte tecnológico para a manipulação *defeituosa* do nascimento.

O entendimento do paciente como objeto torna a relação emocional deste com o médico desnecessária, uma vez que a definição do corpo enquanto máquina desconsidera as outras dimensões além do próprio físico, acarretando uma alienação entre médico e paciente.

O tratamento do corpo máquina mediado unicamente pela tecnologia e a organização hierárquica faz da tecnocracia a mantenedora desse poder, subordinando as necessidades de cada indivíduo à padronização das práticas institucionais. A autoridade e a responsabilidade são transferidas para o profissional, não sendo compartilhadas nem consentidas pelo paciente, pois ele torna-se dispensável – como a colocação das mulheres em posição de litotomia, no momento do parto, em resposta à conveniência médica.

Assim, a supervalorização da tecnologia promove máquinas cada vez mais sofisticadas, que, por sua vez, promovem uma relação mecânica entre médico e

paciente, desprovida de seus parâmetros subjetivos, de que é exemplo o procedimento técnico de monitoração pela cardiotocografia¹⁸ intraparto.

O controle sobre a natureza foi uma forte herança acumulada após a Revolução Industrial¹⁹. A crença de que a intervenção sobre os processos naturais pode dar mais segurança é o que impulsiona o uso de tantos aparatos intervencionistas sobre o parto, mediados pelo medo da morte e também pelo medo de não poder estar sobre o controle dos acontecimentos naturais. Segundo a DAVIS-FLOYD, essa noção promoveria uma ilusão de segurança.

Para finalizar, a autora observa que o modelo tecnocrático é hegemônico e define o padrão do cuidado no ocidente, desconsiderando outros saberes que podem agir em conjunto. Dessa forma, ele mantém seus *status* e suas relações econômicas interdependentes, impedindo que qualquer outra evidência contrária a seus preceitos seja incorporada. A intolerância a qualquer outro sistema que possa prejudicar sua dinâmica é mantida dentro das instituições e suas formas de poder.

Sobre a contribuição do movimento de mulheres, no século XX, é pertinente relembrar seu alinhamento com a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos, quando começaram as exigências de mudanças na assistência ao parto. Foi o caso, por exemplo, das ativistas do Boston Women's Health Book Collective. Organizado por um grupo de mulheres de Boston, nos Estados Unidos, começou se reunindo para discutir experiências negativas no sistema de saúde.

Em 1972, surgiu o primeiro livro proveniente dessas reflexões, *Our bodies, ourselves*, traduzido também para o espanhol²⁰. Ancorada em uma perspectiva feminista, a obra debate diversos temas relacionados à saúde das mulheres com base nos direitos sociais e de saúde, como as decisões a respeito da sexualidade e reprodução. Um capítulo específico discute a maternidade, incluindo a gravidez, parto, pós-parto e infertilidade. Seu objetivo era estabelecer um canal de comunicação com todas as mulheres, em diferentes contextos, vivendo sob as mais

¹⁸ Exame utilizado para avaliação da vitalidade fetal.

¹⁹ Conjunto de mudanças tecnológicas que teve profundo impacto no processo produtivo, alterando definitivamente a economia e a sociedade ocidentais, iniciada no Reino Unido em meados do século XVIII e expandida pelo mundo a partir do século XIX.

²⁰ Traduzido para o espanhol (*Nuestros cuerpos, nuestras vidas*) o livro conta em sua parte introdutória como aconteceu a organização dessas mulheres, enquanto um coletivo feminista (BWHBC, 2000).

variadas formas de desigualdades sociais e de gênero.

Para as autoras dessa obra, o modelo de assistência ao parto tornou-se cada vez mais medicalizado, patologizando a fisiologia das mulheres, além de estar centrado na figura médica, por questões engendradas na problemática do gênero na construção da produção do conhecimento médico-científico. No livro supracitado, elas dedicaram um capítulo inteiro às questões acerca do parto, criticando o papel das intervenções desnecessárias presentes na assistência ao parto e o desrespeito aos direitos das mulheres à escolha informada:

Las prácticas pesan a reforzar nuestros temores de que nuestro cuerpo no funciona bien y algo malo va a suceder. Causan dudas nuevas, alteran la fisiología del parto, distocian nuestras experiencias o por completo evitan que se den de forma normal (BWHBC, 2000, p. 499).

Também criticam as intervenções como forma de cercear as mulheres na vivência de sua sexualidade, quando falam, por exemplo, do uso do enema e da tricotomia: “el personal médico nos de-sexualiza e infantiliza cuando nos ponen enemas y nos rasuran” (BWHBC, 2000, p. 499).

Preocupadas em promover o direito à escolha informada, alertam para os direitos do paciente e sobre a necessidade de se exigir o consentimento para as práticas hospitalares.

La episiotomia es la operación obstétrica efectuada con mayor frecuencia en el occidente. Es una de las formas más intensas y dramáticas de apropiación del cuerpo de la mujer, la única operación efectuada sobre su cuerpo, sin su consentimiento (BWHBC, 2000, p. 515).

Os estudos norteados pela discussão baseada no gênero promoveram o questionamento sobre muitos conhecimentos e práticas postos como universais e indiscutíveis. Segundo DINIZ (2001), uma importante contribuição feminista foi a da socióloga inglesa Sheila Kitzinger, que realizou uma das primeiras redescrições sobre a experiência do parto para as mulheres e a reinterpretação sobre as intervenções rotineiras na assistência ao parto, como a episiotomia.

No prefácio de seu livro *Some women's - Experience of episiotomy* (segunda edição de 1993), KITZINGER conta que foi procurada por muitas mulheres que

queriam falar de suas experiências com a episiotomia, fortemente marcadas pelo sofrimento físico e emocional. Dessa forma, procurando revisar a literatura médica a respeito, a autora percebeu que os estudos, desde 1980, centravam-se unicamente em descrever como e em qual região esse procedimento deveria ser realizado, mas sem nunca terem ouvido a opinião das mulheres sobre suas experiências com ela. A autora foi precursora da pesquisa sobre essa intervenção, a partir da perspectiva da vivência das mulheres no parto, questionando a normatização da prática:

A persistência da prática da episiotomia e sutura demonstra o poder do sistema médico para controlar e cirurgicamente intervir no corpo das mulheres durante uma transição importante na vida, e para transformar uma experiência sócio-biológica em um evento médico. Como antropóloga, eu vejo a episiotomia de rotina e sutura do períneo como um rito de uma cultura tecnocrática de mutilação genital feminina (KITZINGER, 1993, p. 3).

A autora também valida a crítica sobre o modelo tecnocrático desenvolvido a partir do século XX, que entende o parto como um evento *médico-cirúrgico* e impossibilita a vivência da maternidade enquanto suas dimensões sociais e sexuais. Nesse contexto, as mulheres são vistas como meros *objetos passivos*, depositados em estribos, frequentemente atadas – o parto como evento da sexualidade na vida das mulheres é então roubado pelas intervenções que velam ou ignoram completamente seus aspectos sexuais.

Ela está calma, fria, senhora de si – uma “paciente totalmente cooperativa”. E é assim que a anestesia epidural é anunciada na publicidade para obstetras: ela preserva o moral e a cooperação da mãe (...) Quando as sensações físicas são obliteradas desse modo, o parto também é esvaziado de toda e qualquer sensação sexual (KITZINGER, 1985, p. 244).

É nesse sentido que o saber localizado feminista tem provocado a reflexão sobre os vieses de gênero na construção da ciência, sobretudo na obstetrícia. É inegável a contribuição do movimento de mulheres para regulação e controle das práticas na assistência obstétrica; um movimento de resistência às supostas “neutralidades” do conhecimento médico científico.

2.2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO ESTRUTURANTE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: TRAJETÓRIAS E CONQUISTAS

A institucionalização do gênero nas políticas públicas brasileiras tem seu marco em programas desenvolvidos há algumas décadas, resultantes de um processo de interlocução entre movimentos feministas de diferentes matrizes e aparelhos (político-governamentais).

Os grupos feministas do Brasil tiveram forte influência do feminismo europeu e norte-americano, na década de 1970, que se refletiu, no pós-ditadura militar, nos aparelhos governamentais. Dito de outro modo, essa influência contribuiu para a construção de políticas públicas em compasso com as discussões sobre a discriminação à mulher, que ocorriam nos sindicatos, nos partidos políticos e nas organizações não governamentais (BARSTED, 1994).

Muitos avanços foram alcançados por esse processo de interlocução dos movimentos sociais com o Estado, entre os quais destacamos a criação de diversos instrumentos políticos e governamentais, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984; o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), 1985; Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Mulher, instalados a partir de 1983; delegacias de atendimento à mulher vítima de violência, a partir de 1985; Centros de Orientação Jurídica à Mulher; e os cursos sobre direitos das mulheres em academias de polícia, 1985.

Essa forte presença das mulheres e do feminismo organizado nas esferas políticas governamentais brasileiras possibilitaram uma nova modalidade de controle social sobre a administração pública, uma vez que as próprias feministas estavam à frente das pautas dessas organizações, em comunicação direta com as questões dos movimentos sociais das mulheres.

BARSTED (1994) destaca a criação do CNDM como um importante marco dessa articulação política entre sociedade civil e o Estado. Foi o órgão que propiciou uma via direta entre o próprio movimento de mulheres, as ONG e as instâncias governamentais federais, estaduais e municipais, promovendo encontros, seminários e fomentando os trabalhos dos novos conselhos estaduais e municipais, que se formavam à época.

Por meio do trabalho conjunto da CNDM e do movimento de mulheres, foi possível promover uma modificação na Constituição de 1988, incluindo na Carta Magna o parágrafo 7, artigo 226, que, com base nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, observa que “o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar os recursos educacionais e científicos para o exercício desses direitos, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (BARSTED, 1994, p. 48). Apesar de não ter suportado as pressões das correntes mais conservadoras (o CNDM acabou extinto em 1989), permitiu que sua força política motriz desencadeasse a atuação do Fórum Nacional dos Conselhos de Condição feminina.

Para entender o conceito do termo “direitos reprodutivos”, pautado pelo movimento feminista que desencadeou todos esses impactos nas atuais políticas brasileiras de saúde das mulheres, este trabalho se apoiou no trabalho de CORRÊA e PETCHESKY (1996), que analisaram o processo histórico de suas reivindicações, propondo uma reconstrução do termo a partir de especificações como gênero, classe e cultura nos campos do discurso e poder.

As autoras propõem quatro princípios que seriam suas bases inegociáveis, fruto de intenso debate que cultivou o movimento feminista: *integridade corporal*, direito da mulher de não ser alienada de sua capacidade sexual e reprodutiva; *autonomia pessoal*, direito à autodeterminação; *igualdade*, instituída na relação entre homens e mulheres e entre mulheres que são atravessadas por cultura, classe social, idade; e *diversidade*, respeito às diferenças que englobam aspectos como cultura, religião, idade e orientação sexual. Esses quatro princípios do chamado “direitos reprodutivos” exigem o exercício concreto da cidadania e a abolição das injustiças sociais para que possam ser exercidos.

Segundo as autoras, que analisaram o percurso histórico dos direitos reprodutivos, a origem desses quatro princípios está no movimento feminista de controle da natalidade, liderado pelos socialistas de 1830 que se espalharam durante o século XIX. Já o termo “direitos reprodutivos” parece ter sido originado com a fundação da Rede Nacional pelos Direitos Reprodutivos, nos Estados Unidos, em 1979, que acabou sendo absorvido na campanha europeia pelo direito ao aborto, na década de 1980. Os movimentos que surgiram nos anos 1970 na Europa, Ásia,

América Latina e América do Norte pelo direito à saúde das mulheres expandiram o conceito dos direitos reprodutivos, englobando a noção de direitos sociais, lutando pela ideia de saúde, bem-estar econômico e social.

Nesse sentido, as feministas tornaram visíveis problemas que antes eram chamados “privados”, tidos como fruto da “tradição” e “cultura local”. Para CORRÊA e PETCHESKY (1996) esses termos são usados para restringir os direitos humanos universais em alguns países.

Analisando o dilema da escolha das mulheres em diversas sociedades, as autoras mostram, por meio de muitos exemplos concretos, que essas escolhas são mediadas por diversos fatores sociais. E nem sempre as mulheres podem escolher com liberdade e gozando de todos os seus direitos sociais (o que não deve ser motivo para desqualificação de suas decisões).

Nos lugares onde ocorre a mutilação genital feminina, por exemplo, as mulheres são obrigadas a “escolher” estritamente entre riscos de morbimortalidade e incapacidade sexual ou a impossibilidade de estabelecer relações com membros de suas comunidades. No caso da esterilização brasileira, CORRÊA e PETCHESKY verificaram que havia um descompasso entre as decisões e possibilidades inerentes às mulheres pobres e negras e aquelas que podiam pagar pelo procedimento. Por isso, chamam a atenção para a necessidade de se criticar duramente as condições sociais e econômicas que possam forçar ou impossibilitar as mulheres de escolherem livremente.

As autoras sugerem ainda a necessidade de o Estado e seus aparelhos exercerem o papel de mediadores para que os problemas sociais não atinjam a autonomia das mulheres – que está no cerne dos direitos sexuais e reprodutivos – impedindo que elas possam escolher de forma livre, sem nenhum tipo de coerção, gozando de todos seus direitos sociais. Nas palavras das autoras é imprescindível:

mapear uma estrutura ética para direitos sexuais e reprodutivos no espaço onde o social e o individual estejam relacionados (...) Direitos envolvem não somente liberdades pessoais (domínio em que os governantes não deveriam interferir), mas igualmente obrigações sociais (domínio em que uma ação pública efetiva é necessária para garantir que os direitos serão exercidos por todos e todas). Eles implicam necessariamente responsabilidades públicas e uma renovada ênfase nas relações entre bem-estar pessoal e público, incluindo o apoio público para a promoção da

igualdade de gêneros em todos os domínios da vida (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, p. 159).

Localizando melhor o significado desses princípios, que são a base dos direitos reprodutivos, trataremos de explicá-los brevemente.

O princípio da integridade corporal está no cerne dos direitos reprodutivos. Refere-se ao direito à segurança e ao controle sobre o próprio corpo; ou seja, o corpo enquanto “parte integrante do eu, cuja saúde e bem-estar (incluindo aí o prazer sexual) formam a base necessária para a participação ativa na vida social” (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, p. 160). Inclui o direito de não ser alienada de sua capacidade sexual e reprodutiva e não sofrer violação de sua integridade física, não somente em relações privadas, mas pelo próprio governo e instituições. Essa noção implica entender e tratar o corpo como um todo.

Correlacionando a realidade do modelo típico de assistência ao parto no Brasil – que possui altas taxas de cesariana nos setores público e privado e um modelo de atenção ao parto abusivo quanto às intervenções desnecessárias e dolorosas nas mulheres – à ideia de integridade corporal, fica claro como as dimensões de cultura e conhecimento local podem negligenciar esse direito. Submeter mulheres a cirurgias sem necessidade, que agravam os riscos de morbimortalidade, sem que elas possam ter acesso a informações seguras para a tomada de decisão sobre o melhor modo de ter seus filhos, significa não promover em nível institucional o direito à integridade corporal.

Por outro lado, é necessário entender como as mulheres optam pela cirurgia em alguns casos, quando o acesso à informação de qualidade não existe e não há incentivos culturais que promovam o parto normal como um evento saudável. Partindo da perspectiva de CORRÊA e PETCHESKY (1996), há certas “escolhas sob constrangimento”, nas quais as mulheres têm a noção de que estão exercendo seus direitos, mas na verdade, estão cerceadas por valores sociais, políticos e econômicos que fomentam escolhas que não lhe oferecem o melhor para sua saúde e seu bem-estar.

O direito à autonomia pessoal significa o direito de autodeterminação das mulheres. Em outras palavras, esse direito exige que elas sejam tratadas como seres capazes de tomar decisões, havendo disponibilização do acesso à informação para

que possam decidir sobre suas vidas livremente. Tratando da saúde na esfera institucional, exige que as mulheres possam ser ouvidas, entendidas em suas expectativas e nos seus desejos, não desmerecendo suas queixas, dúvidas ou necessidades. Ainda segundo CORRÊA e PETCHESKY (1996), é necessário que os aparelhos políticos, governamentais e institucionais favoreçam a capacidade de autonomia das mulheres, oferecendo o melhor da informação disponível para que elas possam exercer esse direito.

O princípio da igualdade está inscrito tanto nas relações entre homens e mulheres quanto nas relações entre mulheres. Esse princípio exige que riscos e benefícios sejam igualmente distribuídos entre os sexos, no que tange à capacidade de escolha, respeitando suas especificidades quanto à idade, origem étnica, classe social etc. Segundo as autoras, as próprias pesquisas clínicas e epidemiológicas desconsideram as diferenças entre mulheres mediadas pelas condições sociais em que vivem. Além disso, muitas vezes os métodos anticoncepcionais, por exemplo, não estão disponíveis para todas, mas prioritariamente para aquelas que obtêm especiais recursos financeiros. O desenvolvimento social é indispensável para que as mulheres possam exercer esse direito em igualdade.

O princípio da diversidade estabelece o respeito às diferenças entre as mulheres no que diz respeito às diferentes culturas, religiões, orientações sexuais e condições médicas e familiares. Segundo CORRÊA e PETCHESKY, existe uma “linguagem universalizante dos instrumentos internacionais de direitos humanos” (1996, p. 168) que pode desconsiderar tais diferenças.

Essas diferenças, segundo as autoras, podem interferir no modo como as mulheres lidam com gravidez e desempenham o papel na reprodução, por exemplo. Muitas vezes, podem ser usadas como meio de cerceamento das mulheres pelas comunidades e grupos governamentais. Por isso, esse princípio deve estar correlacionado a uma concepção de desenvolvimento das mulheres que lhes permita exercer o direito à autodeterminação nas diversas esferas sociais. Adotar “uma cultura de consciência sobre a saúde e autonomia” (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, p. 171) requer que os governos promovam políticas baseadas na justiça social e liberdade individual, distribuindo os recursos e poderes igualmente entre mulheres e homens.

Mas, como as conferências internacionais possibilitaram que esses direitos reprodutivos fossem disseminados pelas políticas internacionais? E como o Brasil tem se colocado nesse cenário, desde então? Para responder a esse questionamento, analisaremos brevemente alguns desses momentos e seus impactos sobre a saúde das mulheres brasileiras.

Na segunda metade do século XX, as Conferências Mundiais de População (Roma, 1954; Belgrado, 1965; Bucareste, 1974; México, 1984) continuaram no debate limitado, considerando apenas o crescimento populacional e as vias de contracepção para controle da natalidade. Somente nos anos 1990, a discussão passou a levar em conta outras instâncias políticas, considerando que naquele momento, com o fim da chamada guerra fria²¹, podia-se contar com a colaboração de outros setores da sociedade, inclusive com a própria agenda feminista (CORRÊA e col., [s/d]).

Segundo as autoras, as críticas aos enfoques exclusivamente biomédicos e tecnológicos fizeram com que, em 1988, a OMS adotasse o termo saúde reprodutiva, privilegiando assim a ampliação das dimensões dos temas da reprodução, incluindo o pré-natal, parto, aborto e puerpério. Esse período foi precursor das definições de saúde reprodutiva:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e

²¹ No fim da Segunda Guerra Mundial, encerrou-se um período de disputas- sobretudo ideológicas, envolvendo conflitos políticos, sociais, militares e econômicos, entre os Estados Unidos e a União Soviética.

serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (par. 7.3) (PROGRAMA DE AÇÃO DO CAIRO. COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1996, apud CORRÊA e col., [s/d]).

A Conferência do Cairo esteve entre as oito conferências do chamado ciclo da ONU, que contou com a participação de 179 países e deu origem ao Programa de Ação da Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPd). Naquele momento, encerrou-se uma crucial mudança no enfoque dos direitos humanos. Antes tratado através de políticas coercitivas demográficas, o tema passou a agregar o dever de promoção dos direitos humanos enquanto bem-estar social e igualdade de gênero, inserido no contexto mais abrangente dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (CORRÊA e col., [s/d]).

Segundo NEGRÃO (2008, p. 6), as ações prioritárias da Conferência do Cairo deveriam garantir:

(...) a promoção e proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos de todos os indivíduos; a defesa e o desenvolvimento do empoderamento das mulheres, bem como da igualdade e equidade entre os gêneros; a eliminação de todas as formas de discriminação, coerção e violência contra mulheres e meninas; a redução da morbidade e mortalidade materna e do aborto realizado em condições inseguras, e o fortalecimento da maternidade segura e de serviços de planejamento familiar (...)

É nesse sentido que a Conferência de Cairo visibiliza a agenda feminista na luta pela autonomia, direito e escolha das mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. Para CORRÊA e colaboradores ela propiciou “a tradução destas aspirações que remontam ao século XIX para os marcos globais de direitos humanos e políticas públicas do século XXI.” O aspecto fundamental dos direitos reprodutivos é a autonomia para a decisão sobre a reprodução, livre de políticas natalistas, que proibam o acesso aos métodos contraceptivos, prevendo a liberdade para decisão na esfera privada sobre a reprodução (CORRÊA e col., [s/d], p. 39):

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já

reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência (par. 7.3, p. 41) (PROGRAMA DE AÇÃO DO CAIRO. COMISSÃO NACIONAL DE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1996, apud Corrêa e col., [s/d], p. 49).

O Brasil também foi influenciado pelos impactos dessas conferências e pelas novas abordagens surgidas com as propostas de ação do Cairo e o debate de feministas no começo do século XX, que chamava atenção para a necessidade de incorporação da autonomia das mulheres no campo da sexualidade e reprodução sob a perspectiva dos direitos humanos. Nesse contexto, na década de 1980, o país criou o termo “saúde integral da mulher”, que articulava aspectos da vida social e biológica na condição de cidadania (CORRÊA e col., [s/d]).

Fruto desse tempo, o Ministério da Saúde lançou em 1983 o Programa Integral à Saúde da Mulher, desvinculando os preceitos simplistas do programa anterior de 1977 (Programa de Saúde Materno-Infantil), que se balizavam exclusivamente nos temas da concepção e contracepção (CORRÊA e col., [s/d]).

O movimento da reforma sanitária e as reivindicações dos movimentos feministas, baseadas na noção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como parte dos direitos humanos, culminaram na criação do PAISM (NEGRÃO, 2008). Como marcos de conquista de toda essa trajetória, hoje algumas leis e projetos de referência vigoram na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que segue como continuação do PAISM (BRASIL, 2010).

A despeito de todos os esforços dos movimentos de mulheres pela formulação de políticas públicas promotoras dos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres ainda encontram desafios para exercer esses direitos e realizar escolhas baseadas em informações seguras sobre o modo de ter filhos nos modelos de assistência disponíveis nos setores públicos ou privados.

A seguir, tentamos identificar como esses direitos também se configuram demandas internacionais e os meios de controle que os órgãos oficiais de saúde têm

utilizado para enfrentar o seu descumprimento.

2.2.1 Estratégias de Consolidação da Escolha Informada das Mulheres sobre o Parto: uma Questão de Direitos Humanos

A Organização Mundial da Saúde, por meio de seus sistemas de monitoramento, tem se esforçado para assegurar que os indivíduos de todas as nações possam exercer sua liberdade e dignidade humana, garantindo que sejam cumpridos os tratados internacionais de direitos humanos nas leis e documentos nacionais de cada país membro.

Segundo a OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), os direitos humanos são entendidos como inerentes a todos os seres humanos, sem distinção de etnia, cor da pele, *status*, sexo, língua, religião, posição política e natureza social ou nacional, sendo seus preceitos mais importantes:

- baseiam-se no respeito à dignidade e no valor de cada pessoa;
- são universais e, portanto, aplicados de forma igual e sem discriminação a todas as pessoas;
- são inalienáveis, à medida que não podem ser retirados, exceto em situações específicas (por exemplo, restrição do direito à liberdade quando uma pessoa é considerada culpada de um crime por um tribunal de direito);
- são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes, assim, é insuficiente respeitar alguns direitos humanos e outros não;
- na prática, a violação de um direito muitas vezes afeta o respeito a vários outros direitos, devendo, assim, todos os direitos humanos serem vistos como de igual importância e essenciais para a dignidade e o valor de cada pessoa.

Através dessas normatizações de direitos humanos em âmbito internacional, os países têm formulado suas políticas públicas para promover e proteger o bem-estar de toda a população.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, foi traduzida em tratados internacionais, sendo os países membros responsáveis pela garantia das suas preconizações. Para cada um desses tratados de direitos humanos há um comitê responsável pelo monitoramento e acompanhamento das ações desenvolvidas por cada país. O objetivo desse sistema é propiciar o encorajamento e a responsabilização de cada membro no cumprimento de suas metas nas políticas públicas nacionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Neste trabalho, consideramos a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres²² como principal veículo de ação da OMS para a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres, buscando entender como esses direitos vêm sendo pautados na saúde pública brasileira.

A citada convenção ocupa lugar de destaque entre os tratados internacionais por que traduz a realidade das mulheres na esfera dos direitos humanos, promovendo um programa de ação para que as nações cumpram tais direitos. O documento estabelece 30 artigos que englobam os aspectos civis, jurídicos e sociais, além de um preâmbulo específico sobre os direitos reprodutivos. Exige ainda o respeito à maternidade como uma função social que deve ser vivida com segurança, desejo e compartilhada com a família, livre de discriminação. Determina também que os Estados incluam em suas políticas públicas o processo educativo sobre o planejamento familiar e garantam às mulheres o direito de “decidir livre e responsavelmente sobre o número de seus filhos e o intervalo entre os nascimentos e ter acesso à informação, educação e os meios que lhes permita exercer estes direitos” (CONVENTION ON THE ELIMINATION..., [s/d], p. 11, artigo 16).

No que diz respeito aos direitos reprodutivos, o preâmbulo específico (artigo 12) preconiza medidas especiais para a maternidade segura. Entre outros artigos de defesa dos direitos reprodutivos das mulheres e escolha informada na esfera da saúde, destacamos os seguintes (CONVENTION ON THE ELIMINATION..., [s/d]):

²²A CEDAW (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women) foi aprovada em 1979, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, para eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres, contando com a ratificação de 20 países. Após dez anos, 100 nações se declararam a par de suas disposições; o Brasil é signatário desde 1984. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>>.

- Artigo 10, item h – baliza medidas para eliminar a discriminação contra a mulher e garantir igualdade de direitos na esfera educacional: “acesso ao material educativo informativo específico que contribua a assegurar a saúde e o bem-estar da família” (p.8).
- Artigo 12, itens 1 e 2 – recomenda aos Estados membros adotar todas as medidas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera da atenção à saúde, inclusive planejamento familiar. Os Estados devem, ainda, garantir à mulher assistência e serviços gratuitos de acompanhamento da gravidez, parto e pós-parto, assegurando a nutrição adequada inclusive durante a amamentação (p. 9).
- Artigo 16 – São preconizadas medidas para eliminar a discriminação contra a mulher e garantir os seus direitos a decidir livre e espontaneamente sobre o número de filhos e o intervalo entre os nascimentos, com acesso à informação, à educação e os meios que lhes permitam exercê-los (p.11)²³.

O último relatório de Observações Finais do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres do Brasil (CEDAW, 2012) reconhece a expansão dos serviços oferecidos pela área de saúde materna, mas critica a falta de qualidade da atenção. O documento também critica a Rede Cegonha, criada em 2011, observando que o serviço não prevê o conceito da saúde integral às mulheres, restringindo-se à assistência às gestantes²⁴.

Procurando por documentos que balizassem esses direitos de modo mais específico, em nível internacional, para entender como o Brasil tem se pautado nessas preconizações, elegemos a White Ribbon Alliance (WRA)²⁵ para tratar especificamente dos direitos humanos das mulheres na vivência do parto. Segundo a entidade (WRA, 2011), não há nenhum documento específico e universal que

²³ Para acessar o documento na íntegra:

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>>.

²⁴ Relatório Alternativo - Sétimo Relatório Periódico Brasileiro (CEDAW/C/BRA/7), Comitê para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), janeiro de 2012. Disponível em: <cladem.org/index.php?option=com...file...racedaw2012>.

²⁵ WHITE RIBBON ALLIANCE FOR SAFE MOTHERHOOD. *Respectful maternity care: the of childbearing women*, 2011. Disponível em: <http://www.whiteribbonalliance.org/WRA/assets/File/Final_RMC_Charter.pdf>.

delineie os direitos humanos das mulheres no que tange especificamente ao processo de gravidez e parto no mundo.

Embora a OMS tenha descrito no documento “Safe motherhood”, de 1998 os direitos humanos das mulheres na assistência ao parto, delineando o direito à escolha sobre sua saúde, livre de coerção e violência, com acesso a serviço e informação de qualidade, antes e depois do parto (DINIZ, 2001), algumas definições mais específicas carecem de detalhamentos.

Preocupadas em especificar de que maneira esses direitos estão imbricados na vivência das mulheres no momento do parto, foi desenvolvida pela White Ribbon Alliance uma carta que inclui alguns direitos específicos. No contexto do parto, o documento classifica como infrações: *abuso físico*, constituindo-se violação do direito humano à liberdade de tratamento livre de maus-tratos; *práticas de cuidado sem consentimento da mulher*, como violação ao direito à escolha informada e de acompanhante de livre escolha; *não confidencialidade nas práticas de cuidado*, violando o direito à privacidade e confidencialidade; *prestação de cuidado indigno*, que inclui violência verbal que viola o direito ao respeito e à dignidade de pessoa; *discriminação a atributos específicos*, que viola o direito à igualdade e ao tratamento livre de discriminação; *abandono ou negação de atendimento* que viola o direito ao cuidado apropriado, em tempo hábil e da melhor qualidade; *detention in facilities*²⁶ que ferem o direito à autonomia, autodeterminação e tratamento livre de coerção.

Nessa perspectiva, o debate sobre a maternidade segura deve ser entendido para além da prevenção da morbimortalidade, mas também como direitos humanos das mulheres, que incluem práticas baseadas no respeito aos seus sentimentos e às suas preferências, sua liberdade de escolha e sua integridade física e emocional.

Outra esfera do movimento de mulheres organizadas internacionalmente que tem promovido inúmeras ações no combate à violência e discriminação de gênero, inclusive no Brasil, é o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM). Ele também atua junto a outras organizações, como a CEDAW, e vem apresentando relatórios sobre a situação das mulheres nos países latinos e caribenhos²⁷.

²⁶ Impedir que as mulheres possam exercer em liberdade suas escolhas.

²⁷ Diversas publicações pela CLADEM podem ser acessadas em sua plataforma on-line; a mais recente referente à assistência ao parto no Brasil diz respeito à condenação do país no caso de Alynne Pimentel,

Com base nessa discussão, trataremos de identificar a seguir quais documentos oficiais brasileiros estão pautados no direito à escolha informada das mulheres para a negociação na assistência ao parto no país, bem como analisar de que maneira eles estão traduzidos nos direitos humanos das mulheres, a partir dos programas e políticas públicas para a assistência ao parto, desde a criação do PAISM.

2.2.2 Políticas Públicas de Humanização no SUS e na Saúde Suplementar: do PAISM à Rede Cegonha

Como já comentamos, ao longo da década de 1980 houve importante redemocratização do país e a intensificação dos movimentos de mulheres em saúde, em nível nacional e internacional. Nesse cenário foram iniciados os programas de educação em saúde, principalmente com foco na saúde sexual e reprodutiva, inaugurando a ideia de “direitos” em saúde.

Por meio desses debates, que sintetizavam a ideia de que a mulher deveria ser entendida em sua integralidade, posta na dialética social e biológica (GIFFIN, 1991) e extrapolando a sua tradicional redução à “saúde materno-infantil”, ressaltamos o marco importante na saúde das brasileiras: a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

As diretrizes do PAISM, lançado em 1983, com um discurso diferenciado sobre a saúde da mulher, foram elaboradas por um grupo de intelectuais feministas. Esse discurso rompeu com a tradição de centrar na assistência à saúde da mulher, essencialmente, aspectos da saúde reprodutiva. Em vez disso, passou a valorizar com grande ênfase o processo educativo em saúde da mulher, incluindo aspectos sobre a vida sexual, pré-natal, parto e pós-parto (OSIS, 1998).

Também foi considerado um marco importante após o comprometimento do Brasil com importantes programas e tratados: Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); Programa de Ação da

pelo descumprimento do direito à saúde, à vida e ao acesso de serviços livre de discriminação. O caso de Alyne é o primeiro de mortalidade materna a ser julgado por um Comitê de Direitos Humanos das Nações Unidas. A CLADEM cobra posicionamento do Brasil sobre o descumprimento desses direitos. Disponível em:

<http://www.cladem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1561&Itemid=556>.

Acesso em: jan. 2013.

Convenção Internacional para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém/PA, 1994); Conferência Mundial sobre a Mulher e Conferência sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979) (BRASIL, 2010). Apesar disso, o PAISM passou por arrefecimentos, conforme analisa CORRÊA (1993), principalmente dificuldades imbricadas nas questões políticas e econômicas.

Pensando em termos de desdobramentos impulsionados pelo programa, vale lembrar o encontro realizado em 1985, com a participação de feministas, representantes da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que questionou a qualidade das práticas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério (DINIZ, 2005). Em suma, esses questionamentos discutiram o excesso de intervenções na assistência ao parto e a necessidade de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Considerada marco importante do movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil, a Carta de Fortaleza é fruto do encontro de 1985 (DINIZ, 2001). Intitulado “Parto não é doença – tecnologia apropriada no parto”, constituiu-se como documento fundamental, que inspirou a noção da maternidade segura enquanto direitos humanos das mulheres. Segundo DINIZ (2005), representa a inspiração para muitas mudanças na saúde no país e no debate sobre a assistência humanizada como promoção da maternidade segura e dos direitos reprodutivos das mulheres.

Com a Carta de Fortaleza o movimento pela humanização do parto adquire visibilidade política. E o debate localizado nos direitos reprodutivos das mulheres enquanto direitos humanos passou a ser absorvido e traduzido na esfera das políticas públicas voltadas para as mulheres – por exemplo, através da promoção do programa de humanização (DINIZ, 2001).

No escopo desse processo o governo brasileiro criou a Secretaria de Políticas para Mulheres, em 2003; o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ambos em 2004. Todas essas políticas estavam balizadas nas diretrizes nacionais de melhora da atenção obstétrica, acesso ao planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2010). Essas diretrizes orientaram também o

lançamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), na mesma década. Estruturado nos pilares da humanização e dos direitos das mulheres, foi regulamentado pelas portarias GM 569, 570, 571 e 572 (SERRUYA e col., 2004).

Também a ONU voltou-se para questão apontando, entre os 8 Objetivos do Milênio (ODM), a redução da mortalidade materna e infantil e a melhoria da saúde das gestantes. País membro da organização, o Brasil assumiu então o compromisso de alcançar essas metas até 2015.

A fim de localizarmos os avanços no entendimento da humanização da assistência ao parto enquanto direito reprodutivo, destacamos alguns dos acontecimentos importantes ocorridos entre 2003 a 2010, especificamente no contexto da assistência obstétrica (BRASIL, 2010):

- 2004- Realização de dois seminários nacionais sobre atenção obstétrica e neonatal humanizada com base em evidências científicas. Lançado o Primeiro Plano Nacional de Política para as Mulheres.
- 2005 – Regulamentação da Lei do Acompanhante para o Pré-parto, Parto e Pós-parto (n. 11.108/2005). Realização de 27 seminários nacionais sobre atenção obstétrica e neonatal humanizada com base em evidências científicas, coordenados pela Área Técnica de Saúde da Mulher. Publicação do livro sobre atenção à saúde das mulheres negras para promoção da equidade e redução da mortalidade materna e da *Cartilha dos direitos sexuais e reprodutivos*, em parceria de vários ministérios.
- 2006 – Primeira Campanha pelo Parto Normal e Redução das Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a ANS. Regulamentação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal pela portaria MS/Anvisa n. 3.316.
- 2007 – Lançamento da Política Nacional de Planejamento Familiar/Reprodutivo.
- 2009 – Lançamento das diretrizes para os direitos sexuais e reprodutivos na integralidade de atenção à saúde das pessoas com deficiência.
- 2010 – Visitas supervisionadas ao hospital Sofia Feldman, pela referência às práticas humanizadas na atenção ao parto e nascimento. Implementação de plano de qualificação da atenção obstétrica e neonatal.

O PHPN vigora ainda hoje, atualizando alguns manuais oficiais de apoio aos profissionais. Em seu âmbito foi lançado recentemente o Programa Rede Cegonha²⁸, que, apesar do termo dessexualizante²⁹ em torno da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, prevê a garantia da assistência humanizada ao parto e nascimento seguro.

Atualmente, apesar dos manuais do Ministério da Saúde preconizarem ações educativas no pré-natal (BRASIL, 2005a), na prática elas dificilmente são realizadas no setor público (MOURA e col., 2003) e na saúde suplementar, como vimos na introdução deste trabalho.

Embora a saúde suplementar deva seguir as preconizações do Ministério da Saúde sobre a humanização na assistência ao parto, há grandes assimetrias no modelo de assistência dos dois setores. Essa configuração nos faz refletir sobre as desproporcionais taxas de cesáreas presentes em ambos. Embora a maioria das mulheres utilize o sistema público de saúde, atualmente quase um quarto dos nascimentos no Brasil ocorre em hospitais privados, nos quais as taxas de cesárea chegam a 80%, contra 35% nos hospitais públicos³⁰.

Vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar é responsável pela regulação dos planos privados de saúde. Por meio do “Programa de Qualificação da Saúde Suplementar” a ANS vem instituindo estratégias para monitorar as informações a respeito da assistência ao parto, com o intuito de reduzir a mortalidade materna e as taxas de cesárea no país, como a campanha “Parto normal está no meu plano”, de 2009.

Seguindo os acordos internacionais e a meta dos Objetivos do Milênio da ONU, o órgão promoveu outras ações com intuito de reduzir as cesáreas desnecessárias e melhorar a qualidade da assistência obstétrica no Brasil. Em 2008, a ANS publicou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluindo a obrigatoriedade dos planos privados para garantir a cobertura de um acompanhante

²⁸ Para saber mais sobre o Programa Rede Cegonha:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>.

²⁹ O debate a respeito do nome do programa foi realizado no Congresso de Saúde Coletiva de 2012. A discussão baliza-se no conceito acerca da denominação “cegonha” que desconstrói o processo reprodutivo feminino, enquanto prática da sexualidade feminina.

³⁰ AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na saúde suplementar*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp>.

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto – vale lembrar que o direito ao acompanhante é lei federal desde 2005 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008)³¹.

Além disso, promoveu pontuação para operadoras que apresentem redução das cesarianas; material educativo, produzido em parceria com o Ministério da Saúde, para incentivo do parto natural; disponibilização de informativos sobre as altas taxas de cesáreas e diretrizes em prol do parto normal; financiamento de pesquisa sobre cesarianas no setor da saúde suplementar; o movimento “Parto normal está no meu plano”; e a formação de um grupo técnico para discussão dos resultados da pesquisa encomendada à Fiocruz, em 2008, e sobre o movimento em favor do parto normal (essa pesquisa deu origem ao primeiro material técnico do movimento “Parto normal está no meu plano”)³².

É nesse diverso e complexo contexto de modelos de assistência ao parto no Brasil que os programas de humanização inserem-se no desafio de assegurar os direitos de escolha informada durante a gravidez, parto e puerpério, por meio de práticas baseadas em evidência, pautadas no respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, embora sejam evidentes os desafios a serem percorridos dentre as desigualdades e infrações aos direitos humanos das mulheres.

³¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

³² Através de busca avançada com a palavra-chave “parto normal” é possível identificar as ações da ANS para o incentivo ao parto normal. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/673-parto-normal-esta-no-meu-plano>>.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar, a partir da perspectiva de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos, a informação para a negociação das mulheres, usuárias do SUS e da saúde suplementar, sobre a via de parto e procedimentos da assistência.

3.1.1 Objetivos Específicos

Identificar entre as usuárias do SUS e da Saúde Suplementar:

- ✓ as expectativas, medos, dúvidas e vínculos com o profissional durante o pré-natal;
- ✓ a informação disponível para mulheres no pré-natal e outras fontes referidas por elas sobre a via de parto, episiotomia, ocitocina e acompanhante;
- ✓ a negociação sobre a via de parto, episiotomia, ocitocina e acompanhante.

4 METODOLOGIA

4.1 O LUGAR DA PESQUISADORA

Como define JAGGAR (1997), o processo de investigação científica não está desprovido da história de cada pesquisador(a), já que nossas emoções são o arcabouço para a construção do conhecimento em qualquer área da ciência.

Declaramos, portanto, que não há isenção de possíveis vieses que o próprio olhar e o envolvimento da autora podem acarretar a este trabalho. Na tentativa de minimizá-los, contudo, as discussões acerca deste estudo foram realizadas junto com grupo de pesquisa, tanto durante a experiência no campo, quanto no momento da análise.

4.2 TIPO DE PESQUISA, TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Grupos e pessoas estão sob a mira de um desafio: ou experimentam voos de águias ou se contentam com o conservadorismo que corrói a energia das instituições (MINAYO, 2010, p. 19).

Muitos caminhos percorremos no campo desta dissertação, experimentando novas técnicas de entrevista. Entre idas e vindas, erros e acertos foram cometidos, em um esforço contínuo de reflexão crítica, para que pudéssemos compartilhar as vantagens e desvantagens das novas possibilidades da pesquisa qualitativa.

Como primeiro passo para a escolha do tipo de estudo, focamos na definição e delimitação do objeto: a informação e a negociação da via de parto e os procedimentos da assistência, na perspectiva das mulheres, com o recorte de dois setores de financiamento da saúde brasileira, o público e o suplementar.

A partir daí, optamos pela abordagem do método qualitativo, uma vez que ele poderia ilustrar questões bastante peculiares do universo dos significados, crenças,

valores e atitudes, presentes nas perspectivas das próprias mulheres (MINAYO, 2010).

Definido o método, privilegiamos a técnica da entrevista como instrumento capaz de captar os objetivos pretendidos, uma vez que por meio dela emergem “condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (MINAYO e SANCHES, 1993, p.245).

Através de um roteiro de entrevista semiestruturada, compomos questões abertas e fechadas sobre a experiência das mulheres em três níveis temáticos: pré-natal, parto e pós-parto. Assim estruturadas as entrevistas, as mulheres tiveram a possibilidade de contar suas experiências e o modo como exerceram suas decisões e escolhas no parto.

Para a criação do instrumento de entrevista, utilizamos um levantamento bibliográfico sobre o tema, prevendo a abordagem dos dois momentos importantes de escolha informada e decisão na experiência das mulheres: o pré-natal e o parto. O conteúdo do roteiro focou as seguintes abordagens: aspectos das percepções dos riscos e benefícios dos procedimentos de rotina no parto e a via de parto; satisfação com a assistência; os recursos educativos; informação oferecida nas consultas; negociação com os profissionais, vivências no pós-parto e os impactos das negociações. Outras categorias de análise que surgiram espontaneamente.

A interpretação dos profissionais sobre o que mais importa na assistência – o desfecho do parto e não a satisfação das mulheres com a experiência (HODNETT, 2002) – pode estar relacionada às dificuldades que elas encontram para expressar suas vivências negativas de parto. Nesse sentido, a entrevista como meio de interação entre a pesquisadora e as entrevistadas viabilizou, sobretudo, um processo de escuta livre, no qual as mulheres puderam trazer todos os seus sentimentos à tona. Muitas vezes, a experiência da entrevista configurava-se como uma vivência de elaboração da experiência e também como forma de denúncia:

“(...) tenho muita dificuldade em expor isso, e não foi fácil relembrar tudo o que está aqui; mexi em feridas grandes e doloridas que ainda não cicatrizaram, e muitas lágrimas foram derramadas até que todas as perguntas fossem respondidas.” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

Embora não estivéssemos procurando analisar as decisões no pós-parto, essa questão foi incluída porque muitas mulheres relataram a experiência da amamentação ou o processo de tomada de consciência após um parto traumático, com a ajuda de grupos de apoio, momento que se configurou decisório para as decisões das outras experiências.

Seguindo as explicações de MINAYO (2011), foi utilizada a análise temática de conteúdo, que consiste em uma percepção dos *núcleos de sentido* presentes na comunicação, cuja frequência tenha algum impacto sobre o objetivo estabelecido. As categorias *a priori* foram criadas a partir dos objetivos específicos propostos.

Na sua primeira etapa, foi realizada a pré-análise do material, por meio da leitura flutuante e contato exaustivo com as entrevistas transcritas. Aquelas realizadas por *email* eram lidas imediatamente e, em seguida, arquivadas em uma pasta virtual, disponibilizada pelo software *Dropbox*³³.

As leituras flutuantes foram realizadas juntamente com o material de transcrição das entrevistas gravadas em áudio (*Skype* e presencial). Essa etapa permitiu perceber o que se apresentava repetitivo e também singular, identificando os núcleos de sentidos para agrupamento das categorias, subcategorias e temas identificados.

O tratamento dos dados foi realizado através das ferramentas disponibilizadas pelo software NVivo³⁴, que permitiu agrupar os trechos das entrevistas transcritas às categorias, subcategorias e temas identificados. Realizada essa etapa, o software disponibilizava um relatório que continha todos os trechos selecionados pela pesquisadora.

Dessa forma foi possível realizar uma síntese interpretativa, articulando os textos de análise aos referenciais teóricos e revisão bibliográfica, respondendo os objetivos propostos nessa pesquisa.

Como técnicas de entrevista, disponibilizamos três modalidades: via *email*, presencial ou por *Skype*. Isso porque decidimos disponibilizar o convite da pesquisa

³³ Software gratuito, disponibilizado pela internet, que tem como principal característica permitir o compartilhamento de arquivos em pastas virtuais, que podem ser gerenciadas pelo próprio computador do(a) usuário(a). Dessa forma, todos(as) os(as) integrantes do nosso grupo de pesquisa podiam visualizar as entrevistas ao mesmo tempo.

³⁴ A página inicial do NVivo, com as categorias *a priori* criadas, pode ser conferida no ANEXO E.

na blogosfera do ativismo situado na internet, o que explicaremos a seguir. As redes sociais não possuem fronteiras geográficas claras e resolvemos aceitar as mulheres com base no seu “desejo de narrar” a experiência.

Coleta de dados

Pensando na facilidade de acesso aos sujeitos da pesquisa e sabendo do grande retorno do público on-line – como registrado na última grande pesquisa em forma de “blogagem” coletiva, o Teste de violência obstétrica online³⁵ – nos encorajamos a divulgar o convite pelo *Facebook*, rede social situada no contexto da blogosfera³⁶. Além disso, à época de nossa entrada no campo, acompanhávamos diversas ações do ativismo pela humanização do parto e nascimento realizadas especificamente neste contexto da internet.

Por blogosfera do ativismo da humanização entende-se a comunicação entre mulheres e profissionais organizados, na internet, em torno do tema da maternidade e do parto, que vem ocorrendo de forma bastante intensa (CARNEIRO, 2011). *Sites* e *blogs* foram sendo construídos em nichos da internet por mulheres e profissionais dissidentes da obstetrícia “típica”³⁷, que decidiram denunciar e promover um veículo de informação para o tema da humanização do parto e nascimento³⁸.

³⁵ O teste de violência obstétrica foi realizado via internet e mobilizou dezenas de *blogs*, alcançando a participação de mais de 2 mil mulheres, que deram seus depoimentos sobre a violência em seus partos, em 2012. Em quase metade dos nascimentos analisados, a violência estava presente na forma de xingamentos, humilhações, ameaças e condutas sem consentimento informado, além de violência física constituída de práticas inapropriadas na assistência, causadoras de inúmeros efeitos adversos às mulheres. O teste foi conduzido por Ana Carolina Franzon e Lígia Moreiras Sena. Disponível em: <<http://www.partonobrasil.com.br/2012/05/teste-da-violencia-obstetrica>>. Acesso em: nov. 2012.

³⁶ Blogosfera é o termo coletivo para *weblogs* (ou *blogs*) como uma comunidade ou rede social (WIKIPEDIA, [s.d.]). Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Blogosfera>>. Acesso em: abr. 2013.

³⁷ “(...) típicos, ou seja, adeptos de métodos mais tradicionais de atenção ao parto, como cesarianas de rotina e partos vaginais com intervenções. Os integrantes deste grupo apresentaram também uma maior tendência a assumir o protagonismo do parto” (LINO, 2011, p. 25).

³⁸ Na década de 1990 surgiram as primeiras listas de discussão sobre humanização do parto, como a da REHUNA (Rede pela Humanização do parto e Nascimento), partonatural@egroups e amigasdoparto@egroups. Por meio delas outras listas, grupos e *blogs* foram se formando, em uma complexa rede espalhada pela internet (DINIZ, 1996).

Com a finalidade de contextualizar o momento do ativismo (lugar de divulgação e execução de parte do campo desta pesquisa), expomos os motivos pelos quais escolhemos essa forma de divulgação da pesquisa e por que tivemos uma grande e surpreendente adesão do público convidado pela internet.

No fim do mês de junho de 2012, acontecia no Brasil a “Marcha do parto em casa”, que reuniu centenas de mulheres e famílias em protesto coletivo de rua, em diversas capitais e cidades do país³⁹. A manifestação foi razão de inúmeras notas em jornais, revistas e televisão, fomentando grandes discussões na internet, em especial no *Facebook*⁴⁰. Em seguida, em 5 de agosto, após o deferimento duas resoluções do Cremerj (265 e 266/12)⁴¹, novamente as mulheres se organizam para outra manifestação, nomeada “Marcha pela humanização do parto”, realizada em 32 cidades brasileiras.

Aproveitando a atenção da mídia, as mulheres e suas famílias foram às ruas reivindicar o direito de escolher como, onde e com quem dar à luz, apoiando a assistência baseada em evidências científicas e os direitos humanos das mulheres.

³⁹ A mobilização teve início quando o CRM apresentou-se contra o parto domiciliar em represália a um profissional médico do movimento pela humanização.

⁴⁰ Rede social da internet, o Facebook reúne perfis de usuários previamente cadastrados, adicionando a eles outros usuários como amigos. A rede permite a troca de mensagens, com notificações automáticas. Além disso, os usuários podem participar de grupos de interesse comum de outros utilizadores, organizados por escola, trabalho ou faculdade, ou outras características, categorizando seus amigos em listas. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Facebook>>. Acesso em: abr. 2013.

⁴¹ Sobre as resoluções e a petição pública ocorridas à época da ação: <<http://www.peticaopublica.com.br/?pi=265266RJ>>.

Figura 2 - Marcha pela humanização do parto no Rio de Janeiro.

Foto: Blogueiras Feministas⁴²

Nesse período, lançamos o convite para a participação nesta pesquisa, via *Facebook*. Embora tenha havido inúmeros compartilhamentos de amigos e colegas, não conseguimos dimensionar quantas pessoas ele atingiu. Isso porque, além de ter sido compartilhado na própria rede do *Facebook*, o convite também havia sido divulgado em outros *blogs*, *sites* e grupos de discussão.

Para a comunicação com as interessadas em participar da pesquisa, criamos um *email* específico (escolhasnoparto@gmail.com), informado no convite compartilhado nas redes sociais e que englobava outra pesquisa em andamento sobre o tema.

Figura 3 - Convite da pesquisa divulgado no *Facebook*.

GÊNERO, MATERNIDADE, SAÚDE
GEMASIF/USP

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
Comitê de Ética em Pesquisa FSP/USP 0095.0.207.000-11

**RISCOS E BENEFÍCIOS DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO:
PERSPECTIVAS DE USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS**

Convite para participação em pesquisa
qualitativa da Faculdade de Saúde Pública da USP
Entrevista semi-aberta - cerca de 30min duração

<p>PÚBLICO</p> <p>Mães que tiveram parto normal ou cesárea no SUS, pelo plano de saúde ou particular</p> <p>Pais que foram acompanhantes de parto em hospitais, CPNs ou domicílio</p> <p>Profissionais de saúde e gestores</p>	<p>INFORMAÇÕES E INSCRIÇÕES</p> <p>escolhasnoparto@gmail.com</p> <p>Presencial em São Paulo (SP) ou via Internet (Skype): Julho-Agosto 2012</p>
---	---

No primeiro dia de divulgação, recebemos cinco *emails* manifestando interesse em participar da pesquisa. Nas três semanas seguintes, houve uma

⁴²Disponível em: <<http://blogueirasfeministas.com/2012/10/por-que-voce-nao-gosta-de-falar-sobre-violencia-obstetrica/>>.

movimentação de quase 20 *emails* ao dia. As mensagens, enviadas pelas próprias mulheres, expressavam fortemente o “desejo de narrar” suas histórias sobre a vivência do parto.

Já no nosso primeiro *email* de retorno, agradecíamos às interessadas a disponibilidade para participar da pesquisa, enviávamos um cadastro com dados de identificação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para validação de assinatura, bastava que as mulheres preenchessem e enviassem o TCLE pelo seu próprio *email*. Esse tipo de validação de assinatura tem sido utilizado nas pesquisas pela internet (BECK, 2005). Realizada essa etapa, cada mulher escolhia a modalidade de entrevista (*email*, *Skype* ou presencial) e dávamos andamento ao processo.

Para organização dos dados das interessadas, utilizamos planilhas em Excel, à medida que as mulheres nos enviavam o cadastro, TCLE e o questionário respondido.

O desejo de narrar

“Experiência frustrante, violenta e inesquecível. Meu marido, (suprimido nome) também tem interesse em participar. Moramos perto da USP e podemos também fazer a entrevista via Skype. Obrigada.” (Roberta, primeiro parto normal pelo convênio, segundo parto normal pelo SUS)

Com a chegada dos primeiros *emails*, fomos percebendo o quanto havia um “desejo de narrar” por parte das mulheres – histórias que envolviam desde satisfação a traumas na vivência do parto. Esse desejo era tão forte para algumas que elas se dispunham a participar mesmo ainda grávidas.

“Sou gestante de 40 semanas e meu esposo me acompanhou durante toda a gestação e preparação para o parto – e acompanhará o parto. Estou esperando por um parto ativo e humanizado, mas estou com uma situação (baixo líquido amniótico grau severo 29 mm) que pode desencadear em uma cesárea. Coloco-me à disposição para participar da pesquisa e creio que meu esposo não fará objeções em participar também” (Cristiane, gestante)

Não raro, as mulheres enviavam *emails* dispondo-se a fornecer outros materiais, como cartas enviadas para instituições de saúde, fotos e vídeos do parto, indicando imensa vontade de participação e, principalmente, de expressar o sentimento de poder realizar algum tipo de denúncia através deste estudo.

“Segue em anexo o roteiro respondido. Não precisei de muito tempo, as coisas saíram como um jorro... Se houver alguma dúvida sobre o que eu escrevi ou alguma pergunta adicional que você ache necessária, entre em contato via e-mail que eu terei muita satisfação em responder.” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

Esse perfil de mulheres também foi encontrado no estudo de BECK (2005), quando o pesquisador, que analisava o estresse pós-traumático advindo da experiência do parto, percebia que a participação das entrevistadas, antes de tudo, funcionava como uma espécie de processo terapêutico, a partir do qual elas poderiam elaborar sua experiência.

Preocupadas em abordar com bastante delicadeza o desejo de narrar dessas mulheres, e tendo em vista nossas dificuldades práticas para entrevistar tantas mulheres interessadas, enviamos um *email* para todas agradecendo o interesse na pesquisa e privilegiando a participação via *email* ou relatos de parto, que ficariam disponíveis em um *website* da pesquisa ou em banco de dados compartilhado, desenvolvidos após o término deste estudo.

As entrevistas via *Skype*

Como explicamos, decidimos disponibilizar três modalidades de entrevista: *email*, *Skype* e presencial, tendo em vista o forte “desejo de narrar” das mulheres.

A entrevista por *Skype* foi oferecida porque percebemos que o convite espalhava-se pela blogosfera, atingindo mulheres de diferentes lugares do Brasil. Técnica recente de entrevista, apresenta várias vantagens e desvantagens.

Na maior parte das vezes, as mulheres que optaram por essa modalidade estavam distantes da cidade de São Paulo, não podendo por isso conceder uma

“Tive o meu primeiro filho há 12 dias, e ao ver a divulgação dessa pesquisa no Facebook, gostaria de poder contribuir, embora esteja limitada em relação aos horários (e moro em campinas, portanto, precisaria de entrevista via Skype). De qualquer forma tenho interesse, podemos conversar sobre isso. Atenciosamente.” (Emérita, não informado o local do parto)

entrevista presencial; também não tinham preferência em relatar sua experiência via *email* ou mesmo não tinham disponibilidade de horário para nos atender pessoalmente. Assim, as entrevistas pelo *Skype* aconteceram, na sua maioria, com mulheres que não residiam na capital paulista.

Como exigência para o manuseio do software *Skype*, era necessário que tanto a pesquisadora quanto a entrevistada tivessem instalado em seus computadores o programa com conexão via internet.

Assim como nas entrevistas presenciais, as realizadas via *Skype* foram armazenadas em um gravador digital instalado na porta de saída de som do *notebook*. As entrevistadas eram avisadas sobre a gravação da conversa, sem o conteúdo da imagem. Assim como aquelas presenciais, tiveram duração que variou de trinta minutos a quase três horas.

Uma das grandes críticas a essa modalidade, assim como aquela realizada via *email*, refere-se à perda do conteúdo face a face das entrevistas presenciais (BRAGA, 2012). No entanto, outros recursos oferecidos pelo próprio *Skype* podem auxiliar nesses aspectos. Além da possibilidade de acontecer através de som, também pode ser utilizada uma câmera *web*, que é conectada ao computador em uso, o que permite a geração e transmissão simultânea de imagem.

Embora não represente todo o contexto de face a face das entrevistas presenciais, nas quais é possível interagir com outros aspectos, como a sensação do entrevistado e a comunicação não verbal, permite a observação do entrevistado e de parte de suas expressões. Cabe ressaltar, no entanto, que o programa possui ainda uma interação de *feedback* da imagem das duas pessoas ao mesmo tempo, o que também pode promover certo grau de monitoramento de quem fala simultaneamente de quem escuta, o que não ocorre em entrevistas presenciais, quando nem entrevistado nem entrevistador podem ver suas próprias imagens enquanto falam.

Durante as entrevistas via *Skype*, na maioria das vezes optamos por não utilizar o recurso da *webcam*, pois o procedimento reduz a qualidade do som. No início da entrevista ligávamos a câmera para que visualmente pudéssemos nos conhecer, fechando-a em seguida, no transcurso da conversa. Ao final voltávamos a ligar a câmera para despedida. Ressaltamos que essa negociação ocorreu muito tranquilamente, não havendo queixas das mulheres por falar sem o uso da câmera.

Apesar da ausência de imagem, durante a maior parte da entrevista via *Skype* foi possível depreender muitos aspectos sutis da fala, que expressavam sentimentos e sensações. Nesse sentido, suspiros, choros, risadas e pausas constituíram-se elementos fundamentais para a interpretação dos depoimentos das mulheres.

Uma preocupação recorrente das entrevistadas dizia respeito à presença de outra pessoa no ambiente da conversa. Para dirimir essa preocupação, antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora avisava sobre o sigilo dos dados e informava que ela era a única pessoa presente.

Um fator de dificuldade nessa modalidade foram as perdas de conexão, que eventualmente ocorriam devido às falhas da internet. Por isso, antes de iniciarmos a entrevista, avisávamos sobre a possibilidade de ocorrência desse tipo de problema e informávamos que a entrevista seria retomada assim que estabelecida a conexão.

Todos os arquivos de áudio das entrevistas por *Skype* e presencial foram transcritos por duas profissionais contratadas pela pesquisadora. A revisão do material ocorreu concomitante à leitura flutuante da transcrição das entrevistas.

Por fim, registramos que a experiência com o *Skype* mostrou-se bastante proveitosa, uma vez que viabilizou a participação de mulheres residentes em diferentes regiões do país, sem complicações relevantes durante sua execução.

As entrevistas via *email*

“Vixe, prefiro por email então... as crianças não me dão tanto tempo de silêncio! Hehehe...” (Carol, parto normal pelo SUS)

“Como minha bebezinha é pequena, posso participar respondendo ao questionário por email. Sendo assim, confirmo interesse em participar e aguardo envio do questionário.” (Sabrina, não informado o local do parto)

A entrevista via *email* configurou-se como uma possibilidade viável principalmente para as mulheres que estavam em pós-parto recente ou com filhos presentes em casa, durante o dia. Argumentaram, assim, que poderiam responder o questionário paulatinamente, confirmando outros estudos (BECK, 2005; SALGADO, 2012).

Da mesma forma que as outras modalidades de entrevista, também nessa as mulheres recebiam o cadastro e o Termo de Consentimento, junto com o instrumento da pesquisa, por *email* criado especialmente para este fim. Todos os contatos foram feitos por ele e, sempre que necessário, as dúvidas eram igualmente sanadas.

As entrevistas respondidas via *email* também eram moduladas por elementos que caracterizavam suas emoções durante a escrita. As próprias mulheres escreviam sobre suas manifestações, como choro, angústia e a necessidade de ter de parar e voltar a escrever várias vezes, o que auxiliou nossa análise. A quantidade de páginas respondidas por cada mulher variou de no mínimo 8 a no máximo 14.

Essa modalidade também se mostrou interessante para a elaboração da experiência de cada mulher, como elas mesmas relataram, pois podiam parar a própria escrita sempre que precisavam. O tempo que cada participante ficou com o instrumento variou de um dia a mais de meses. Isso dependeu bastante da disponibilidade de cada participante, mas não atrapalhou o andamento de nossa pesquisa.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Ao final de três meses no campo, contabilizamos 149 mulheres que manifestaram interesse em participar da pesquisa, através do convite via redes sociais – um número muito acima da nossa expectativa. Dessas, 41 responderam o questionário: 6 via *Skype*, 3 presenciais e 32 por *email*.

A maioria dessas mulheres considerava-se “ativista pela humanização da assistência ao parto” ou tinham algum vínculo com o movimento pela internet – isso quer dizer que elas tinham acesso a um nicho bastante específico de informação, que alia a noção de direitos humanos das mulheres e práticas baseadas em evidências científicas para crítica aos modelos de assistência ao parto no Brasil (ressaltamos que nosso roteiro previa uma questão sobre essa caracterização das mulheres).

Tendo em vista as dificuldades para a análise de tantas entrevistas, optamos por selecionar as 6 entrevistas realizadas pelo *Skype*, as 3 presenciais e apenas 4

entrevistas respondidas via *email*. As quatro entrevistas respondidas via *email* foram escolhidas por critério de seleção desenvolvido com base na análise temática de conteúdo (MINAYO, 2010), conforme já mencionamos. Além disso, optamos por privilegiar aquelas com maior riqueza de dados e que, ao mesmo tempo, representavam a típica assistência ao parto no SUS e na saúde suplementar (excluímos, portanto, aquelas que representavam a assistência mista e via pagamento particular – parto natural hospitalar e domiciliar).

As quatro entrevistadas por *email* selecionadas apresentaram histórias que convergiam e também divergiam do material como um todo. Carol, usuária do SUS, foi incluída por apresentar uma assistência totalmente vinculada ao SUS e que convergia para o modelo de assistência típico, que inclui mais intervenções durante a assistência. Além disso, sua entrevista preenchida por *email* foi a mais curta de todas, trazendo o oposto do que observamos quanto ao “desejo de narrar”. Ela mesma conta que foi difícil escrever sobre as questões. E, embora tenha sido extremamente sucinta, pudemos depreender a insatisfação e dor advindas da experiência.

Larissa foi incluída porque teve uma cesárea como primeira experiência, que ela considerou indesejada, mas conseguiu um parto normal na segunda gravidez; e Elen, por ter tido duas cesáreas indesejadas, mesmo acessando a rota específica. Ou seja, a experiência de Elen representava o oposto daquela de Larissa: apesar da primeira cesárea indesejada, já fazendo parte da rota específica, não conseguiu o parto normal pelo convênio.

Cibelly, que teve parto normal pelo convênio, foi selecionada em consequência de sua inserção na categoria que denominamos “desejo de narrar”, embora já tivéssemos muitas mulheres com experiência de parto normal pelo convênio, representando o oposto da assistência típica do setor suplementar (no qual há maiores taxas de cesárea). Sua entrevista escrita foi a mais longa e, segundo ela mesma conta, era interpretada como uma forma de denúncia.

Através dessa amostra autosselecionada via convite nas redes sociais percebemos que havíamos acessado uma rota bastante peculiar de mulheres, existente nas redes sociais, que chamamos de “rota específica da humanização”, conforme explicamos anteriormente.

Apesar do grande número de voluntárias, essas características nos fizeram pensar que deveríamos também entrevistar outras mulheres, não inseridas na blogosfera, que representavam as vivências mais típicas dos dois setores de saúde ora analisados. Assim, utilizamos a técnica bola de neve para captar outras mulheres, e indicadas por pessoas próximas.

Através da técnica de bola de neve foram realizadas 13 entrevistas com mulheres. Nessa amostra, 9 eram usuárias da saúde suplementar, das quais: 6 realizaram cesárea eletiva, 2 tiveram cesárea em trabalho de parto pelo convênio e 1 que deu à luz por parto normal. Das 4 mulheres usuárias do SUS: 2 foram submetidas à cesariana durante trabalho de parto e 2 deram à luz por parto normal.

No total, dentre as mulheres escolhidas da amostra autosselecionada, via convite nas redes sociais, e aquelas que captamos através da técnica bola de neve, contabilizamos 26. Dessas, 11 do grupo da saúde suplementar e 3 do setor público declararam-se ativistas ou tiveram alguma influência da rota específica da humanização pela internet, durante ou depois da gravidez e parto.

Amostra autosselecionada via redes sociais e tipos de entrevista

INTERESSADAS QUE FIZERAM CONTATO VIA *EMAIL*

*Apenas quatro entrevistas via *email* foram selecionadas, tendo em vista o volume de entrevistadas. O critério de seleção foi mencionado anteriormente.

Amostra via técnica bola de neve e tipo de entrevista

TOTAL DE ENTREVISTADAS

Amostra final das entrevistadas, rede de financiamento ao parto e tipo de parto

Nota: C = cesárea; PN = parto normal; CE = cesárea eletiva.

* Para não confundir o(a) leitor(a), conforme explicaremos a seguir, não alocamos 2 mulheres (dessas 4 mulheres que tiveram cesárea) para o grupo daquelas que denominamos cesárea eletiva, pois consideramos sua cesárea eletiva indesejada e fazem parte da rota específica da humanização, diferente das mulheres que compõem o grupo mencionado.

Caracterização das entrevistadas

Neste ponto pretendemos apresentar um breve resumo das características sociodemográficas e experiência de cada participante, correlacionando o tipo de parto e financiamento da assistência. Ao final são apresentados quadros com dados adicionais, como local de residência, modalidade de entrevista e a qual filho se refere a entrevista. Adicionamos anexo a este trabalho referente às características resumidas de cada entrevistada (ANEXO C).

Analizando o perfil socioeconômico das mulheres é possível observar que elas estão na faixa etária entre 17 e 40 anos, com maior concentração entre 30 e 39 anos. A única entrevistada com 17 anos é primigesta⁴³, tendo dado à luz no SUS. Observou-se maior quantidade de mulheres no grupo da cesárea eletiva entre os 30 e 39 anos.

Quanto ao estado civil, a maioria disse estar casada ou morando com companheiro, sem diferenças entre os grupos. A maioria das mulheres possui mais de 12 anos de estudo, embora duas usuárias do SUS apresentem entre 5 e 8 anos de estudos. No mesmo grupo, há duas mulheres que consideramos atípicas – Roberta e Beatriz, que entraram no estudo por convite via redes sociais, possuíam contato com o que chamamos de “rota específica da humanização”, apresentando maior proximidade com a crítica sobre os modelos de assistência ao parto no Brasil.

A maior parte das mulheres declarou cor da pele branca. As duas que se declararam “mulata” e “parda” estão no grupo das usuárias do SUS.

Sobre o tipo de financiamento da assistência, observamos que duas mulheres do grupo da cesárea eletiva tiveram pagamento particular e reembolso do convênio, o que também pôde ser observado em outras duas mulheres que tiveram partos normais pela saúde suplementar – elas utilizaram o convênio para hotelaria e reembolso do pagamento à equipe médica.

Entre as 8 mulheres que deram à luz em hospitais públicos, 5 tiveram a assistência totalmente vinculada ao SUS, incluindo o pré-natal e o parto; as outras 3 vincularam o pré-natal ao convênio, ou porque tinham plano de saúde da empresa em

⁴³ Mulheres que vivenciam a primeira gestação.

que trabalhavam ou ainda estavam na “carência” e não poderiam utilizar o plano de saúde para pagamento do parto.

Deixamos como opção das próprias mulheres dar a entrevista sobre uma ou mais experiências de parto. Mesmo quando uma das experiências não representava o típico da assistência, como priorizávamos nesta pesquisa, decidimos incluí-las. Isso porque favoreciam a comparação com a primeira experiência negativa de parto, o que influenciou a sua busca pela informação, como no caso de Larissa.

No Quadro 1, a seguir, podem ser vistos os anos de nascimento dos filhos referidos pelas mulheres. Não houve um critério de elegibilidade baseado no período de acontecimento do parto, pois durante o campo percebemos que esse detalhe não influenciava a análise. Os programas de humanização à assistência ao parto no Brasil existem desde os anos 2000 e nenhuma de nossas entrevistas inclui um nascimento antes desse período (o nascimento do primeiro filho de Patricia ocorreu em 1997 e, conforme apresentamos na tabela, essa experiência não está incluída neste estudo).

Analisando os quadros a seguir, é possível observar que algumas mulheres deram seus depoimentos sobre mais de uma experiência, às vezes vinculadas a financiamentos diferentes. A escolha pela alocação em determinado grupo de financiamento, para essas mulheres, justificou-se pela experiência mais relacionada à assistência típica que tiveram. Algumas vezes elas mesmas fizeram essa opção sobre em qual grupo alocar-se.

Além disso, para melhor compreensão do(a) leitor(a), identificamos ao lado dos excertos contidos na análise: o codinome escolhido por cada entrevistada; o tipo de parto vivenciado; a rede utilizada para financiamento da assistência; e a que nascimento referia-se (quando isso pudesse confundir o/a leitor/a).

É importante ressaltar que aquelas que tiveram cesárea eletiva pelo convênio, mas a consideraram indesejada, não foram incluídas no grupo específico, que denominamos de cesárea eletiva. Isso porque, apesar do mesmo desfecho quanto à via de parto, elas tiveram influência da rota específica da humanização e elaboraram a experiência de maneira bastante diferente, conforme explicaremos na análise. Essas entrevistadas foram Helena Mendes e Elen, participantes autosselecionadas via redes sociais.

Quadro 1 - Mulheres que tiveram cesárea eletiva, usuárias da saúde suplementar (convênio)

Codiname	Modalidade entrevista	Filhos, via de parto e Ano de nascimento	Financiamento	Local do parto	Técnica de captação	Refere-se à experiência
Ana	Presencial	1-C 2003 2-C 2007	Convênio	São Paulo	Indicação	Das duas filhas
Helena	Presencial	1-C 2009	Convênio	São Paulo	Indicação	Único
Marina	<i>Skype</i>	1-C 2012	Reembolso do convênio	Ribeirão Preto	Indicação	Único
Mirela	<i>Skype</i>	1-C 2004 2-C 2007	Convênio	Ribeirão Preto	Indicação	Dos dois filhos
Martha	<i>Skype</i>	1-C 2005 2-C 2010	Convênio	São Paulo	Indicação	Dos dois filhos
Marília	Presencial	1-C 2010	Reembolso do convênio	São Paulo	Indicação	Único

Nota: C = cesárea; PN = parto normal; PD = parto domiciliar; PF = parto com fórceps

Quadro 2 - Mulheres usuárias da saúde suplementar (convênio)

Codiname	Modalidade Entrevista	Filhos, via de parto e Ano de nascimento	Financiamento	Local do Parto	Técnica de captação	Refere-se à experiência
Elen	<i>Email</i>	1-C 2010 2-C 2012	Convênio	1-Vitória 2-Maringá	<i>Email</i>	Dois filhos
Larissa	<i>Email</i>	1-C 2009 2-C 2011	Convênio	Brasília	<i>Email</i>	Dois filhos
Cibelly	<i>Email</i>	1-C 2010	Convênio	Itajaí-SC	<i>Email</i>	Único
Sophia	<i>Skype</i>	1-pn 2008 2-está grávida	Convênio	Taubaté-SP	<i>Email</i>	Único
Sarah	<i>Skype</i>	1-C 2009 2- grávida	Convênio	São Paulo-SP	<i>E-mail</i>	Único
Helena Mendes	<i>Skype</i>	1-C 2009 2- grávida	Convênio	São Paulo-SP	<i>E-mail</i>	Único
Cassia	Presencial	1-PN 2001 2-C 2004 3-C 2012	Convênio	São Paulo-SP	Indicação	Terceiro filho
Lucia	<i>Skype</i>	1-pn 2009 2-PD 2012	Convênio	Curitiba	<i>Email</i>	Primeiro filho
Anne	Presencial	1-2011	Convênio e particular (pagamento do parto)	São Paulo-SP	Indicação	Único
Flavia	<i>Skype</i>	1-PF 2008 (faleceu) 2-pn 2010	Convênio e particular (pagamento do parto)	Belo Horizonte-MG	<i>Email</i>	Dois filhos
Anna	Presencial	1-pn2008 2-pn2011	Convênio	São Paulo-SP	<i>Email</i>	Dois filhos
Valéria	Presencial	1-C 2012	Convênio	São Paulo SP	Indicação	Único

Nota: C = cesárea; PN = parto normal; PD = parto domiciliar; PF = parto com fórceps

Quadro 3 – Mulheres usuárias do SUS.

Codiname	Modalidade entrevista	Filhos, via de parto e Ano de nascimento	Financiamento	Local do parto	Técnica captação	Refere-se à experiência
Patricia	Presencial	1-PN 1997 2-PN 2000 3-PN 2006 4-PN 2007 5-PN 2010 6- PN 2012	SUS	São Paulo-SP	Indicação	Sexto filho
Roberta	Presencial	1-PN 2005 2-PN2012	Pré-natal pago (Casa Angela) e parto no SUS	São Paulo-SP	<i>Email</i>	Dois filhos
Renata	<i>Skype</i>	1PF- 2008 1C-2010	Pré-natal pelo convênio e Parto no SUS	São Paulo-SP	<i>Email</i>	Primeiro filho
Bianca	Presencial	1C 2009 2C 2012	SUS	São Paulo-SP	Indicação	Dois filhos
Beatriz	Presencial	1-PN 2010	Pré-natal pelo convênio e parto SUS	São Paulo-SP	<i>Email</i>	Único
Débora	Presencial	1- PN2000 2-PN 2003 3-PN 2012	SUS	São Paulo-SP	Indicação	Terceiro filho
Luana	Presencial	1-C 2011	SUS	Ribeirão Preto-SP	Indicação	Único
Carol	<i>Email</i>	1- PN 2001 2- 2008 PD 3- 2010 PD	SUS	Rio de Janeiro- RJ	<i>Email</i>	Primeiro filho

Nota: C = cesárea; PN = parto normal; PD = parto domiciliar; PF = parto com fórceps

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Antes da entrevista, as participantes tiveram acesso ao TCLE. No caso das entrevistas via *Skype* e *email*, ele foi preenchido e enviado por *email* pessoal da entrevistada, através do qual era explicada a pesquisa e garantido o anonimato (Lei n. 196/96, sobre estudos com seres humanos). Para as mulheres que realizaram a entrevista presencial, bastava realizar a assinatura de próprio punho no TCLE.

Garantindo o anonimato, cada participante escolheu seu próprio codinome para ser identificada. Quando o nome escolhido já pertencia a outra participante, foi utilizado um sobrenome, também escolhido por elas. Nas vezes em que os nomes foram parecidos, modificamos a grafia.

Ao longo de todo o trabalho, a pesquisadora colocou-se à disposição das mulheres para o esclarecimento de dúvidas e auxílio, nos casos em que havia necessidade de ajuda – por exemplo, quando as mulheres pediam indicação de grupos de apoio em suas cidades ou mesmo informações sobre como denunciar os casos de violência obstétrica sofridas no parto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a leitura do(a) leitor(a), pensamos que nossa análise deveria estar vinculada simultaneamente ao tipo de financiamento da assistência ao parto, ao tipo de parto vivido e ao contato com a rota específica.

Desse modo, estruturamos a análise a partir das seguintes categorias:

- ✓ Preferências, medos e escolhas das mulheres: o lugar do gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos pautando as expectativas;
- ✓ Dúvidas, fontes de informação, consultas com o profissional e rota específica da humanização;

- ✓ Negociações e escolhas informadas: episiotomia, ocitocina, acompanhantes e via de parto.

Ancoradas no referencial teórico já exposto, propomos realizar o diálogo entre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, baseadas nos conceitos fundamentais propostos por CORRÊA e PETCHESKY (1996) e aqueles relacionados à categoria de gênero, apoiados na crítica do pessimismo sexual e patologização da experiência do parto, advindos da leitura do conhecimento médico-científico.

Retomando a leitura dos livros-texto da obstetrícia médica é possível identificar discursos que propõem uma espécie de “infantilização” feminina em decorrência da gravidez e maternidade. Expressões como “menina dengosa” ou “criança” parecem associar a gravidez ao contexto de fragilidade, que vitimizaria as mulheres por supostos desejos e inclinações infantis. A inferioridade feminina sob o olhar da medicina e o desmerecimento dos seus desejos e escolhas enquanto direitos já foram sinalizados em pesquisas recentes (LINO, 2010; HELOÍSA, 2012), nas quais as mulheres contaram que seus médicos pediam a elas que se preocupassem com o quarto e roupas do bebê, ao invés do tipo de parto.

(...) Como uma criança, começa a desejar guloseimas, a querer que se lhe façam a vontade na busca de pratos difíceis (...). De modo imediato, muito frequentemente, tais atitudes visam a obter maior cuidado e carinho dos circunstantes, máxime do marido. A mulher torna-se caprichosa, cheia de aversões por determinados alimentos e odores. O espectador que não se deixar envolver pelas aparências poderá com relativa facilidade observar todos êsses movimentos da gestante e perceber o seu sentido, na maior parte das vezes componentes do quadro da menina dengosa (PERESTELO, 1969, p. 239).

Partindo dessa premissa, colocamos aqui algumas questões: como o conhecimento médico-científico entende que as mulheres estão aptas para preferir e exercer suas escolhas na gravidez e no parto? Sob quais influências elas aceitam as condições impostas pela leitura médica sobre seus poderes de decisão, que *a priori* parecem estar “infantilizados” pela gravidez? Se o parto tem sido descrito como uma

“sequência mecânica”, conduzido unicamente pelo esforço de um músculo uterino unido à vivência passiva da própria mulher, como ela idealiza ou “pode” idealizar essas experiências?

Em seu livro *A mulher no corpo* Emily Martin (2006) faz uma atenta leitura de como a medicina norte-americana tem descrito o parto e o lugar da mulher nessa experiência. Apoiando-se na corrente feminista marxista e também na crítica ao modelo de assistência ao parto como evento centrado no médico e nos controles sobre o corpo feminino, que coloca as mulheres em posição de passividade diante dos procedimentos técnicos, a autora entende que elas parecem ser compreendidas em situação de passividade, sobretudo durante a negociação do próprio parto.

Validando tal afirmação, podemos encontrar no excerto de Rezende, presente em um dos manuais obstétricos mais divulgados e reatualizados no Brasil ainda hoje, como o parto foi e continua sendo definido como um conjunto mecânico, descorporificado da própria mulher:

São fatores do parto: o *trajeto*, representado pela bacia óssea e seu revestimento músculo-aponeurótico (capítulo 5); o *objeto*, que é o feto (capítulo 3); e o *motor*, útero ou matriz (capítulo 8) [grifos do autor] (REZENDE, 1969, p. 248).

Se as contrações são interpretadas como involuntárias e responsáveis pelo papel de “fazer o parto acontecer”, a mulher propriamente parece desaparecer nas descrições desses manuais, confirmando a hipótese de tornar-se passiva e mantida à revelia de todo o processo⁴⁴. Levando em consideração as afirmações de que as mulheres estão sob complexa influência cultural, social e econômica para formular suas escolhas (DAVIS-FLOYD, 1993; HOFMEYER e col., 2008; CHACHAM, 2006; DINIZ, 2009), como esse tipo de discurso médico, associado aos valores sociais e culturais, influenciaria as mulheres no contexto brasileiro?

Uma das grandes influências das interpretações médicas sobre a percepção do tipo de parto pelas mulheres refere-se àquela que entende o parto normal como um evento cercado de riscos às mulheres e aos bebês, o que, em parte, tem explicado as altas taxas de cesáreas eletivas no Brasil (DINIZ, 2009).

⁴⁴ A autora faz uma ressalva para o único momento, que parece exigir a participação ativa da mulher: a “expulsão”, quando ela deve “empurrar” o “feto” até sua saída, sob o controle da conhecida manobra de valsalva (ordens de puxos dirigidos).

Retomando a questão sobre o pessimismo sexual e a patologização presente em toda a construção do conhecimento acerca do corpo feminino, e da própria ciência da obstetrícia (ROHDEN, 2001), conforme referencial teórico já exposto neste trabalho, à medida que os conjuntos de intervenções foram sendo introduzidos na assistência, como tentativa de “corrigir” o corpo defeituoso feminino, mais especificamente no século XX, os danos foram aumentando e, cada vez mais, sendo entendidos como consequências inerentes à própria condição do parto em si. Daí originou-se a interpretação de que o parto espontâneo⁴⁵ seria muito mais arriscado (DINIZ, 2009; 1996).

5.1 PREFERÊNCIAS, MEDOS E ESCOLHAS DAS MULHERES: O LUGAR DO GÊNERO E DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PAUTANDO AS EXPECTATIVAS

5.1.1 Preferências das Mulheres pela Via de Parto

Dentre as preferências que emergiram de nosso material, destacamos os seguintes temas:

- Preferência pendular: entre a cesárea e o parto normal;
- Preferência pela cesárea: “uns recebem bem, outros mal – eu quero cesárea”;
- Preferência pelo parto normal: contrariando o pessimismo médico-científico;
- Sem preferência: “a cargo médico”.

Preferência pendular: entre a cesárea e o parto normal

Entre todos os grupos analisados houve maior preferência das mulheres pelo parto normal, com exceção daquelas presentes principalmente no grupo das que tiveram cesárea eletiva, apresentando a preferência que chamamos de pendular:

⁴⁵ O parto espontâneo é aquele recomendado pela Organização Mundial da Saúde e descrito como iniciado e acompanhado espontaneamente, sem utilização de drogas (OMS, 1996).

“normal, mas só se fosse ‘normal mesmo!’”, por razões que explicaremos a seguir.

Esse grupo relatou as impressões relacionadas ao “risco” como sendo característica inerente ao parto normal; seja pelo fato deste poder acarretar problemas imprevisíveis ou por parecer uma tentativa bastante difícil no contexto brasileiro, uma vez que a maioria das mulheres de seus círculos de convivência teve experiências frustradas pela preferência ao parto normal.

Embora outros estudos tenham percebido a preferência pela cesárea como forma de prevenção da dor e laqueadura tubária (BARBOSA e col., 2003; FIGUEIREDO e col., 2010), o fator mais relacionado ao desfecho da cesárea eletiva foi a superestimação do risco em torno do parto normal. Esse achado também pode ajudar a refletir sobre a mudança de preferência ao longo do pré-natal, vinculada fortemente à interpretação do “parto normal arriscado”, presente nos diálogos entre alguns médicos e as mulheres desta pesquisa.

Há dois trechos importantes na fala de Ana que podem transmitir o valor cultural a respeito do parto normal, enquanto uma atitude que requer cautela por parte das mulheres. “Tentar um parto normal” parece significar um evento marcado pelo risco:

“Porque eu acho que tem muita mulher que ‘eu vou tentar’ e vai até o último, último fio de esperança e até corre risco, né? Então, assim, eu vou tentar, desde que tudo esteja a favor de que eu tenha um parto normal, né?” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

Essa percepção pode estar associada ao fato de que a medicina estruturou seu pensamento clínico em torno do risco (TANAKA e ALVARENGA, 1999), determinando grande parte do desenvolvimento das intervenções na assistência ao parto. Esse tipo de discurso médico não está inerte na malha cultural e também pode ser absorvido pelo entendimento por parte das mulheres e da própria sociedade (DINIZ, 1996).

CHACHAM (2006), estudando a opinião de 18 médicos obstetras sobre parto normal e cesariana, compreendeu que, embora todos eles defendessem o primeiro como o melhor tipo de parto por ser mais “fisiológico”, a ambiguidade esteve presente no discurso, quando, em vários momentos, eles declaravam a noção de “imprevisibilidade” do parto normal. Como explica a autora, por meio desse discurso

a medicina vem validando o parto normal como “um procedimento de exceção, a ser usado em alguns casos” (p. 2).

Neste ponto, cabe retomar o contexto do surgimento da ginecologia e obstetrícia como uma ciência médica e sua progressão, entendendo a mulher como vítima das diversas patologias que respondiam a uma natureza instável de seus corpos.

A mulher é considerada mais sensível do que o homem devido a uma maior fragilidade. Isso significa que os seus sentidos são mais delicados, que para elas as sensações são mais vivas (...) A suscetibilidade nervosa é a qualidade característica desse sexo. Como consequência, a mulher é extremamente impressionável e instável. Está sempre e constantemente preocupada com as causas imediatas que produzem as mais diversas sensações, o que qualificaria a sua levandade (ROHDEN, 2001, p. 104).

Por outro lado, a replicação desse discurso nas vozes das mulheres aparece quando elas justificam que os fatores a favor de um parto normal no modelo biomédico não parece circunstância fácil, uma vez que alguns deles podem impedir essa idealização:

“Se eu não tiver dilatação, se eu não tiver condições físicas (...) eu não vou colocar nem a minha vida, muito menos a do bebê em risco, né?” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

“E aí eu sempre falei pro Pedro, eu não tava no meu peso ideal, eu já engravidei gordinha e tudo o mais. E aí eu falava assim pro Pedro: ‘Pedro, eu vou tentar parto normal’.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

No Brasil, algumas indicações para realização de cesáreas desnecessárias parecem ter se configurado como grandes mitos, incentivando a insegurança das mulheres na hora de decidir pelo tipo de parto (HOFMEYER e col., 2008; DIAS e col., 2008; CARDOSO e BARBOSA, 2012; BARBOSA e col., 2003) e promovendo o que chamamos de cesárea eletiva por “incentivo médico”.

Esses mitos já haviam sido sugeridos por FAÚNDES e CECATTI (1991) e validados por outros estudos que procuraram entender as justificativas em torno das conveniências e interesses médicos (CHACHAM, 2006; CARDOSO e BARBOSA,

2012; DIAS e col., 2008)⁴⁶. O tema tem sido tão fortemente debatido no Brasil que neste ano de 2013 será lançado um longa metragem a respeito do tema (*O renascimento do parto*)⁴⁷.

Conseguir um parto normal pelo convênio tem sido uma experiência tão difícil, e comprovada pelas estatísticas nacionais, que algumas mulheres preferem não criar expectativas em torno dele, tendo em vista a frustração que poderá resultar dessa experiência:

“Mas eu acho que a mulher que escolhe o parto normal cria muita expectativa e se frustra muito rápido, assim, de saber que não vai poder ter.” (Helena, cesárea eletiva pelo convênio)

O fato de Mirela ser médica e ter acompanhado partos durante a sua residência no curso de medicina pode sugerir que as intervenções são o foco do medo de complicações geradas pela própria iatrogenia durante o parto, mas interpretados como se fossem inerentes à sua fisiologia:

“Na verdade, eu acho que, pelo fato de eu ser médica, eu sempre tive até um pouco de medo do parto normal. Porque vi muita complicação já no hospital. Mas eu queria, assim, na minha cabeça, eu queria que as coisas fossem, se fosse pra ser normal, que fosse uma coisa muito tranquila (...)” (Mirela, cesárea eletiva pelo convênio)

Lendo o excerto de Martha podemos compreender porque o parto “normal” no Brasil tem se constituído em evento tão assustador e repleto de riscos, tornando-se foco de medo das mulheres e da sociedade – afinal, parece que o “normal”, no sentido do que seria fisiológico, praticamente desapareceu.

⁴⁶ Inúmeros *blogs* e *sites* de usuárias e profissionais ativistas pela humanização do parto e nascimento disponibilizam textos sobre falsas indicações de cesáreas, frequentemente utilizadas como argumento pelos profissionais médicos para o convencimento das mulheres sobre esse tipo de procedimento. Um dos principais textos divulgados na blogosfera foi o da pesquisadora e professora Melania Amorim. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/indicacoes-reais-e-ficticias-de.html>>.

⁴⁷ O longa metragem também vem sendo divulgado pela mídia: <<http://www1.folha.uol.com.br/multimedia/videocasts/1239114-filme-traz-mitos-e-verdades-sobre-o-parto-veja-trailer.shtml>>.

“Tinha, a princípio, parto normal. Isso. Mas pra mim tinha que ser bem normal (...) Mas eu não queria que tivesse... tivesse que mudar a posição do bebê, se tivesse girado. Não queria que usasse fórceps.” (Martha, cesárea eletiva pelo convênio)

Como tem sido atualmente discutido pelas ativistas da humanização da assistência ao parto, justamente a existência desse parto violento promoveria a cesariana como estratégia de escapismo ao sofrimento do parto normal, discurso típico no Brasil. Nas palavras de DINIZ e CHACHAM (2006, p. 321), “trata-se de ‘uma escolha entre ruim e o pior’, entre duas formas de vitimização. Nas palavras de uma usuária, ‘se tiver que cortar é melhor cortar por cima, porque embaixo é uma área mais nobre’”.

Assim como nos excertos anteriores, o de Helena denota contradição sobre sua preferência – uma característica que se repetiu diversas vezes nos discursos das outras mulheres desse grupo. Embora comece contando que preferia a cesárea desde o começo, mais adiante ela diz que “o normal vai acontecer, se tiver que acontecer.” Quando conta sobre o sofrimento de suas amigas que tiveram experiências frustradas de parto, podemos pensar que o “medo da frustração” também influencia a preferência pela cesárea. Por tratar-se de uma cirurgia marcada, portanto previsível, pode parecer um caminho que representa a redução de riscos advindos de possível frustração quanto ao tipo de parto. Há um fator condicional para a experiência com o parto normal, embora a reflexão sobre essa ambivalência não seja citada pelas mulheres.

“Então e eu nunca tive esse sentimento, porque eu já sabia que eu queria a cesárea. Então eu falei assim: ‘O normal vai acontecer se tiver que acontecer’.” (Helena, cesárea eletiva pelo convênio)

“Mas, também, não sou daquelas que assim: ‘Nossa! Eu quero muito um parto normal, se eu não tiver parto normal eu vou ser frustrada’. Porque a minha irmã mais velha já tinha três filhas. E no primeiro parto dela ela queria muito parto normal. Só que ela não tinha contração, a contração dela era inversa.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

O medo da frustração também pode estar associado à pessimização que o próprio conhecimento médico-científico tratou de construir em torno das descrições da fisiologia feminina. A “máquina” imperfeita que pode, na maioria das vezes, não

“produzir” o esperado e requerer interferências para seu “ajuste”. O médico torna-se o principal feitor: o mecânico que dirá se a máquina (a mulher) funciona e “produz” o suficiente. Esse julgamento também é utilizado quando os médicos pretendem convencer as mulheres a realizarem uma cesariana, conforme vimos repetidas vezes em nosso material de análise.

Assim, percebemos que todas as seis entrevistadas do grupo que representa a cesárea eletiva, com exceção de Marília (que declarou não ter preferência), expressaram opiniões pendulares quanto ao tipo de parto – ora pelo parto normal, se estivesse isento de riscos, ora pela cesariana, como forma de conter os possíveis “riscos e frustrações”.

Além da ambivalência presente nos depoimentos das mulheres que tiveram cesárea eletiva, encontramos o mesmo perfil em uma das entrevistadas do grupo das usuárias do SUS, sugerindo que essas noções de risco também podem rondar as mulheres que vivenciam o parto normal. Essa não seria uma característica exclusiva para as mulheres que realizam a cesárea eletiva, no entanto, pôde ser vista mais fortemente neste grupo específico.

“Sei lá, é. Durante a gravidez, como é que era quando você imaginava sobre o parto? Sei lá, não imaginava nada, eu tinha medo (...). E você tinha alguma preferência de parto? Eu queria normal” (Luana, parto normal com fórceps pelo SUS)⁴⁸

Às vezes contraditórias, as opiniões sobre as preferências pela cesariana e parto normal parecem ilustrar os conflitos relacionados às escolhas sobre a via de parto. Cabe frisar que essa ambivalência não foi um elemento apresentado de modo consciente pelas mulheres durante a entrevista, pois ora diziam preferir a cesárea, ora o parto normal, desde que fosse “normal mesmo” e isento dos possíveis “riscos”, conforme discutimos.

Preferência pela Cesárea: “Uns Recebem bem, Outros Mal – Eu Quero Cesárea”

⁴⁸ Todas as falas em negrito, presentes nos excertos, referem-se àquelas da entrevistadora.

“Porque sabendo como eram os partos normais, né? Porque, assim, o meu primeiro parto foi em hospital particular, mas eu não sofri tanto porque foi diferente, né? Mas, assim, aí depois (...) Aí o que acontece? Cê nunca esqueceu da dor e também das pessoas que te receberam, né? Uns recebem bem, outros mal, mas, assim, aí eu fiquei assustada e pensei: ‘Eu quero nor... eu quero cesárea’. Porque eu não sabia como era uma cesárea, quer dizer, e nem sei como é ainda, né?” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

O excerto de Patrícia faz inferência às interpretações sobre o parto normal que tipicamente acontecem nos hospitais do Brasil. Seja na rede pública ou privada de saúde, encontramos partos extremamente medicalizados, acelerados com hormônios sintéticos para condução ou indução, amniotomias⁴⁹ precoces, episiotomias, fórceps e a manobra de Kristeller⁵⁰, não raro acompanhados de tratamento grosseiro, com fortes apelos misóginos (D’OLIVEIRA e col., 2002; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; AGUIAR, 2010): “Na hora de fazer foi bom, porque você está chorando agora?”

Esse tipo de parto é ensinado nos hospitais-escola no Brasil (TESSER e col., 2011; DINIZ, 2009, 2001; MAIA, 2008; HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005)⁵¹ e está fortemente associado a piores resultados para a saúde das mulheres e dos bebês (HOFMEYER e col., 2008; TRACY e cols., 2007).

Analisando o depoimento Patrícia é possível entender porque a cesárea poderia ser uma estratégia de fuga da assistência típica ao parto normal. Ela havia dado à luz cinco filhos de parto normal, dos quais quatro pela rede pública. O tratamento às vezes desrespeitoso e a falta de acolhimento tornaram-se fatores decisórios para a sua preferência pela cesárea. Dessa forma, poderia conhecer uma outra possibilidade de parto, por meio da qual pudesse ser possível escapar da dor e da imprevisibilidade quanto ao tipo de tratamento que receberia.

⁴⁹ Rompimento artificial das membranas amnióticas.

⁵⁰ Pressão fúndica uterina realizada no período expulsivo pelo profissional.

⁵¹ No documentário *O futuro do nascer* o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, justificando a formação médica como fator de interferência para o cenário da violência obstétrica no Brasil, lembra a época de sua residência em obstetrícia, quando, ao atender uma gestante que se queixava de dor, escutou a frase de seu preceptor: “Ah, tá sentindo dor agora, na hora do bem bom pra fazer o filho não reclamava de dor?” Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=dTS7KYVU8hw>. Acesso em: mar. 2013.

Preferência pelo Parto Normal: Contrariando o Pessimismo Médico-Científico

Todas as entrevistadas, tanto do grupo de usuárias do SUS quanto da saúde suplementar, com exceção do grupo das mulheres que realizaram a cesárea eletiva e Patricia (usuária do SUS, preferência pela cesárea), Anna (primeira experiência, usuária da saúde suplementar, preferência pela cesárea), Luana (usuária do SUS, sem preferência) e Marília (usuária da saúde suplementar, sem preferência) tinham preferência pelo parto normal.

O depoimento de Beatriz ilustra a indignação como forma de resistência das mulheres que interpretam e confrontam as leituras médicas sobre o corpo feminino, atravessadas por aspectos econômicos, étnicos e sociais. A concepção do corpo como lugar perigoso está presente nas justificativas da médica para convencer Beatriz a não ter um parto normal. Na opinião da profissional, o único corpo capaz de funcionar seria aquele de uma mulher branca, com bacia larga e classe social abastada. Tal discurso também nos faz refletir sobre como a formação médica vem sendo influenciada pelas concepções sociais sobre gênero, etnia e classe social, mantendo as desigualdades de diversas formas (MARTIN, 2006).

“Aí ela me contou dez histórias de morte no parto, com sete meses de gravidez. Dez! Aí, a única que tinha dado certo – eu conto pra todo mundo, que é tão bizarro [risos]... a única que tinha dado certo, que não tinha paralisia, que não tinha morte, nem na mãe, nem no filho, tinha sido uma alemã, ‘com a bacia desse tamanho’, [disse a médica] olhando pra mim, entendeu?” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

Do ponto de vista relacional, a exigência de obediência ao conhecimento médico científico desconsidera aquele inerente à mulher sobre seu próprio corpo. Essa desigualdade de poderes tem raízes históricas e vem persistindo desde o momento em que as mulheres saíram da cena do parto para entrada dos cirurgiões médicos (RODHEN, 2001).

Por outro lado, quando as mulheres têm acesso à rota específica da humanização, parece acontecer um processo de reflexão crítica a respeito do cenário brasileiro da obstetrícia. Elas passam a entender que, de fato, o que se configura como “normal” na assistência típica das maternidades é bastante controverso. daquelas que acessaram a rota específica da humanização, após vivenciarem

experiência frustrada com o parto, as preferências já acompanhavam a formulação da crítica a respeito da dificuldade de negociação com o profissional durante o pré-natal:

“Procurei um médico favorável ao parto natural e considerei que ele não me empurraria uma cesárea, a não ser que fosse necessário (risco para a mãe e/ou bebê).” (Elen, cesárea pelo convênio)⁵².

“Acho que aí, mesmo antes da gravidez dele, eu tenho uns amigos que fizeram um livro sobre isso e tal, então eu acompanhei de perto e aí eu vi que não, que podia ir por um outro caminho, já vi outras possibilidades, entendeu? E aí foi quando fiz minha opção.” (Roberta, primeiro parto normal pelo convênio, segundo pelo SUS)

Aquelas que haviam conseguido acessar a rota específica da humanização ainda durante o pré-natal também revelaram as dificuldades de forma crítica e elaborada. Entenderam que a preferência sozinha não representava a certeza de um parto normal, uma vez que estava bastante relacionada às condições disponíveis pelo profissional que as acompanhava. Houve ainda a possibilidade de uma mudança sobre o significado dos tipos de parto, quando uma de nossas entrevistadas declarou ter migrado de opinião, da cesárea para o parto normal:

“(...) imaginava que eu ia marcar uma data, ia lá fazer uma cesárea como se aquilo fosse o parto. Mas aí eu comecei a pesquisar, a verificar o que que era melhor para a minha filha, o que que era melhor pra mim, pesquisar, ler sobre o assunto, conversar sobre o assunto e descobri que eu não queria de jeito nenhum uma cesárea, que eu queria um parto, que eu queria passar por essa experiência.” (Lucia, parto normal pelo convênio)

Outra questão pertinente diz respeito às diferentes noções sobre o direito à escolha do tipo de parto e, conseqüentemente, à sua preferência. Duas falas contraditórias apareceram, uma representando inferioridade no poder de decisão da escolha e outra, entendendo-a antes de tudo como um direito a ser respeitado:

“Hum, assim, o que eu me lembro é que eu nem pensava no parto... assim, o que eu queria, o que eu não queria, eu achava que eu nem tinha escolha também... sei lá.”

⁵² A explicação entre parêntesis do excerto foi realizada pela própria entrevistada, que nos enviou o questionário via *email*.

(Anna, dois partos normais pelo convênio- esse depoimento refere-se à primeira experiência)

“(...) E, porque eu comecei a ver que num... assim, eu não queria que ninguém possa [sic] tirar de mim o meu direito de como eu iria parir.” (Anne, parto normal pelo convênio)

Sem Preferência: “a Cargo Médico”

A absorção do discurso médico-científico e a inferioridade imposta às mulheres em relação ao saber médico institucionalizado (CHACHAM, 2006) podem acontecer com algumas mulheres, como vemos na fala de Maíra, que relatou não ter preferência pelo tipo de parto, delegando ao médico essa decisão:

“Não. Nunca consegui ter uma preferência. Só pensava no que fosse melhor pra neném. Mas... então, eu deixei a cargo de decisão do médico mesmo.” (Marília, cesárea eletiva pelo convênio)

A noção das mulheres sobre seus direitos relacionados às decisões em torno da via de parto também podem influenciar a ambivalência de suas preferências, como dissemos. No caso da primeira experiência de Anna, a ideia de que essa decisão não perpassaria por suas próprias escolhas pode ter gerado a sensação de dúvidas, como ela mesma conta:

“Hum... assim, o que eu me lembro é que eu nem pensava no parto... assim, o que eu queria, o que eu não queria, eu achava que eu nem tinha escolha também... sei lá.” (Anna, dois partos normais pelo convênio- esse depoimento refere-se à primeira experiência)

Discutir as “preferências” reprodutivas das mulheres como uma questão de direitos exige o compromisso de ir mais além do que a própria opinião ou crença expressa, como proposto nos estudos de gênero. Assim, desafia-se o que é geralmente normatizado pela cultura e utilizado de modo nivelado para restrição à autonomia das mulheres.

Ao mesmo tempo, afirmar que todas as mulheres estão exercendo seus direitos reprodutivos pode acarretar distorções sobre as diversas realidades envolvidas, como aquelas relacionadas à própria concepção médica a respeito de seus corpos, o que as impossibilita de compreender e exercer concepções positivas de suas capacidades reprodutivas e nascimento de seus filhos – as escolhas e preferências baseadas no medo, de fato, não parecem permitir a autonomia sobre as decisões das mulheres.

Muitas vezes, hipóteses, preferências e escolhas são construídas sob pressões familiares e das próprias normatizações provenientes da sociedade (CORRÊA e PETCHESKY, 1996), como aparece no fragmento de Ana: *“Porque eu acho que tem muita mulher que ‘eu vou tentar’, e vai até o último, último fio de esperança e até corre risco, né?”*.

Uma das possíveis explicações para as contradições desses discursos pode estar associada ao excesso de medicalização e intervenções desnecessárias sobre o parto normal, fruto da construção do saber médico-científico. Esse achado pode elucidar melhor a questão dos desfechos pelas cesarianas enquanto uma forma de escapismo das mulheres ao próprio parto, que a medicina tratou de defender. “Parto normal, mas só se for bem normal mesmo” representaria a máxima do que se tornou o parto normal para a cultura: um evento inseguro, arriscado, repleto de intervenções capazes de torná-lo mais arriscado.

Se nessa perspectiva a cesárea é uma possibilidade da certeza do controle e do livramento das intervenções como resposta ao “risco inerente”, o parto normal tipicamente associado às diversas intervenções arriscadas e dolorosas não parece ser uma opção segura para as mulheres. Além disso, há uma absorção da ótica do conhecimento médico-científico por elas, quando extrema confiança e vínculo são depositados exclusivamente no médico para mediar suas escolhas (FREIRE e col., 2011).

Quando nos deparamos com tal complexidade de contextos, imersos em tensões múltiplas que envolvem classe social, saberes culturais (médicos-científicos), etnia e gênero, percebemos que as críticas às escolhas das mulheres deve atentar para não “desqualificar” ou rotular suas decisões, como se fossem isentas de interferências, pressões e constrangimentos, que a própria cultura tratou de construir

– ou mesmo reduzi-las simplesmente às explicações simplistas, que não levam em consideração essa complexidade. Como dizer, por exemplo, que as mulheres optaram por uma cesárea eletiva simplesmente por ser “mais fácil”, por dar “menos trabalho” e ser fiel à “praticidade” do mundo contemporâneo- Ou que aquelas que optaram por um parto mais fisiológico são “primitivas” e “irresponsáveis”.

“Acho que é isso, quando ele me contou de um parto, que ele tinha feito um parto normal e que ele não tinha gostado, achado um absurdo – ele comentando da mulher gritando que depois ela agradeceu, achou tudo lindo, a visão dele era completamente oposta a isso.” (Roberta, lembrando a história que seu médico lhe contou sobre um parto fisiológico que havia acompanhando no hospital)

O fato é que esses argumentos entendidos de modo isolado podem obscurecer as origens por trás deles. Compreender o “lugar” em que cada mulher e suas próprias histórias situam-se requer questionamentos do tipo: “por que você acha que seu corpo não funciona?”; “o que seu médico disse que lhe fez parecer o parto tão arriscado?”; “o que você sentiu quando lhe contaram do fórceps?”, entre outras perguntas. E podem ajudar a traduzir a origem dos medos em relação aos seus próprios corpos e capacidades reprodutivas, possibilitando a reflexão sobre os artifícios que podem oprimir desejos/preferências e escolhas que aparecem disfarçados pela própria cultura e “conversas de consultórios”.

5.1.2 Os Medos Em Torno Do Parto

Associações às Expressões Culturais sobre o Nascimento

O que as mulheres falam a respeito de seus corpos nos obriga a olhar para além da família, para as características da organização social e cultura da experiência que também podem afetar a imagem cultural... (MARTIN, 2006, p. 133).

Algumas autoras dos campos da antropologia e das ciências sociais vêm problematizando as interpretações a respeito do significado do parto, encorajando críticas sobre como as mulheres vivenciam essas experiências, refletindo as tensões entre gênero e os conhecimentos médico-científicos (KITZINGER, 1985; DAVIS-FLOYD, 1993; MARTIN, 2006). Essas reflexões abarcam as diversas críticas sobre

as noções de segurança que a sociedade e as mulheres constroem em torno dos diferentes tipos de parto e assistência. As concepções de nascimento parecem estar associadas aos valores socioculturais construídos por complexas dinâmicas entre as tensões de gênero, o desenvolvimento técnico-científico, o poder autoritativo do médico e a tecnologia.

Se por um lado há o entendimento do parto como um evento médico e imprescindivelmente amparado pelas modernas tecnologias, por outro, ele também pode ser visto como luta pelos exercício dos direitos reprodutivos das mulheres, centrado na possibilidade de protagonismo feminino sobre seus corpos, vidas e funções sociais. Compreendendo que cada um desses entendimentos representa um conhecimento localizado de diferentes mulheres, de etnias e classes sociais diferentes, pretende-se aqui captar elementos da cultura que influenciam as mulheres no que diz respeito às concepções de seus corpos e capacidades reprodutivas. Esses elementos podem ser entendidos nessa seção, como parte inerente à construção que cada mulher representou sobre os medos acerca do parto e nascimento.

Como sugere MARTIN (2006), a atuação e a autonomia das mulheres podem ou não estar relacionadas a um parto mais ou menos tecnologizado e centrado na figura médica, embora muitas vezes elas próprias pareçam não ter consciência das práticas opressoras presentes na vivência do parto e nascimento de seus filhos. Ao mesmo tempo, outras mulheres sentem que perderam ou foram impedidas de vivenciar suas escolhas e experiências com respeito, como podemos ver fortemente no depoimento a seguir:

“Aí eu subo lá pra área do quarto. Aí eu já me senti... eu já não tava mais no inferno, eu tava em Auschwitz. É, porque aí você vai em fila com as mulheres tomar banho e a enfermeira lá olhando você; ela fica lá e você lá no chuveiro – na fila tinham mais três mulheres que tinham chegado e, assim, a cena é grotesca. É grotesca porque... porque todo mundo com o avental manchado de sangue. Aí você vai pro chuveiro: ‘Rápido, rápido, entra lá no banho e toma banho rápido’. Aí, ela fica lá olhando você tomar banho. Aí saiu muito, muito sangue. Aí, as outras saíram, eu continuei no chuveiro e ela pegou e falou: ‘Não, mas tem que ser rápido, vamos, rápido!’ Ali, eu me senti em Auschwitz.” (Roberta, primeiro parto normal pelo convênio, segundo parto normal pelo SUS – refere-se à segunda experiência)

Realizando revisão da literatura brasileira sobre razões apontadas pelas mulheres para a escolha do tipo de parto, a categoria “medo da dor ou sofrimento”

parece nortear a opção pela cesárea. Na maioria dos estudos, as mulheres desejam a cesariana pelo “menor sofrimento”/“medo da dor”, ou devido ao “desejo de laqueadura”. Já para preferência pelo parto normal as justificativas estão ancoradas em torno do conceito de que este tipo de parto é mais saudável ou “natural”, proporcionando, ainda, uma eventual “recuperação mais rápida” (BARBOSA e col., 2003; MIRANDA e col., 2008; DIAS e col., 2008; MANDARINO e col., 2009; PERPÉTUO e col., [s/d]).

No estudo de TEDESCO e colaboradores (2004), metade das mulheres que desejava cesárea (10% de 40 entrevistadas) preferia a cirurgia devido à sensação de maior segurança, embora no estudo de PERPÉTUO e col., [s/d] menos de 40% das mulheres que desejava cesárea considerava a cirurgia mais segura que o parto normal. As preferências são muito complexas e não parecem estar associadas somente à questão do “medo” da dor (PERPÉTUO e col. [s/d]), ainda que nos demais estudos esta tenha sido uma das possíveis justificativas das mulheres para desejarem a cesárea.

Com base nesse argumento, correlacionamos as razões apontadas pelas mulheres ouvidas nesta pesquisa para a escolha do tipo de parto às representações de medos que elas traziam sobre o parto normal e a cesárea. Para tanto, elencamos as questões fechadas presentes em nosso instrumento, que abarcavam os “medos” do parto, referidos pelas mulheres, e o julgamento de suas “capacidades reprodutivas”: “1) Você sentia medo com relação ao parto? Se sim, do quê? 2) Dentre as informações que recebeu, o que estimulou sua confiança para o parto? E o que desestimulou sua confiança? 3) Você acredita que todas as mulheres têm a capacidade para dar à luz? Se sim, o que você acha que poderia comprometer essa capacidade?” A partir dessas questões, levantamos possíveis fatores que influenciam as percepções das mulheres sobre o parto e os medos a ele associados.

Dentre todas as entrevistas, os seguintes temas emergiram sobre o medo do parto sentido pelas mulheres e suas capacidades reprodutivas:

- O medo de “não evoluir”, “não dilatar”, “estourar a bolsa”, medo do parto normal: o parto visto pelo pessimismo médico-científico;
- Medo da intervenção, procedimentos médicos;

- Medo de ser maltratada;
- Medo de morrer no parto;
- Medo da dor, de não aguentar – de que dor estamos falando?;
- Medo de não conseguir um parto normal.

Embora as razões levantadas por outros estudos para a preferência da cesárea estivessem relacionadas ao “medo da dor”, nesta pesquisa outras argumentações surgiram.

Para as seis mulheres que realizaram cesáreas eletivas, três categorias estiveram distribuídas entre suas opiniões: *o medo de “não evoluir”, “não dilatar”, “estourar a bolsa”, o parto visto pelo pessimismo médico-científico; medo da intervenção, procedimentos médicos; e o medo da morte*. A exceção foi Martha, que relatou não sentir qualquer tipo de medo com relação ao parto:

“Não. Não tinha muito medo, não. Não, não tinha medo.” (Martha, primeira cesárea de emergência e a segunda eletiva pelo convênio)

Para as outras mulheres, chama atenção o medo de ser maltratada, relatado por usuárias do SUS; o medo da dor, dentre as mulheres que não realizaram cesárea eletiva; e o medo de não conseguir um parto normal, dentre aquelas que acessaram a rota específica da humanização e planejaram o parto normal com médico do convênio e/ou plantonista.

Esses achados, em parte, confirmam os estudos supracitados sobre os medos relacionados ao parto, mas são discordantes quando associados às mulheres que desejam a cesárea eletiva.

O Medo de “Não Evoluir”, “Não Dilatar”, “Estourar a Bolsa”, “de Alguma Coisa Acontecer”, Medo do Parto Normal: o Parto Visto pelo Pessimismo Médico-Científico

“Tinha... morria de medo de ser normal, de nascer... falar de... não sei, de estourar a bolsa e de que... eu não queria.” (Helena, cesárea eletiva pelo convênio)

“Sim. Eu tinha medo de o bebê sofrer alguma anóxia (...) de ter dilatação, tudo. Mas, também, como eu já logo optei por cesárea, eu fui mais tranquila.” (Marília, cesárea eletiva pelo convênio)

“Ah, minha preocupação era de ter sofrimento fetal por não tá evoluindo bem, por o parto ser mais prolongado (...). Tinha, tinha medo do parto normal, como eu te falei, de algum problema com o bebê, ter sofrimento fetal.” (Mirela, cesárea eletiva pelo convênio)

Os depoimentos dessas mulheres expressam o medo dos “riscos” do parto normal, e a ideia de que seria muito difícil passar por ele sem nenhum problema. Esse é um exemplo de como a pessimização do corpo feminino, fabricado pela ótica do conhecimento médico-científico, é incorporado por algumas mulheres: o parto normal não parece “tão normal assim”, se há sempre a suposta necessidade de intervenções.

Novamente a percepção de “risco” aumentado associado ao parto normal apresentou-se como fator importante na preferência pendular da cesárea eletiva. A cirurgia é marcada como forma de promover conforto, não sobre a dor, mas para reduzir os “riscos” e a imprevisibilidade dos eventos do parto normal.

Como propõe DINIZ (1996), a cesárea sem indicação passa a ser utilizada pela medicina como forma “preventiva de parto”, uma vez que o conhecimento médico-científico passou a entender a mulher sob a ótica do pessimismo sexual e reprodutivo, julgando-as “potencialmente distócicas”. Assim, o próprio parto espontâneo passa a ser temido e redescrito sob as intervenções – agora necessárias para o desfecho final.

Para as mulheres dos outros grupos, essa categoria dos medos relacionados aos “riscos” e “intervenções” do parto também esteve presente e associada aos “mitos obstétricos”. Como já mencionado por FAÚNDES e CECATTI (1991): a bacia estreita, o bebê grande, a idade materna, o bebê não encaixado, entre outros:

*“Tinha medo de acontecer alguma coisa com o bebê, caso passasse de 41 semanas (as mães conversam muito sobre isso!)”*⁵³ (Elen, primeira cesárea durante trabalho de parto, segunda eletiva pelo convênio)

⁵³ Comentário da própria entrevistada, que nos enviou o questionário via *email*.

“(...) é, aí eu também fiquei com medo deles começarem a falar do líquido amniótico, sabe assim? E mais: eles vão dando motivos, né? Mas você fica nervosa e você acaba optando pela cesárea. Então, fui ver acupunturista, sabia que ela tinha cuidado de outras amigas, né?” (Anne, parto normal pelo convênio)

“Primeiramente [medo de] sentir dor e depois de acontecer alguma coisa, como depois aconteceu. De repente o... o neném parar, eu... eu não evoluir bem, acontecer alguma coisa comigo.” (Renata, parto normal pelo SUS)

A dinâmica do discurso médico parece não delimitar-se apenas aos profissionais médicos e seus livros-texto. Também está nos filmes e nas novelas (quando, quase sempre, o parto se dá pela cesárea programada ou pela imagem da mulher gritando, com a bolsa que estourou no carro e com os pés sobre estribos)⁵⁴. Essas imagens vêm fomentando insegurança em relação ao parto normal, passando a impressão de que ele seria perigoso. Diante desses fatos, parece esclarecedor o medo da dor não estar presente na maioria dos discursos dessas mulheres, mas o medo do imprevisível, de um parto “perigoso”.

Medo da Intervenção: Procedimentos Médicos

“É, eu tinha muito medo da episiotomia, porque foi, assim, uma das piores. Eu não sei te dizer o que foi pior, né, na verdade? Mas, assim, a episio... me... me... me... me perseguiu por duas semanas, né? Eu fiquei duas semanas depois do parto da Lorena sem conseguir sentar; eu sentava nessa poltrona, eu não conseguia amamentar porque doía, porque ardia, pra trocar ela eu tinha que ajoelhar no chão, colocar ela na cama, na minha cama, e tinha que ajoelhar no chão pra conseguir trocar ela.” (Anna, dois partos normais pelo convênio, refere-se à primeira experiência)

“Eu... eu... eu tinha com relação aquele negócio do pique. Do pique que eles dão, né? (...) Mas eu já vi gente morrer de dor. Quando vai fazer um xixi e tem um ponto lá na vagina. Eu falei: ‘Meu Deus! Será que isso não dói tão quanto uma cesárea?’ Porque dói!” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

O medo da intervenção e não do parto pode ajudar a entender de que maneira os procedimentos da assistência passam a ser vistos como causas da “dor”,

⁵⁴ A antropóloga e educadora perinatal norte-americana Vicki Elson desenvolveu o documentário *Laboring under an illusion: mass media childbirth vs. the real thing*, que mostra como a cultura influencia nossas vivências de parto. Disponível em: <<http://birth-media.com/laboring-under-an-illusion/>>. Acesso em: mar. 2013.

quando lemos os depoimentos dessas mulheres. Ao passo que as concepções em torno das intervenções descritas pela literatura médica quase sempre fazem desaparecer as desvantagens para a saúde e satisfação das mulheres.

Obedecidas, porém, as suas condições de praticabilidade, indicado bem e executado com habilidade, é intervenção que comporta mínimo de riscos, não pode malograr, e se danos eventualmente causar aos tecidos maternos e ao concepto, serão inexpressivos (REZENDE, 1969, p.1031).

O discurso do conhecimento médico-científico parece invisibilizar as iatrogenias causadas pelas próprias intervenções. O medo das mulheres com relação à episiotomia muitas vezes não foi compartilhado com o próprio médico, uma vez que elas entendiam que essa prática fazia parte da assistência, sendo muitas vezes indispensável. Em parte, esses medos influenciam as dúvidas das mulheres sobre os supostos benefícios do parto normal, já que elas sabiam que, de uma forma ou de outra, sairiam “cortadas” durante o nascimento de seus filhos.

Medo de Ser Maltratada

O medo do parto associado ao tratamento violento na assistência também foi expresso em três falas (mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar):

“Exato, tipo de chegar e não saber o que ia acontecer, como que iria ser, como que iriam me tratar, né? Sempre tem aquelas coisas de tratamento, né? Então meu medo era esse (...) Uma mulher que, eu conversando com ela na UBS, ela falou que o primeiro filho dela ela sentiu muita, muita, muita, muita dor. E daí ela pedia, né?, pra alguém fazer alguma coisa. E, daí, as enfermeiras gritavam com ela, falavam: ‘É mas na hora de você fazer estava gostoso’... e não sei o quê (...)” (Bianca, duas cesáreas pelo SUS)

“Ai meu Deus, quem vai me receber? Como que vai ser?” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

“Do parto em si não, eu tinha medo de ser maltratada. De não ser aquilo que eu, que eu gostaria que fosse.” (Lucia, parto normal, pelo convênio)

Como já mencionado, essa realidade tem sido comprovada por diversos

estudos (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010; AGUIAR, 2010; D'OLIVEIRA e col., 2002; DINIZ, 2009). Representa a infração dos direitos ao tratamento respeitoso, livre de coerção e violência. A autonomia das mulheres também sofre amputações, quando as formas de tratamento desrespeitosas as impedem de realizar suas escolhas em liberdade, tornando-se a violência foco do medo à própria vivência do parto.

Medo de Morrer no Parto

“Tinha muito medo, principalmente de eu morrer. De acontecer alguma coisa e eu morrer.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

“Muito! Isso ia bem na minha mente. Toda vez que eu ia no médico falava: ‘Ai, meu Deus, eu quero voltar pra casa!’. Mesmo porque eu tinha mais filhos, né? Tenho mais filhos.” (Patricia, parto normal pelo SUS)

A epidemia puerperal contada pelas diversas histórias presentes nos textos médicos dos séculos XVIII e XIX pode também ter influenciado o medo acerca do parto e nascimento pela sociedade. A crença religiosa cristã, que legitimou o poder médico sobre esse evento (lembra-se aqui da caça às bruxas, parteiras na Idade Média⁵⁵), pode ter seu viés de importância, quando o parto era compreendido como momento de culpa e expiação aos pecados femininos.

No contexto dessas polêmicas, se a cesárea significava uma condenação quase certa da mãe à morte, as alternativas menos perigosas estariam, ainda até o presente século, na operatória de arrachamento, com seus instrumentos “perigosos, sinistros, feticidas, e contudo imprescindíveis” (DINIZ, 1996, p. 144).

Apoiada pela crítica da teóloga Uta Ranke-Heinemann, DINIZ (1996) explica como os discursos cristãos estavam impregnados de conteúdos misóginos, que compreenderam a fisiologia feminina como um “ritual de expiação”.

⁵⁵ “La alianza entre la iglesia, el Estado y la profesión medica alcanzó su pleno apogeo con motivo de los procesos de brujería, en los que el medico desempañaba el papel de <experto>, encargado de prestar una apariencia científica a todo el procedimiento. Se pedía su asesoramiento para determinar si ciertas mujeres podían ser acusadas de practicar la brujería y si determinados males tenían su origen en prácticas mágicas” (EHRENREICH e ENGLISH, 1973, p. 19).

Afirmando tais críticas, a autora cita a passagem que se refere ao livro de Gênesis: “Ele disse à mulher: farei com que, na gravidez, tenhas grandes sofrimentos; é com dor que hás de gerar filhos. Teu desejo te impelirá para teu homem, e ele te dominará” (GÊNESIS apud DINIZ, 1996, p. 91).

Segundo afirma a autora, analisando as influências da crença religiosa cristã, o parto médico reinterpretaria as noções de culpa e sofrimento da mulher, “romantizando” e “naturalizando” a morte em decorrência dele. Foi justamente com o intuito de lidar com esses percalços inerentes ao parto que a medicina tratou de justificar a prática da intervenção pela “superioridade de gênero que se instaurava e explicitava na própria técnica” (DINIZ, 1996, p. 119). O medo da morte, o sofrimento e a expiação da culpa parecem estar estritamente relacionados às crenças religiosas, que, apesar dos anos, continuam exercendo relevância no imaginário da cultura.

Se de fato os conhecimentos são construídos e impregnados por complexas relações entre crenças religiosas, política e ciência (DE BARBIERI, 1993; DINIZ, 1996), essa poderia ser umas das explicações para a relação do cristianismo com a parturição e maternidade. Além disso, a descrença das mulheres sobre suas capacidades reprodutivas e a alta valorização da tecnologia como forma de controlar seus corpos podem explicar em parte o medo da morte e do imprevisível (DAVIS-FLOYD, 2001).

Medo da Dor, de Não Aguentar – De que Dor Estamos Falando?

“(...) porque, com a resposta dele, com certeza aumentou. A resposta que ele me deu né?: ‘Geralmente pessoas mais sensíveis sentem mais dor’ e tal. E só falou isso também, né? Então com certeza aumentou.” (Anna, dois partos normais pelo convênio)

“Medo talvez da dor, né? De você não aguentar, de ser aquela coisa insuportável (...)” (Valéria, cesárea pelo convênio)

“Tinha medo de sentir dor, mas achava que com a anestesia tudo ficaria bem.” (Carol, parto normal pelo SUS)

Apesar do medo da dor do parto estar presente nos estudos sobre o tema, como no de DOMNGUES e colaboradores (2004), quando discutimos sobre a questão, é importante definir “de onde vem a dor” da qual estamos falando. Se por um lado ela é aquela advinda do processo fisiológico, de outro parece advir dos procedimentos dolorosos, da ocitocina utilizada de rotina, das amniotomias, dos repetitivos exames de toque, das manobras de redução de colo e de Kristeller (ZORZAM e col., 2011)⁵⁶.

Parece necessário aprofundar a discussão sobre a questão da dor, já que são poucas as histórias de partos fisiológicos bem-sucedidos que permeiam o universo feminino. Passamos pelos difíceis períodos da utilização rotineira do fórceps e das ocitocinas como forma de esvaziamento das enfermarias de pré-parto (DINIZ, 1996). A dor como resultado da iatrogenia pode confundir-se com a dor inerente do próprio trabalho de parto fisiológico.

Além disso, é importante dizer que na maioria das vezes as mulheres declaram não ser informadas durante o pré-natal sobre o acesso aos métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor. Por outro lado, a “fragilidade” associada comumente às mulheres durante a gravidez pode desencorajá-las a uma atitude positiva diante do corpo, quando a supervalorização da tecnologia parece romper com a confiança nas suas capacidades reprodutivas (DAVIS- FLOYD, 2001)

Medo de Não Conseguir um Parto Normal, Medo da Cesárea

As mulheres que tiveram acesso à rota específica da humanização declararam fortemente o medo de não conseguir um parto normal com o médico do plano de saúde. Esse medo pode ser comprovado a partir das crescentes taxas de cesárea nos hospitais privados e também pelas frequentes denúncias de engano que as mulheres têm sofrido nos consultórios médicos, relatados na blogosfera da humanização (SALGADO, 2012).

⁵⁶ Disponível em:

<http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0215.pdf>.

“Tinha medo de passar por nova cesárea.” (Elen, duas cesáreas pelo convênio)

“Sentia muito medo de não conseguir ter o bebê por parto normal e acabar tendo que fazer cesárea.” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

“Não tinha medo do parto normal, tinha mais medo da cesárea, por ser uma cirurgia em que várias camadas [de pele] seriam cortadas, medo de alguma infecção, medo da peridural, da agulha.” (Larissa, cesárea e parto normal pelo convênio)

“Toda vez que eu me aproximava de plano de saúde, mesmo do discurso médico, eu tinha muito medo da cesárea, porque eu sabia que nenhum lugar, na minha cabeça... assim, nenhum lugar particular eu vou chegar e vão me fazer um parto normal.” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

Essa realidade tem sido combatida pelas ativistas da humanização do parto, a partir de uma perspectiva jurídica, inclusive. Em 2006, a Parto do Princípio elaborou um dossiê sobre a assistência ao parto no Brasil, que foi submetido ao Ministério Público Federal, especialmente sobre os abusos da cesariana no setor suplementar de saúde. Como fruto dessa ação, em 2010, o MPF obrigou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a regulamentar as taxas de cesárea das operadoras dos planos de saúde⁵⁷.

A tomada de consciência sobre a realidade obstétrica brasileira parece ser causa do medo e insegurança dessas mulheres, que não têm a garantia de um parto normal, através do financiamento pelos planos de saúde.

5.2 DÚVIDAS, FONTES DE INFORMAÇÃO, CONSULTAS COM O PROFISSIONAL E ROTA ESPECÍFICA DA HUMANIZAÇÃO

O direito à escolha informada no âmbito da saúde reprodutiva das mulheres está previsto em diversos documentos internacionais, fruto do avanço mais significativo da Conferência de Cairo, realizada em 1994, e pressupõe uma série de questões em termos de acesso aos cuidados apropriados, preferências, informações

⁵⁷ A denúncia foi feita em 28 de julho de 2006, por carta endereçada ao MPF. No site da organização Parto do Princípio é disponibilizado um texto que ajuda as mulheres a realizarem denúncia de cesárea desnecessária, alertando sobre sete infrações, de acordo com o código de ética médica. Dentre elas, realização da cirurgia sem consentimento e decisão livre da paciente. Disponível em: <<http://www.partodoprincipio.com.br/conteudo.php?src=CRM&ext=html>>. Acesso em: 15, abril de 2013.

e decisões das mulheres.

A definição mais ampla da OMS, de 1988, que previa o entendimento da saúde reprodutiva das mulheres para além das determinações biomédicas e tecnológicas, influenciou fortemente a definição do CIPD (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento) sobre a saúde reprodutiva, incorporando inclusive os homens nessa definição. Mais do que garantir a vivência plena de bem-estar físico, mental e social, ela salienta a necessidade de a saúde reprodutiva englobar todos os aspectos da vida e a liberdade de decidir sobre quando e como ter filhos, dispondo de informação para isso.

Procurando identificar os programas e documentos oficiais que tratam da divulgação e legitimação desses direitos, realizamos uma busca no *site* do Ministério da Saúde, localizando os seguintes materiais: *Carta dos Usuários de Saúde*, *Cartilha dos Direitos Sexuais e Reprodutivos* e *Cartilha da Gestante*.

Além disso, o atual Programa Nacional para Saúde da Mulher, no período que engloba a gravidez, o parto e o pós-parto, foi instituído, em 2011, no âmbito do SUS, e recebe o nome de Rede Cegonha, como reatualização do antigo PHPN, já abordado anteriormente.

Esse programa, com vistas aos pactos nacionais e internacionais pela redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e ao compromisso com os Objetivos do Milênio, visando “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento e ao desenvolvimento saudável”,⁵⁸ denomina em sua portaria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011):

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;

⁵⁸ Através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o Ministério da saúde institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 8 de abril de 2013.

- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social;
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Embora a política mencione o “enfoque de gênero”, não há delineamentos claros sobre o direito ao acesso à informação no pré-natal e o direito à escolha informada, livre de coerção e discriminação. O acesso à informação faz parte do que se considera saúde reprodutiva das mulheres, devendo ser garantido pelos programas e serviços de saúde.

O conceito de maternidade segura, que visa garantir a perspectiva de gênero sobre o cuidado à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto, entende que a violência contra as mulheres e a desigualdade entre homens e mulheres está em permanente dinâmica nas formas de cuidado à saúde.

Pensando em progredir nessa discussão, a WRA através do projeto Respectful Maternity Care elaborou um manifesto articulando os direitos humanos das mulheres às práticas de cuidado materno, uma vez que não há material que especifique esses direitos no cerne dessa vivência. Como define o manifesto: “A maternidade segura é mais que somente a prevenção da morte e incapacidade. É o respeito pela humanidade, decisão e preferência de toda mulher”⁵⁹.

No documento são apresentadas sete categorias de direitos humanos que devem ser respeitados para a garantia da maternidade segura às mulheres. Com o objetivo de analisarmos a questão sobre o direito à escolha informada, tomaremos como referência os artigos que estão correlacionados à questão da escolha informada e ao direito de exercer escolhas de modo autônomo, livre de discriminação e coerção.

Antes de abordarmos os caminhos que as mulheres dessa pesquisa disseram percorrer para acessar informações durante o pré-natal, pensamos que seria

⁵⁹ Disponível em: <<http://www.whiteribbonalliance.org/index.cfm/the-issues/respectful-maternity-care/>>.

interessante saber quais eram suas principais dúvidas sobre gravidez e parto. Para tanto, nos apoiamos nas respostas sobre as questões: “Você tinha dúvidas para lidar com a gravidez e parto? Que dúvidas você tinha?” Algumas poucas entrevistas não continham essa questão, quando ainda realizávamos os testes-piloto. Como decidimos não excluir essas primeiras entrevistas, captamos essa informação em outros momentos das entrevistas, quando as mulheres falavam sobre como eram as consultas, as conversas com o profissional e o que lhes causava medo ou ansiedade com relação à gravidez e parto.

5.2.1 Dúvidas com a Gravidez e o Parto

Como critério de delimitação conceitual, entendemos por “dúvidas” as questões que se associaram às preocupações e inseguranças em torno da gravidez e do parto para as mulheres. Assim, utilizamos as questões: *“Você tinha dúvidas sobre como lidar com a gravidez e o parto? Que tipo de dúvidas você tinha?”* Ao mesmo tempo, relendo as entrevistas e impregnando-nos do material, percebemos que as dúvidas muitas vezes não apareciam localizadas somente nesse questionamento, mas também naqueles em que perguntávamos sobre os medos e expectativas, por exemplo, o que também tornou rico o conteúdo como um todo nessa subcategoria.

Realizando levantamento bibliográfico sobre o tema das dúvidas mais frequentes relatadas pelas mulheres durante a gravidez, alguns estudos têm sugerido que as principais delas giram em torno do medo da dor do parto. No Brasil, DOMINGUES e colaboradores (2004) conduziram um estudo com 246 puérperas que haviam dado à luz em uma maternidade pública, buscando achados sobre a satisfação com a assistência. Dentre os resultados, 70% das entrevistadas disseram ter algum tipo de “preocupação com o parto atual”, principalmente com complicações de sua saúde e/ou a do bebê, medo da morte, dor do parto e do próprio processo fisiológico. Sobre o grau de informação que as mulheres declaram ter sobre o parto, apenas 23% sentiram-se “completamente informadas”, 43% não se consideravam informadas e 35% parcialmente informadas. Menos de 50% delas

referiam ter tido informações sobre o parto, sendo a principal fonte para o esclarecimento dessas dúvidas suas mães e outras mulheres. Apenas 17,7% referiram ter tido informação durante as consultas de pré-natal.

Em outro estudo, entrevistando mulheres usuárias de duas maternidades privadas, DIAS e colaboradores (2008) perceberam que, em uma das unidades, 89% consideravam-se informadas sobre vantagens e desvantagens dos diferentes tipos de parto, enquanto na outra, apenas 66,7% se percebiam informadas. No entanto, essas informações foram provenientes dos médicos em 60% e 80% das mulheres dos dois grupos, sendo o médico a principal fonte de informação para 50% das mulheres de uma das unidades. Esse achado nos instigou a pensar sobre “o tipo de informação” que essas mulheres acessaram e como elas influenciaram seus processos de escolha/decisão sobre o tipo de parto e assistência de modo geral, uma vez que ao término da gravidez, 70% das mulheres do referido estudo declararam ter decidido pela cesariana.

Em parte, nossos dados sobre as dúvidas apresentadas pelas mulheres confirmaram aqueles das pesquisas supracitadas, que discorrem sobre as incertezas relacionadas à dor do parto (“Será que eu vou aguentar?”), à saúde do bebê durante a gravidez e ao risco de complicações na gravidez e no parto.

Desse modo, identificamos os seguintes temas sobre as principais dúvidas das mulheres:

- Dúvidas com a gestação, riscos para o bebê, pós-parto: “será que a criança vai nascer perfeita?”;
- Dúvidas sobre a honestidade médica: “será que ele não está me enganando?”;
- Dúvidas sobre o lugar onde dar à luz: “existe um lugar no sistema em que eu possa confiar?”.

Dúvidas com a Gestação, Riscos para o Bebê, Pós-Parto: “Será que a Criança vai Nascer Perfeita?”

“(...) Mas eu tinha muito mais dúvidas em relação em como cuidar do neném do que a gestação em si.” (Marília, cesárea eletiva pelo convênio)

“A minha preocupação era em relação aos exames, a fazer o exame da translucência nuchal (...) Então, na verdade, eu acho que eu tava mais preocupada em como ia ser depois do parto, como eu ia cuidar do Davi.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

As mulheres do grupo denominado cesárea eletiva expressavam dúvidas mais fortemente relacionadas à gestação, desenvolvimento do bebê e questões relacionadas ao pós-parto, como amamentação e os cuidados com o filho. As questões referentes ao parto e procedimentos da assistência não foram foco de dúvidas, uma vez que as justificativas quase sempre estavam voltadas à decisão médica sobre as condutas no parto.

Vale ressaltar também que, embora as mulheres do grupo da cesárea eletiva não tivessem expressado dúvidas relacionadas aos procedimentos rotineiros da assistência, como o fórceps, a episiotomia e a ocitocina, quando questionamos diretamente sobre as dúvidas em torno da gravidez e parto, notamos que, em outros momentos da entrevista, as impressões sobre as intervenções médicas também pareciam rodear suas expectativas e, de alguma forma, interferiram no processo de elaborações de dúvidas, ansiedades e medos. Outro dado interessante foi perceber que essas dúvidas quase nunca eram compartilhadas com os médicos do pré-natal, mas elaboradas por elas mesmas em conversas com amigas e outros contextos sociais.

“Vi uma prima minha que chorava quando ela ia fazer xixi. Ela chorava de dor. De que ardia, doía, sei lá o que acontecia. E ela teve que dar o pique. Então, assim, o parto é traumático pra mulher.” (Ana, cesárea eletiva, pelo convênio)

“Não queria que usasse fórceps (...). Eu queria que o parto fosse normal, mas sem sofrimento pro feto e para mim.” (Martha, cesárea eletiva pelo convênio)

Isso não quer dizer que as dúvidas sobre o desenvolvimento do bebê também não estivessem presentes para as outras mulheres, mas foram percebidas de maneira mais frequente no grupo das que tiveram cesárea eletiva. Para as que não acessaram a rota específica da humanização, tanto do SUS quanto da saúde suplementar, as dúvidas também se relacionavam às possíveis intercorrências durante a gravidez, à fisiologia do parto, ao momento de ir ao hospital – como seria

a “evolução” do trabalho de parto e a forma de tratamento que receberiam.

“Isso, eu buscava primeiramente o desenvolvimento fetal, as doenças que podia acarretar. Então eu procurava saber o que era importante fazer na... no primeiro trimestre, os exames. E depois, conforme ele foi desenvolvendo, eu procurei ler muito sobre parto.” (Renata, parto normal pelo SUS)

“Será que a criança vai nascer perfeita?” (Débora, parto normal pelo SUS)

Chama atenção o fato de todas as mulheres do grupo da cesárea eletiva também expressarem a valorização de forte vínculo com o médico e a certeza de que ele saberia tomar a decisão sobre seus corpos. Desse modo, o profissional como principal fonte de informação se justificava na maioria das vezes.

“Mas eu sempre conversei muito com o meu obstetra. Assim, que ele era o médico e que ele ia resolver o que era necessário (...). Falei que a decisão ia ser dele.” (Mirela, cesárea eletiva, pelo convênio)

“O meu médico, (...) eu falei pra ele: ‘Tio, eu vou fazer o parto que for melhor’... né? (...) E ele falou: ‘Então tá bom. Então vamos ver, né? Como que... Vamos ver essa gravidez como vai ser e tudo o mais’.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

Dúvidas sobre a Honestidade Médica: “Será que Ele Não Está me Enganando”?

(...) quando colocamos nossa confiança exclusivamente em médicos que não acreditam em nossa capacidade de dar à luz, quando dependemos, como o fazemos, tão somente das técnicas médicas – então reforçamos nossa crença de que são indispensáveis para nós (BWHBC, 2000, p. 501).

Ao contrário das mulheres que mobilizavam o vínculo de confiança exclusivamente com o profissional do pré-natal e tinham a crença sobre a superioridade do conhecimento médico-científico, aquelas que haviam acessado a rota específica expressavam grandes crises de confiança nele.

Essas mulheres que desejavam um parto normal, tanto pelo SUS quanto pelo plano de saúde, expressavam grandes desconfiças do médico, formulando estratégias que lhes permitissem escapar das possíveis “armadilhas” (CARDOSO e

BARBOSA, 2012)⁶⁰ do modelo de conveniência médica, ou dos “médicos cesaristas”, como elas definiam. Elas negaram-se à subordinação do discurso médico, utilizando para tanto informações presentes em nichos da rota específica da humanização, nas redes sociais.

“Ah, se ela realmente ia fazer o parto normal, né? [risos] Porque a gente ouviu muita história de médicos que falam que fazem, chega na hora acaba não fazendo, né?” (Sophia, parto normal pelo convênio)

As maiores dúvidas apresentadas por essas mulheres estavam relacionadas à confiabilidade dos acordos estabelecidos entre elas e os próprios médicos que as acompanhava no pré-natal – tanto para negociação sobre o tipo de parto quanto para os procedimentos e intervenções que perpassam o modelo típico da assistência. Essas dúvidas quase sempre respondiam à “crise de confiança” com o profissional médico, em torno das interferências de mercado, conveniência do sistema de saúde, impessoalidade no vínculo médico-paciente (SCHRAIBER, 2008).

Dúvidas sobre o Lugar onde Dar à Luz: “Existe um Lugar no Sistema em que Eu Possa Confiar?”

“Não, era inaceitável, então eu ficava o tempo inteiro... a minha grande dúvida era se existia um lugar que eu conseguia confiar no sistema. Por isso que eu sou a favor de um SUS humanizado e não médicos na Vila Madalena humanizados, assim, sabe?” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

A descoberta das dificuldades em estabelecer vínculos de confiança inerentes à relação médico-mulher, no contexto do financiamento pelo plano de saúde, também gerou em algumas mulheres a necessidade de depositar confiança, sobretudo, no “lugar” onde iriam dar à luz. Ou seja, no próprio modelo de assistência, mais do que na figura isolada do profissional. Essa contradição entre o profissional e o “lugar” de assistência exigia a noção de que a responsabilidade sobre o modo como elas iriam dar à luz estava muito mais associada às escolhas delas do que àquelas dos próprios profissionais.

⁶⁰ O termo “armadilha” tem sido utilizado por outros autores. Apropriamo-nos dele para explicar as crises de confiança e dificuldades relatadas pelas mulheres durante as decisões da via de parto com os profissionais.

“Ah... muitas! A primeira, pra ser sincera, era na questão em casa, né? A gente ficou um tempo assim: ‘Será que em casa, será que não?’ (...)Então, por isso que eu optei pela Casa (...) , porque ali eu teria também um outro tipo de assistência, né?” (Roberta, parto normal pelo SUS)

Para as mulheres usuárias do SUS, as dúvidas também estavam bastante relacionadas ao hospital – o lugar onde poderiam dar à luz. De alguma forma, essa dúvida estava associada ao “medo” de não saber como seriam tratadas, refletindo de alguma maneira a crise de confiança não somente nos profissionais de modo geral, mas no próprio modelo de assistência. De modo mais sutil, as dúvidas diziam respeito às intervenções e procedimentos que acontecem durante a internação. Podemos supor que essas mulheres tinham introjetada a percepção de que necessitariam passar por “procedimentos” e que seus direitos de informação/negociação não estavam previstos na prática hospitalar.

“Ai, meu Deus, quem vai me receber? Como que vai ser? De tanto que eu pensei foi o que ocorreu e não foi legal.” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

“Aham... com certeza, que os tipos de hospitais... ‘nossa não vai naquele hospital que aquele hospital fez aquilo, outro aquilo. Não vai naquele hospital!’ Daí você não tinha nem... opção de qual hospital você iria.” (Bianca, parto normal pelo SUS)

Adentrar nesse universo das dúvidas que abarcam as vivências das mulheres na gravidez e no parto também nos motiva a questionar as interferências da cultura e de que maneira elas sentem-se “autorizadas” para sentir e expressar suas emoções e críticas, reconhecendo-as como parte de seus direitos reprodutivos.

Na maior parte das vezes, as mulheres que entendiam o parto como um “direito de escolha” sentiram-se agredidas por outras mulheres ou pelos próprios médicos exatamente por questionarem os procedimentos e o modelo de assistência ao parto vigente. Isso não ocorreu nos casos em que as mulheres interpretavam as decisões sobre a assistência como uma responsabilidade exclusivamente médica. Esse fato nos faz refletir sobre como a cultura pode influenciar a sensação de “sentir-se autorizada ou não” para a formulação de dúvidas e a própria tomada de busca de

informações, tendo em vista a supremacia e valorização dos conhecimentos médico-científicos.

5.2.2 As Informações Disponíveis, o Acesso, as Dinâmicas de Busca pelas Mulheres e a Rota Específica da Humanização

É certo que as mulheres devem receber informações honestas, precisas e objetivas a respeito de todas as questões que envolvem decisões acerca de sua vida sexual e reprodutiva, conforme discutimos nos capítulos iniciais deste trabalho. Entretanto, a crítica atenta sobre a impregnação do interesse localizado de cada interlocutor ou fonte de informação é indispensável para o entendimento dos significados delas – tanto por parte de quem a emite quanto de quem a recebe.

A informação, quando analisada isoladamente do contexto de origem – aí entendidos os cenários da cultura, religião, ciência, aspectos do gênero –, pode não ter significado algum para determinadas mulheres; do mesmo modo, para outras pode ser decisiva em seu processo de escolha.

Como vimos, nem todas as concepções sobre as opções de parto são interpretadas pela sociedade como “responsáveis”. Além disso, esses entendimentos influenciam onde e como as informações serão processadas (MALACRIDA, 2012).

Se a leitura do livro *Obstetrícia* (REZENDE, 1969) for disponibilizada para certo grupo de mulheres, certamente algumas irão estranhar e rejeitar a ideia do parto normal descrito pela ótica do conhecimento técnico-científico por sentirem-se ameaçadas pelo teor de extrema medicalização e intervenções e pela “perda de seus controles”. Por outro lado, outras mulheres poderão interpretá-lo como forma segura de dar à luz, uma vez que suas noções dos “controles pessoais” inscritos no parto estão subjacentes à valorização do processo tecnológico do nascimento e estreitamente vinculadas à figura médica. Em suma, tudo depende do lugar de cada mulher no contexto social e político, bem como das relações de gênero.

Do mesmo modo, algumas mulheres com acesso à rota específica da humanização, que frequentam grupos “alternativos” de pré-natal e fazem leituras de livros que tratam do parto natural – situados na noção do prazer e, muitas vezes, na potencialidade feminina para o parto “orgásmico” –, podem interpretá-lo ou

vivenciá-lo ora como oportunidade de exercício que permite o protagonismo feminino, ora como a própria sensação de perda de controle e sentimento de fracasso, quando esse percurso e objetivo não acontecem.

Essas contradições têm sido levantadas por outras críticas feministas, que vêm entoando o debate sobre o perigo da “tirania biológica” (STOCKILL, 2007, p. 575) e a essencialização do “natural”, como os mesmos cientistas do século XIX o fizeram (MARTIN, 2006, p. 255). A tese de Lino (2011) abordou a dinâmica desses paradigmas na perspectiva dos médicos chamados de típicos e atípicos (descrição também adotada neste trabalho e anteriormente esclarecida).

Já aconteceu de gente sentar aqui depois do parto e falar para mim, ‘porque eu escutei na lista que uma teve um orgasmo quando nasceu, a outra foi o momento mais feliz da sua vida, a outra achou maravilhoso, quando eu estava lá eu senti medo e eu não sei o que eu faço com isso’” (Excerto de JOSÉ LUIZ, médico obstetra, extraído de LINO, 2010, p. 44).

Em nossa pesquisa não analisamos as entrevistas via *email* que se referiam às experiências de mulheres que haviam tido parto domiciliar ou natural hospitalar (conforme abordamos no capítulo sobre a metodologia), uma vez que procurávamos pelo típico da assistência. No entanto, cabe incluir aqui um trecho de V.Guimarães, que pode ajudar a compreender como a “opressão” às mulheres durante o parto perpassa diferentes discursos, fontes de informação e valoração em torno dessa experiência:

“Já no segundo parto busquei por uma profissional humanizada ‘xiita’, o que considereei muito complicado, pois ela não recebia bem perguntas ou vontades que não fossem relativas aos procedimentos do parto natural. Por exemplo: quando na sala de parto do hospital ela me disse que precisaria fazer uso do fórceps, pois o bebê estava muito alto, e eu optei por cesárea. Ela tirou rapidamente a touca [de proteção usada pelos médicos], fechou o rosto e só faltou jogar no chão e pisar em cima! Me senti completamente desrespeitada (...)” (V.Guimarães, duas cesáreas, após tentativa de parto normal, pelo convênio e particular)

Se essas diversas interpretações sobre o papel feminino e suas performances na vivência do parto preveem determinadas “autorizações prescritas”, o perigo de “oprimi-las” é evidente para a elaboração e interpretação sobre seus próprios corpos e capacidades reprodutivas (TORNQUIST, 2002).

“Sinto culpa por ter mudado de GO; culpa por meu filho ter começado a entrar em sofrimento no momento em que tentava normal; culpa por ele não ter mamado logo após nascer.” (V.Guimarães, duas cesáreas, após tentativa de parto normal, particular)

Amparadas nesse diálogo, analisaremos os caminhos da busca por informações percorridos pelas mulheres desta pesquisa, e de que maneira cada uma dessas fontes afetaram positiva ou negativamente suas percepções para o exercício de seus direitos, decisões e escolhas, segundo as bases dos direitos sexuais e reprodutivos, já discutidos:

O respeito pela autonomia pessoal também requer que as clientes tenham um amplo espectro de opções saudáveis, com informação adequada e sem grandes discrepâncias em termos de custos e subsídios governamentais (CORRÊA e PETCHESKY, 1996, p. 164).

No contexto brasileiro parece haver incipiente análise sobre as diversas fontes de informações relacionadas ao parto disponíveis às gestantes (NIY, 2012). Se as mulheres precisam silenciar suas dúvidas nas consultas típicas de pré-natal, os livros voltados às consumidoras sobre o tema seguem o mesmo perfil. Nos estudos analisados pudemos compreender que, de modo geral, as informações quase sempre estiveram vinculadas ao profissional de saúde. Apesar de haver demanda por parte das mulheres, as publicações disponíveis parecem não responder suas dúvidas e, na maioria das vezes, os médicos não se colocam dispostos à escuta em seus consultórios – seja na rede pública ou suplementar da de saúde (HOTIMSKY e col., 2002).

Ao estudar o depoimento de 14 mulheres e 14 profissionais (distribuídos nos dois grupos denominados típicos e atípicos), LINO (2010) percebeu que há uma discrepância no modo como as gestantes de seu estudo buscavam informações e as processavam para a tomada de decisões. Se, por um lado, as típicas procuravam quase sempre pelo médico, aceitando com mais facilidade suas justificativas em torno das dúvidas, as atípicas procuravam informações adicionais, recorrendo aos nichos bastante intelectualizados das redes sociais, como *blogs* e lista de discussões sobre o tema. A percepção sobre a necessidade imposta nas consultas de “obrigar-se

ao silêncio”, muitas vezes, não foi percebida pelas típicas, ao passo que as atípicas o fizeram como resistência e busca ativa nas redes da rota específica da humanização.

Se as fontes de informação são voltadas exclusivamente aos médicos pré-natalistas, corre-se o risco de sofrer dificuldades de acesso à boa informação. SALGADO (2012), analisando os percursos das negociações de mulheres que tiveram cesáreas indesejadas, conclui que as informações provenientes de médicos quase sempre estiveram marcadas pelos conflitos de interesse, carregadas por ameaças e distorções. A privação às informações seguras, respaldadas pelas evidências científicas e os direitos humanos das mulheres, foi decisória para a dificuldade de decisão e escolha informada por parte das mulheres de sua pesquisa.

Se o acesso parece difícil, a qualidade desponta como um problema ainda maior, sendo muitas vezes duvidosa. O estudo de TORLONI e colaboradores (2011) pode nos ajudar a entender por quê. Ao analisarem o acesso à literatura informal, disponível em revistas brasileiras voltadas para o público feminino, as informações referentes aos tipos de parto mostraram-se em descompasso com as evidências científicas, subestimando em seus textos os riscos em torno da cesariana. Esse estudo, que levou em consideração as publicações entre os anos de 1988 e 2008, concluiu que, apesar dos avanços da literatura científica sobre o tema, não houve nenhum tipo de atualização de seu conteúdo.

A desatualização das informações a respeito de todas as questões que envolvem o assunto parto e nascimento tem sido apontada como grande “vilã” das mulheres na hora do acesso à boa informação.

Para se ter uma ideia do quanto alguns assuntos que envolvem esse tema tem sido negligenciados no que diz respeito à atualização da informação e aos direitos reprodutivos das mulheres, sugerimos a reflexão proposta por NIY (2012). A autora, que analisou o conteúdo sobre a episiotomia nos livros sobre gravidez mais vendidos no Brasil, constatou que dos 11 conteúdos selecionados e analisados apenas 4 faziam algum tipo de referência à episiotomia, disponibilizando informações imprecisas e desprovidas das atualizações científicas:

De modo geral, é preciso ler diversos fragmentos para se obter uma *noção* do que são a episiotomia, seus benefícios e seus riscos. Ainda assim, algumas das informações divulgadas são contraditórias e, de modo geral, vagas ou imprecisas, e muitas não

estão de acordo com as evidências científicas, especialmente as relacionadas aos benefícios do procedimento (NIY, 2012, p. 96).

Não parece difícil compreender porque a maioria das mulheres absorve a perspectiva médico-científica a respeito de seu papel na vivência do parto, no sentido de muitas vezes centralizar no médico a busca e segurança para suas respostas. Em sua análise, NIY (2012) percebeu que quase sempre eles incentivavam as mulheres a perguntar exclusivamente para seus médicos sobre qual seria o melhor caminho ou conduta a adotar, ou, simplesmente, “obrigar-se ao silêncio”, deixando de pensar no assunto.

Em nossa pesquisa, pudemos confirmar alguns desses achados dos estudos supracitados, compreendendo que o acesso às informações para as decisões em torno do parto estão sob a influência de complexos fatores. Comparando as mulheres que tiveram acesso à rota específica da humanização, independente da rede de financiamento utilizada (SUS ou convênio de saúde) as dificuldades impostas pelos sistemas de saúde, muitas vezes, as impossibilitaram de concluir ou ainda levar em consideração seus próprios desejos e dúvidas.

Quando as mulheres se deparam com as alarmantes taxas de cesárea e significam os diversos conflitos de interesse que envolvem a negociação da assistência ao parto, interpretando-os como agentes da amputação de seus direitos à boa saúde e escolha informada, a busca pelo parto ideal torna-se mais que um desejo estrito. Ela passa a ser uma forma de resistência e, sobretudo, um exercício de cidadania para a maternidade.

Por outro lado, parece não ser suficiente somente o simples acesso às informações da rota específica para conseguir o parto desejado. A articulação de estratégias para escapar das armadilhas (muitas vezes imperceptíveis), nas quais as mulheres se viram colocadas, foi imprescindível. Essas quase sempre se constituíam por aconselhamentos duvidosos de seus médicos e o desencorajamento de pessoas do em torno. Por isso, muitas vezes, as mulheres se viram subvertendo normas prescritas, ignorando as posições desestimuladoras de seus médicos ou enfrentando-as. O caso de Anne ilustra uma das modalidades desse “enfrentamento”:

“(...) ‘ele não encaixou, ele está encaixando e desencaixando e eu não posso correr esse risco e é melhor fazer cesárea! Eu tenho trinta e cinco anos de profissão’... não sei o quê. E aí a gente: ‘Mas é, doutora, se ele está encaixando e desencaixando é que ele está a caminho, dá mais um tempo pra ele, não chegou a hora dele’ (...) Aí eu comecei a gritar e eu falei pra ela, eu falei: ‘Olha, eu saí do meu plano pra vim com você, porque eu queria um parto normal. É... toda consulta que eu tive com você eu expliquei que eu queria um parto normal e agora você vai me dar o parto, quer dizer, não é um parto, né? O que eu não queria’ (...) Eu falei: ‘Vocês estão tirando o nosso direito de mulher de escolher como ter o parto! É um absurdo o que você está fazendo comigo! Você sabia disso?!’” (Anne, parto normal pelo convênio e particular)

O modo como as mulheres acessam a rota específica da humanização e se vinculam a ela também aconteceu de diversas maneiras. Mas nem sempre foram suficientes para que elas escapassem dessas “armadilhas” das negociações, reconhecendo as dificuldades e informações distorcidas fornecidas pelos seus médicos, como pudemos perceber no depoimento de Valéria e Cássia. Algumas tentaram negociar com o médico do pré-natal e, mesmo assim, sentiram-se enganadas. Outras perceberam que os plantonistas dos hospitais particulares e públicos nem sempre estão abertos às negociações, como aconteceu com Beatriz e Roberta. De fato, parece difícil garantir o sucesso das expectativas, quando não é possível a assistência em modelos mais centrados nas noções de direitos.

O caso de Marina, por exemplo, pode elucidar algumas considerações sobre como o tipo de informação sobre os direitos das mulheres e o significado da humanização na assistência podem ser diferentes, impactando de muitas maneiras as escolhas do tipo de parto. No caso dela, a informação sobre o parto humanizado, em visita ao hospital particular, não impactou suas escolhas a ponto de causar-lhe necessidade de maiores informações sobre o assunto – apesar de interessada inicialmente, não acessou a rota específica da humanização nos nichos da internet.

“Depois, no curso de gestante que fiz, também falaram.... Mas não cheguei a me aprofundar... Principalmente porque ia ter o [suprimido o nome do bebê] e, aqui, pelo que sei, não tem hospital adequado a esse tipo de parto. Não cheguei a conversar com o meu médico...” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)⁶¹

⁶¹ Esse é um adendo concedido pela entrevistada, através de mensagens de e-mail.

Esse caso sugere que, embora existam muitas informações sobre a humanização do parto espalhadas em diversos nichos, a elaboração mais crítica sobre o assunto parece estar mais presente no que chamamos de rota específica da humanização: nichos que se constituem virtualmente em *blogs, sites, fanpages*, listas de discussão e espaços físicos (com os grupos de apoio), que propiciam a discussão por outras perspectivas, inclusive aquelas referentes à medicina baseada em evidência e direitos reprodutivos.

Começando pelo grupo de mulheres que acessaram a rota específica durante o pré-natal, pudemos identificar caminhos percorridos de formas diferentes, motivados por experiências pessoais negativas, histórias traumáticas de outras amigas ou no contato com doulas⁶², pela blogosfera do ativismo.

“Então foi assim, foi através realmente de pesquisa minha. Eu que fui atrás, fui pesquisar, fui me informar, fui saber como era. Daí encontrei, aqui em Curitiba, as doulas, duas doulas que... que foram me abrindo os caminhos para isso daí.” (Lucia, parto normal pelo convênio)

Algumas mulheres acessaram a rota específica por meio da experiência de outras amigas, muitas vezes motivadas pelo desejo de escapar da cesárea indesejada e desnecessária, caso de Anne. Com tantas amigas dizendo que não haviam conseguido ter um parto normal, ela começou a suspeitar das indicações de cesariana propagadas pelos médicos. Com gana de defender seu desejo e apoiando-se na perspectiva do “parto enquanto um direito”, ela entrou em contato com a rota específica, frequentando um grupo de apoio.

“As outras foram convencidas ou durante o pré-natal ou durante o parto ou na véspera, dois, três dias antes (...) Mas foi... foram elas que começaram a me abrir os olhos assim sobre a questão: ‘cuidado com o médico’; ‘é, se você ficar com um médico no seu plano, tome cuidado, porque você vai perder um pouco o direito de escolher’.” (Anne, parto normal pelo convênio e particular)

Neste momento, também é importante apontar algumas interferências sobre as desigualdades sociais entre as mulheres, que muitas vezes determinam a

⁶² Doula é uma acompanhante das mulheres durante o trabalho de parto, que favorece o apoio físico e emocional às mulheres. Podem ser contratadas via pagamento particular ou também atuarem como profissionais da própria instituição.

possibilidade de acesso à rota específica da humanização e o modo como algumas podem se sentir “incomodadas” diante da impossibilidade para partilhar de alguns privilégios financeiros que lhes permitem escolher um parto humanizado, via pagamento particular. Esses foram os casos de Anna e Beatriz.

“E, mas, assim, a impressão que eu tenho hoje é que eu participava sempre assim, anonimamente, sabe? Eu não gostava de contar a minha história, porque a gente chegava naquelas reuniões, eu chegava, né? (...) ‘ah porque meu obstetra é tal, porque eu vou ter com a equipe tal’. Eu falava: ‘Eu sou (...) e vou ter com o plantonista’ [risos]. Porque era a única opção que eu via, né?, assim, possível, né?” (Anna, parto normal pelo convênio)

Beatriz trouxe a reflexão sobre como as diferenças de posição social podem interferir no modo das mulheres acessarem algumas rotas específicas, percebendo que, algumas vezes, elas podem não corresponder às dimensões sociais de algumas mulheres. Segundo ela, é preciso pensar em outras formas de acesso dessas mulheres, de modo que o contexto social não seja um impeditivo para conseguir boas informações.

“(...) Mas, assim, é uma elite, é uma elitização assim, sabe? De tudo (...) as meninas ficou, nossa, as meninas não sabia como lidar, porque não é o público, entendeu? Então elas não sabiam como lidar. Como que eu falo pra ela que não é pra todo mundo? Porque, né?... Então, eu admiro quem elas alcançam e aí eu fico pensando que eu não sei como se alcança, porque a internet é muito restrita.” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

A busca pela informação nos caminhos mais típicos não parece fácil, porque muitas vezes não está disponível. A maioria dos médicos citados pelas entrevistadas não oferecia nenhuma espécie de grupo ou curso nas consultas de pré-natal. Uma queixa que boa parte das mulheres do SUS também apresentou.

“(...) Você vai com o seu marido, uma vez por semana; nos Estados Unidos também. Pra você ensinar exercício respiratório, assistência do marido... aqui eu não consegui encontrar...” (Anne, parto normal pelo convênio)

Houve uma exceção em relação à queixa de inexistência de cursos oferecidos pela rede mais convencional. Esse foi o caso de Ana, que citou o curso oferecido pelo hospital privado, elogiando o conteúdo das informações sobre tipos de parto:

“Então, esse curso, ele estimula muito o parto normal, né? Que a mulher tem condições, que muita gente opta pela cesárea sem a necessidade, né?” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

Apesar das campanhas de incentivo ao parto normal, fomentadas pela Agência Nacional de Saúde Complementar desde 2008, com exceção de Ana e Marina (que tiveram oportunidade de conhecer questões relacionadas ao parto normal e humanizado, por meio de cursos oferecidos em hospitais privados), nenhuma outra mulher relatou conhecer o conteúdo dessas campanhas, nem pelo profissional que as acompanhava nem durante as visitas na maternidade.

Os materiais da campanha divulgada pela ANS podem ser encontrados em um sítio específico da internet, mas não foram citados pelas mulheres usuárias da saúde suplementar desta pesquisa. Além disso, o órgão desenvolveu um *site* específico da campanha, que recebe o nome de *Parto normal está no meu plano*. Nenhuma de nossas entrevistadas da rede suplementar relatou ter tido acesso a ele. O *site* aborda a questão dos altos índices de cesariana no Brasil, discute vários mitos em torno do parto normal e inclui uma aba para leitura de depoimentos de mulheres que tiveram seus bebês em hospitais privados⁶³. Os cartazes informativos também não foram citados pelas mulheres.

Alguns materiais da campanha *Parto normal está no meu plano* foram encontrados no endereço de *web* mencionado.

⁶³ Encontramos um material informativo sobre a campanha, voltado para os profissionais que atuam na rede de saúde suplementar, nomeado “Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal” (ANS, [s.d.]). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_hotsite_parto_2/index.asp>.

*“Mas eles falam lá disso? Falam disso. **Que é humanizado?** É humanizado, né? Não. Isso. Eles comentam quando a mãe tá conhecendo o hospital, perto da gente. Só que a gente também não é tão sem educação de falar pros visitantes que tá visitando lá: ‘ Olha, não é assim, não é assim’. Entendeu? Você não vai falar isso, né?”* (Patrícia, parto normal pelo SUS)

“Assim, que daí se eu... se eu poderia... se eu pudesse escolher um parto normal humanizado, né?, eu escolheria. Mas os delas eu não tive escolha pelo jeito que foi o parto: uma, líquido perdendo e outra, a bolsa que rompeu...” (Bianca, cesárea pelo SUS)

O Ministério da Saúde também vem desenvolvendo campanha em incentivo ao parto normal, sob o slogan “Parto normal. Deixe a vida acontecer naturalmente”. No portal do órgão, também é possível encontrar materiais da campanha, que incluem 3 vídeos, 4 cartazes voltados às mulheres, 1 cartaz para profissionais e um folheto explicativo sobre benefícios do parto normal⁶⁴. Além dos cartazes da campanha, encontramos duas cartilhas relacionadas ao tema dos direitos reprodutivos das mulheres: uma sobre saúde sexual e reprodutiva e outra especificamente sobre gravidez e parto. Esses materiais não foram citados pelas mulheres desta pesquisa.

No contexto mais amplo das políticas nacionais que preveem a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, a Área Técnica de Saúde da Mulher desenvolveu a série *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*, que inclui os seguintes materiais (BRASIL, 2005b):

- Caderno nº 1 - *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*: uma prioridade do governo;
- Caderno nº 2 - *Cartilha sobre direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*;
- Caderno nº 3 - *Anticoncepção de emergência*: perguntas e respostas para profissionais de saúde;
- Caderno nº 4 - *Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento*;
- Caderno nº 5 - *Manual técnico pré-natal e puerpério*: atenção qualificada e humanizada;

⁶⁴ Disponíveis em:

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?co_seq_campanha=1765>.

- Caderno nº 6 - *Norma técnica prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*;
- Caderno nº 7 - *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual*: perguntas e respostas para profissionais de saúde.

Figuras 6 e 7 – Cartazes de divulgação da campanha pelo parto normal desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Além da dificuldade de encontrar grupos ou cursos disponíveis pelos caminhos mais típicos/convencionais, muitas vezes, quando eles existem, não tratam sobre o tema “parto”.

“(...) um curso que você faz antes de... e eu achava tão absurdo que a apresentação desse curso era ter uma cesárea, não era nem ter um parto normal!” (Anne, parto normal pelo convênio e particular)

O Ministério da Saúde preconiza ações educativas durante o pré-natal para casais e gestantes, como podemos ler no parágrafo extraído do manual mais atualizado de atenção ao pré-natal da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo:

É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada. Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos... (CALIFE e col., 2010, p. 59)

Embora preconizada, essa modalidade de informação não esteve presente como alternativa acessível nos caminhos mais comuns de informação para as mulheres que utilizaram o SUS. A “cultura do parto como silêncio” parece configurar-se norma, tanto no sistema de saúde público quanto no suplementar.

“O que eles me ofereceram foi na questão de... é... se eu quisesse fazer... é... se eu quisesse operar pra participar do grupo de planejamento familiar, tanto no SUS quanto no convênio, só.” (Cássia, cesárea pelo convênio)

A experiência traumática vivida em partos anteriores apresentou-se muitas vezes como momento chave para a busca de informação, o que foi visto em pesquisa recente (SALGADO, 2012). De todas as entrevistadas, 9 acessaram a rota específica em algum período do pós-parto. Para algumas, a sensação de insatisfação, tristeza, depressão e dificuldades com a amamentação resumiam-se no *insight* “acho que alguma coisa deu errado”. Essas foram vivências decisivas que as levaram à procura por informações que respondessem ao estranhamento do que havia acontecido durante o parto.

“Então, assim, eu não... não sei em que momento... Eu sei que, assim, eu voltei pra casa, eu sabia que não tinha... que tinha alguma coisa errada ali com aquela história, porque eu ficava revivendo os momentos do parto. Eu escutava os meus gritos, quando eu ia dormir, eu escutava aquela agonia, assim (...) Eu falava: ‘Gente, não, tem alguma coisa errada’ (...) Ahn... quando, quando eu comecei a ler do blog (...) que eu nem sabia na época, né?, o que era violência obstétrica, né? Mas eu, eu já sabia que eu tinha, que tinha tido alguma coisa, que não era uma coisa só da minha cabeça, ou porque eu sou sentimental, ou porque eu sou... Não, alguma coisa aconteceu ali, né?” (Anna, parto normal pelo convênio)

O apoio oferecido pela rota específica da humanização através dos nichos da internet possibilita o contato das mulheres com as informações respaldadas pelas evidências científicas, de modo que elas possam garantir a autonomia nas discussões com os profissionais do pré-natal.

“Procurei artigos científicos sobre o tema, especialmente sobre o risco de ruptura uterina. Encontrei mais textos em inglês, praticamente nenhuma produção brasileira. Discutia sobre o PN em grupos no Face, com estranhas. Conheci duas doulas (...)” (Elen, cesárea pelo convênio)

“(...) Acho que demorei para procurar uma doula. Caso tivesse sido acompanhada desde o começo, teria me preparado melhor e não teria tido laceração de 3º grau [refere-se à segunda experiência de parto].” (Larissa, cesárea e parto normal pelo convênio)

Além disso, as mulheres que acessam a rota específica são incentivadas a ler os depoimentos de outras mulheres sobre a experiência de seus partos (também chamados *relatos de parto*), entrar em contato com livros e filmes que abordam o tema pela perspectiva da valorização dos direitos à escolha informada, como o recém-lançado no Brasil *Parto com amor*⁶⁵, citado pelas mulheres desta pesquisa. Outros *sites* foram citados, entre os quais: Parto no Brasil, Mamíferas, Gama (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa), Casa Moara, Mamatraca e Super Duper.

“E o livro Parto com amor... várias histórias que então você vê que, assim, era um sofrimento, mas era uma coisa feita com amor. Então quer dizer, acaba deixando você: ‘Ah, se elas passaram, você também é capaz’. Então isso amenizou bastante.” (Valéria, cesárea pelo convênio)

“Nossa, aquele vídeo, eu mostrei depois pro meu marido. Chegou em casa e... e eu falei: ‘Olha isso, olha que demais isso, olha essa mulher, olha, olha, né?, olha a confiança, o clima, o ambiente!’ Nossa, uma coisa assim!!!” (Anna, parto normal pelo convênio)

O aconselhamento através de doulas e profissionais que incentivam a busca de informações para o processo decisório do parto também esteve presente. Esses(as) profissionais, em sua maioria, eram doulas, obstetrizes, enfermeiras, pesquisadores(as), médicas(os) dissidentes da obstetrícia típica e mães blogueiras, que de alguma forma militam pela humanização do parto e provêm aconselhamentos às mulheres via internet.

“Quando você pede pra participar da lista dela, ela já pergunta quem é seu obstetra, vai, vai, já tem o questionário grande pra você participar da lista (...) ela já vai te dando os toques.” (Helena Mendes, cesárea pelo convênio)

⁶⁵ A autora do livro, Luciana Benatti, possui um endereço na web para divulgação do material: <<http://www.partocomprazer.com.br/>>.

“Daí eu fui pra grupos, encontros, né? Encontros mensais que elas tinham. Aí, elas me indicaram alguns livros que eu fui indo atrás, mas no começo mesmo foi através da internet, de sites mesmo.” (Lucia, parto normal pelo convênio)

Se a cultura do “parto como silêncio” está presente durante o pré-natal, no pós-parto ela se mostra mais evidente. As mulheres não se sentem autorizadas a falar sobre suas frustrações e são invisibilizadas nas consultas de puerpério, o que já vem sendo descrito atualmente (GUTMAN, 2009).

“Bom, é, depois que a Sofia nasceu, eu... foi quando eu comecei a ler bastante pra tentar entender o que que aconteceu, que aconteceu de errado, que o meu sonho não foi atendido, né? (...). Mas foi mais por uma, uma necessidade. Por exemplo, uns quatro meses, cinco meses o bebê está chorando, você não sabe o que faz e, aí, eu pensei em buscar ajuda na internet (...). E, aí, ela perguntou do meu parto e eu contei. E, aí, ela me explicou de uma maneira assim, bem racional, bem lógica e foi quando caiu a minha ficha, né? Eu falei: ‘Nossa, então agora realmente eu vou atrás!’ (Sophia, parto normal pelo convênio)

A emersão de um trauma profundo, a partir do contato com a rota específica, foi razão pela qual algumas mulheres tornaram-se ativistas pela humanização do parto. De alguma forma, elas formulam estratégias para que outras mulheres não passem pelas mesmas dificuldades que tiveram em seus partos. Esse sentimento de generosidade entre mulheres e o “desejo de narrar” para ajuda mútua também foi visto em pesquisa de BECK (2005) e SALGADO (2012).

“Então assim, é... aos poucos, eu estou me inserindo de um jeito que eu acho que eu vou virar ativista (risos). Então, assim, porque eu acredito nisso, né? Eu acho que... acho que a gente tem que realmente mudar tudo isso, né?” (Sophia, parto normal pelo convênio)

Os relatos das mulheres desta pesquisa mostraram que os grupos de preparação no SUS estiveram presentes apenas em três experiências: nas de Roberta, Beatriz e Carol. No caso da primeira, os grupos foram oferecidos pela Casa de Parto em que fazia pré-natal, um modelo de assistência diferente daquele das unidades básicas de saúde, que privilegia os grupos de discussão, preparatórios para o parto normal.

“Ah, eu fiz o de amamentação, eu fiz um que falava especificamente da hora do parto. Ah... eu fiz um sobre a alimentação do bebê depois. Então foi ótimo.” (Roberta, parto normal no SUS)

No caso de Carol, apesar da promoção do curso para gestantes, realizado na maternidade pública, seus conteúdos foram incipientes quanto à abordagem sobre parto, confirmando a “cultura do parto com silêncio”.

“Assisti a algumas palestras na maternidade sobre planejamento familiar, cuidados com o bebê e amamentação. Nunca sobre parto” (Carol, parto normal pelo SUS)

Apesar de Beatriz realizar pré-natal pelo convênio, planejava seu parto pelo SUS e considerava importante frequentar grupos oferecidos no espaço público. A possibilidade encontrada foi motivada por sua mãe, que havia frequentado o mesmo lugar nos anos 1970. Embora para algumas mulheres o Sistema Público de Saúde possa restringir sua confiabilidade nos profissionais e dificultar o vínculo (já que não há relação entre o profissional do pré-natal e aquele da assistência ao parto), para outras pode ser sinônimo de segurança. A questão da confiabilidade, nesse caso, parece muito mais associada ao modelo de assistência do que ao próprio profissional.

“(...) E ela tinha essa coisa de ser público, de ser hospital e eu falei: ‘Ah, eu moro do lado do HU, vou ver se tem lá’ (...). Enfim, não é a minha onda mesmo assim, sabe?, de essa: ‘Ai, o meu médico’ (...). Num... não tenho muito essa onda, então aí fui no HU.” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

Sobre os caminhos mais típicos, pudemos observar alguns dados interessantes. Um se refere aos materiais disponíveis tanto pela internet, como em livros e revistas. Esses materiais citados por elas traziam geralmente temas relacionados à gravidez, ao desenvolvimento do bebê e aos cuidados no pós-parto. Quase sempre as mulheres do grupo da cesárea eletiva ou que tiveram a primeira experiência da cesárea indesejada utilizaram o profissional médico como principal fonte de informação.

“Olha, muito com o meu médico. Como eu e meu marido somos médicos, nós também temos vários amigos próximos, né? (...) Principalmente médicos.” (Mirela, cesárea eletiva, pelo convênio)

De todas as entrevistadas, a única que não realizou nenhuma busca ativa por informação foi Martha. Esse dado também pode ser melhor compreendido se levarmos em consideração que ela havia estudado sobre parto durante a formação. Quando questionada sobre a falta de interesse na busca por informação, ela afirmou que já possuía algumas daquelas que considerava necessárias e também pelo fato de confiar no profissional, que já a acompanhava há muito tempo.

“Hum... Porque, às vezes, você fica horas lá em trabalho de parto. Fica, sei lá, 24 horas... Eu vi gente já 12, 18 horas em trabalho de parto e no final das contas a mãe já tava exausta. E, aí, o nenê acabava entrando em sofrimento fetal e tinha que fazer a cesárea do mesmo jeito (...) Você vê que eu não tinha muitas perguntas.” (Martha, cesárea eletiva pelo convênio)

As fontes de informação citadas pelas mulheres que não tiveram acesso à rota específica da humanização, durante o pré-natal, foram: o *site e-family* e *Guia do bebê*. Os livros citados foram: *Criando menino*; *O que esperar quando você está esperando* e *Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade*. Basicamente, a procura por essas publicações resumia-se à necessidade de entendimento sobre o que estava acontecendo com o corpo, as mudanças fisiológicas e como acontecia o desenvolvimento do bebê com o passar das semanas.

“Eu, pra não te falar que eu não buscava nada, tinha um site que chamava Mamãe e bebê, não sei, uma coisa... Tinha um site da Alô, Bebê, que eles mandavam informações. Tem umas informações, tem uma revistinha da Alô, Bebê que é legal.” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

“Eu ganhei um... Depois que eu fiquei sabendo que era menino, eu ganhei um Criando menino, eu acho que chama isso. Que é da gravidez, eu não sei nem ao certo como é que chama, mas é, tipo assim, conta, fala da gravidez inteira.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

Apesar do objetivo desta pesquisa não prever a análise dos materiais acessados pelas mulheres, mas suas perspectivas sobre o acesso a eles, procuramos pelo *site e-family*, pois chamou atenção o número de vezes que ele foi citado. De fato, parece haver consonância entre as dúvidas das mulheres que o acessaram e seu conteúdo. Quando entramos no nicho chamado “gravidez” do *site* aparece uma

listagem de assuntos mais vistos. Dos 15 temas mais acessados pelas mulheres, o assunto “tipos de parto” aparece em 11°. Antes dele, estão relacionados o desenvolvimento do bebê, dicas de enxoval, sintomas de aborto, gravidez ectópica, entre outros.

O texto do tópico “tipos de parto” contém cinco parágrafos, num dos quais o trabalho de parto é comparado a um grande esforço físico: “Trabalho de parto realmente significa, trabalho. Esse é um esforço que já foi comparado a empurrar um piano de caldas dentro de um depósito, metros e metros. A distância varia para cada mulher. Algumas empurram menos que outras”⁶⁶. Se as informações a respeito do parto não fazem parte do universo de busca dessas mulheres, não parece difícil entender porque as interpretações do parto normal giram em torno do “sofrimento” das mulheres e de algumas intervenções entendidas como necessárias.

A única vez em que o tema “parto” apareceu nos relatos sobre esses materiais foi no caso de Flavia, que havia lido o livro *O que esperar quando você está esperando*. Ela chama atenção para informação que mais diminuiu seus medos com relação ao parto, que dizia respeito à episiotomia. Confirmando os achados de Niy (2012), Flávia conta que o livro explicava que a episiotomia reduzia o trauma na vagina durante a saída do bebê, e que a ampliação causada pelo corte poderia ser benéfica. Através de seu depoimento, é possível compreender como algumas mulheres que não acessam a rota específica acabam internalizando a visão mais biomédica a respeito do parto, em que nem o direito à autonomia nem a consciência sobre riscos e benefícios das práticas são encorajados.

“Episiotomia..., aquilo me tranquilizou muito com relação à passagem (...). Ah, o livro explica assim, dos tipos de corte que pode ser... é... eles falam em termos de horas, né? Pode ser feito às três horas ou pode ser feito às seis horas. Isso é o corte, que ele vai ser feito na vertical ou na horizontal, né?” (Flavia, parto normal pelo convênio)

Ela também foi a única entrevistada a realizar um curso na gestação, que não era oferecido pelo profissional nem pelo hospital que a acompanhava no pré-natal.

⁶⁶ O link para acesso à área especificamente sobre “parto” do site e-family: <<http://www.e-familynet.com/pages.php/PT/000/parto.htm>>.

Esse curso era basicamente voltado para os cuidados com o bebê e oferecido por uma empresa privada. Mais uma vez, as informações sobre parto não estiveram presentes.

“Na primeira vez, eu fui. Não era bem uma preparação pro parto, era mais uma preparação para a chegada do bebê (...) E a dona da empresa, ela ensina aleitamento, ensina é... puericultura (...) Mas não relacionada à questão do parto? Nada relacionado ao parto.” (Flavia, parto normal pelo convênio)

As mulheres que acessaram a rota específica após uma primeira experiência indesejada ou traumática reinterpretem criticamente e de modo espontâneo as informações que tiveram fora dela. Essas mulheres percebem que as informações obtidas antes do acesso às informações mais críticas sobre o contexto da assistência obstétrica não possibilitaram a reflexão à época da tomada de suas decisões.

“Mamãe e bebê, que tinha, era um livro grossão assim, que tinha até os três anos. Ah tá, aham, sei, sei, bem antigo, né? Tem várias edições. Que tinha aquela mulher, aquela mulher perfeita, né? Com aquela pele perfeita, branquinha, aquele cabelo, aquele peito [risos]. Aquela coisa, né? Quase que surreal, né? Aquilo ali, né?” (Anna, parto normal pelo convênio)

“(...) Então, eu acreditava na minha médica, né? Naquela profissional de saúde que estava ali na minha frente me orientando. Algumas coisas eu tinha alguma noção. Eu perguntava e, aí, ela dava uma escapulida das perguntas, né? Eu insistia e ela respondia, mas sempre muito, meio vago, né?” (Sophia, parto normal pelo convênio)

O entendimento das mulheres sobre seus direitos à escolha informada não se apresenta homogêneo para todas. As interferências do conhecimento médico-científico e a perda daquele conhecimento que acontecia “entre mulheres” sobre o próprio corpo e a vivência do parto são fruto do processo histórico da hospitalização do parto e queda das parteiras como agentes da assistência ao parto. Tal cenário motivou, em parte, a ideia de que quem realmente detém o conhecimento sobre o corpo feminino é exclusivamente a figura médica (RODHEN, 2001).

Se os próprios livros e outros materiais acessados por meio das rotas mais comuns pelas mulheres apresentam o médico como a melhor forma para gerir informações, resistir a esse preceito não parece um caminho fácil. O autorreconhecimento de seus direitos, talvez, seja o primeiro passo para análise

crítica de cada mulher sobre o tipo de informações acessadas: seja do próprio médico ou dos livros, das revistas, dos *sites* e da televisão.

As instâncias públicas de saúde não podem desconsiderar as assimetrias de classe, gênero e etnia que estão amarradas às vidas das mulheres, garantindo o direito à escolha informada por meio da consolidação de políticas e programas que norteiam o Sistema Único de Saúde e a saúde suplementar. Esse é um dever previsto em lei, e precisa considerar estratégias que promovam o acesso das mulheres não somente às informações, das quais necessitam para suas tomadas de decisão, mas aos nichos em que essas informações serão transformadas em decisões: o modelo de assistência nos locais de cuidados ao pré-natal, parto e pós-parto.

Informações de Outras Mulheres, o Parto como Tabu: entre o “Parto Normal, Você é Loca” e “Preferiria Ter Dez Partos Normais a uma Cesárea”

Apesar da maioria das mulheres desejar o parto normal no Brasil, segundo apontam as pesquisas sobre o tema, as taxas de cesariana evidenciam que o direito à escolha está muito aquém do desejado. Para entender como as mulheres elaboram o universo da experiência do parto (inserido nas tensões sociais e das relações de gênero sobre a maternidade e, conseqüentemente, a gravidez e o parto), através da comunicação com outras mulheres, desenvolvemos um questionamento específico sobre o tema em nosso roteiro de entrevista: *“As mulheres, em geral, conversam com outras mulheres sobre a experiência do parto? Se você chegou a conversar com outras mulheres, como foi para você? O que vocês conversavam?”*.

Analisando os depoimentos percebemos que as histórias ouvidas pela maioria das mulheres sobre o parto normal quase sempre estiveram carregadas pelo teor do “risco”.

“Mas na outra gravidez teve um dia que eu fui num churrasco. Eu lembro que eu voltei chorando desse churrasco. Um churrasco no interior de Cotia [na Grande São Paulo], de uma mulher de um caseiro que ficou, nossa!, só contando tragédia de parto [risos] (...) Talvez possa ter começado daí o meu medo.” (Helena mendes, cesárea pelo convênio)

“Teve uma amiga minha... minha amiga teve nenê... ela falava que quase morreu. Nossa senhora! Aí que eu fiquei com medo.” (Luana, cesárea pelo SUS)

Se de fato a maioria das mulheres não consegue alcançar o tipo de parto idealizado, por que as histórias propagadas por elas quase sempre enaltecem a cesárea e pessimizam o parto normal? Vejamos como não parece simplesmente uma questão de “desfecho”. As dificuldades decorrentes da cesárea apareceram poucas vezes nos relatos referentes à questão apresentada. As histórias que mais se repetiram faziam referência às inúmeras “aventuras” que parecem estar presentes nas experiências do parto normal: a ocitocina na veia, a episiotomia que deixou a amiga sofrendo no pós-parto, a amiga que não “evoluiu” e sofreu por horas, o fórceps que amassou a cabeça do bebê. O tratamento grosseiro dedicado às mulheres na assistência e a própria violência institucional também se entrelaçavam a algumas dessas histórias. Não parece uma questão de “pessimizar” o parto normal em si; mais do que isso, é a crítica baseada no contexto que envolve a experiência do parto normal na assistência típica dos hospitais públicos e privados.

“(...) e daí as enfermeiras gritavam com ela, falavam: ‘Mas na hora de você fazer estava gostoso’... e não sei o quê. E daí, ela ficou sentindo tanta dor, tanta dor, que quando o filho dela nasceu a cabeça dele estava toda deformada e foi pega com... como chama aquele negócio que...” (Bianca, cesárea pelo SUS)

“‘Ai, eu sofri muito em tal hospital’; ‘Eu não gostei’; ‘Não sei o quê’. Ai você já fica assustada.” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

Para algumas mulheres, compartilhar as experiências de seus partos é bastante doloroso – como disse uma de nossas entrevistadas, parece que as mulheres estão diante de um “tabu” e “cada uma que viva sua experiência”.

“(...) As pessoas, em geral, não estão muito abertas a esse tipo de conversa, principalmente quem teve algum problema durante a gravidez ou parto. Parece que é um tabu, cada uma que viva a sua experiência.” (Larissa, primeira cesárea e segundo parto normal pelo convênio)

“(...) a maioria delas, quando eu digo que tive parto normal, fica espantada, me fazem muitas perguntas sobre como foi e emitem opiniões tipo: ‘Você sofreu um monte, né?’; ‘Nossa, você é louca!’; ‘Sofrer pra quê?’” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

Nesses depoimentos parece que o parto passa a ser temido não pelo fato da experiência em si, mas pelos procedimentos dolorosos que estão impregnados na assistência. Não soa estranho que essas mulheres digam que não ouviram histórias negativas advindas da cesárea, em comparação com as tantas repetidas vezes que ouviram sobre as atrocidades que rodeiam o parto normal. Se o sofrimento é originado pelas intervenções da assistência, a cesárea acaba carregando o mérito de um livramento – um escape da experiência que não daria certo. A cada história, o parto normal parece uma batalha cada vez mais difícil.

Por outro lado, quando as mulheres se veem enfrentando o que seria “culturalmente” esperado, buscando ativamente por informações que lhes permitam sentir algum tipo de segurança sobre o parto normal, elas muitas vezes se sentiam como “transgredindo” o caminho mais correto, pela ótica de outras mulheres. Como ponto-chave para entender o outro lado dessa questão, podemos supor que essas mulheres não estão falando do mesmo parto. Ou seja, de um lado têm introjetada a ideia do parto normal típico, repleto de intervenções, e de outro, o parto respeitado enquanto um ato que envolve a noção de direitos e respeito a suas escolhas informadas.

“Eu vi que o cerco se fechou, não o cerco, mas, assim... as mulheres que procuram um parto normal humanizado é um pequeno grupo. Então, você começa a virar um ET [extraterrestre]. Então, assim, as pessoas que conheço fora desse grupo, eu não falo muito porque eu pareço a ‘freak’, a hippie maluquinha, entendeu?” (Roberta, parto normal pelo SUS)

“(...) Nada, nada. Até porque, eu vou te falar uma coisa, eu sei de amigas que ficaram enlouquecidas (...) que leu muito, porque ela é voraz por informações. Ela gosta muito de ler e começa a ficar obcecada, porque fica... você, quando você lê informações, você começa a verificar todas as possibilidades que podem acontecer (...)” (Ana, cesárea eletiva, pelo plano de saúde)

De alguma maneira, as histórias negativas em torno do parto normal parecem ser introjetadas e competem com o desejo inicial de algumas mulheres, como vimos no capítulo sobre preferências pelo tipo de parto. Essa competição pode gerar a ambivalência do desejo e, em certo sentido, participar da cadeia de fatores que fazem uma cesárea agendada ser entendida também como a forma preventiva de traumas (se optamos por uma perspectiva mais íntima para o entendimento da frustração

dessas mulheres diante da série de impedimentos culturais, médicos, econômicos ou pessoais para a ambivalência de opiniões que vivenciam).

Apesar disso, também há boas histórias de encorajamento, embora em número mais reduzido.

“E ela teve, assim, ele [o bebê] saiu sozinho, chegou no hospital ele...” (Helena, cesárea eletiva pelo convênio)

“Ela detestou ir pro hospital, tanto que a terceira filha nasceu em casa, tá? Então, a gente brinca, assim, muito que é... é como se é... nós, é... soubéssemos mais que as outras pessoas, fôssemos mais corajosas.” (Flávia, parto normal pelo convênio)

“Minha mãe teve quatro filhos, dois partos normais e duas cesáreas. E desde muito pequena eu a ouvia dizer que preferiria ter dez partos normais a uma cesárea. Por isso nunca cogitei como primeira opção ter o bebê por cesárea.” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

Apoiando-nos nas perspectivas de gênero que discutem as “performances” desejadas de papéis femininos no âmbito da sexualidade e reprodução, pudemos confirmar alguns achados que explicam tais ambivalências referidas pelas mulheres, como expusemos neste capítulo.

Ora, elas devem se render ao mito da dor e entender que o sofrimento é inerente à maternidade, encarando o parto normal típico como prova e expiação do rito de “ser mãe”; ora elas devem entender que o modo natural de parir é o enfrentamento desse paradigma. De uma maneira ou de outra, todas as condições e discursos que obriguem ou impeçam as escolhas das mulheres situam-se no mais amplo conflito a respeito de seus direitos enquanto mulheres.

Quando MALACRIDA (2012) investigou a concepção sobre modos de dar à luz através de entrevistas com 43 mulheres, percebeu que os discursos normativos sobre a feminilidade são diversos e se encontram em conflito com as concepções de *dignidade, pureza e estética*. Ela explica que mais do que escolhas entre um modelo mais ou menos medicalizado, as opções das mulheres de seu estudo apresentavam tensões sobre os enquadramentos culturais da feminilidade. Ou seja, do que se configura *moralmente correto* a se esperar das mulheres enquanto mães no âmbito da cultura, como visto em alguns depoimentos das entrevistadas:

*“E eu não sei se elas estão preparadas pra ser mãe. **Entendi.** Então, assim, quando eu vejo uma grávida fumando, quando eu vejo uma grávida bebendo (...). Então ela mora numa casa, como se fosse uma favela, tem uma situação financeira menor e tudo o mais e ela fala: ‘Marina, tem uma grávida na minha rua que bebe cerveja o dia inteiro e usa droga’. Hum, hum... Eu fico enlouquecida, né? Porque eu falo: ‘Não é possível que uma pessoa grávida, que tá lá gerando um ser, faça uma coisa dessa’ E faz! Tem mulher que faz.”* (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

“Ah, eu acho que... eu acho não, eu acredito que Deus faz as coisas certas, né? Acho que acredito que tem pessoas que não, não tem essa coisa, o dom de ser mãe, não tem. Você percebe que não tem paciência, que num... não vai fluir a coisa, então...” (Débora, parto normal pelo SUS)

Relacionando nossos materiais com a reflexão proposta MALACRIDA (2012), podemos perceber que grande parte do que as mulheres têm ouvido sobre o *corretamente moral* na assistência ao parto é a abnegação e entrega ao sofrimento (supostamente necessário), relacionado a uma experiência punitiva da sexualidade. Não foram poucas aquelas que expuseram histórias de profissionais que emitem juízo de valor durante a assistência – “Na hora de fazer não gritou, por que está gritando agora?”⁶⁷

Esses discursos, certamente, representam muito mais do que uma concepção de “modelo” de assistência, mas atributos da cultura que emergem no território das relações de gênero. As formas de atenção às mulheres na vivência de seus partos também podem ser entendidas como meios de controles sobre seus corpos, e suas vivências com a sexualidade.

5.2.3 As consultas com profissionais: vínculos, conflitos de interesse e a dinâmica das informações

O depoimento das mulheres sobre as consultas de pré-natal com profissionais de saúde também nos permitiu refletir sobre o modo como eles compreendem o posicionamento delas diante de seus direitos à escolha informada.

⁶⁷ Usuárias que passaram pela experiência da violência obstétrica também vêm discutindo e denunciando o assunto. A reportagem mais recente foi tema de notícia pela Agência Pública de Jornalismo: <<http://www.apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao>>. Acesso em abril de 2013.

Tomando como referência dois gradientes para o que as mulheres chamaram de “satisfação” sobre as consultas, encontramos dois extremos. Em uma ponta pudemos identificar aquelas que estão satisfeitas, a maioria pertencente ao grupo da cesárea eletiva. Na outra, aquelas que se declararam insatisfeitas, por perceberem que, apesar dos vínculos estabelecidos com os profissionais, os interesses médicos estavam fortemente vinculados às dificuldades de negociação e exercício da escolha informada.

Dentre os temas que emergiram dessa subcategoria, correlacionada ao vínculo com o profissional e à satisfação nas consultas de pré-natal, pudemos observar:

- “Eu confio nele, é meu ginecologista desde os 18 anos”;
- “Era legal, mas não falava de parto”;
- “Mulheres informadas: interesses médicos ameaçados”;
- “Consulta rapidinha: mede barriga, pressão e pesa”.

“Eu Confio nele, é meu Ginecologista desde os 18 Anos”

“Esse foi um dado que eu esqueci de te passar: ele era meu ginecologista desde 18 anos (...). Então ele me conhecia, conhecia minha história, né?” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

O vínculo estabelecido com os profissionais de saúde esteve imbricado ao modo como eles sanavam as dúvidas apresentadas e o tipo de tratamento dedicado. Um fator que se apresentou influente sobre o gradiente da maior satisfação foi aquele relacionado ao “tempo de vínculo” estabelecido entre as mulheres e os profissionais. Frequentemente, esse fator esteve presente nos relatos das mulheres que tiveram cesárea eletiva.

“Não sei. Porque eu acho que, na verdade, como eu tenho, né?, o [suprimido o nome do médico]e sempre foi assim desde pequena(...).Se alguém me fala alguma coisa, eu

vou perguntar pra ele se eu posso fazer ou não.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

A invisibilidade dos interesses médicos para algumas mulheres aparece como uma das consequências do forte vínculo estabelecido, muitas vezes antes do período da gravidez. Algumas comparam o obstetra a uma figura paternal, que tranquiliza e assegura que “nada irá acontecer de ruim”. A contestação a respeito do que é posto como melhor conduta pelo médico muitas vezes não é praticada, e o desejo ou preferência são diluídos com o passar do pré-natal. A segurança advém do fato de que o obstetra está fazendo “o melhor”.

“Não, muito boas... eu não tenho o que reclamar dele nesse sentido, ele é muito atencioso. Ele ficava horas explicando, pegava aparelhinhos e mostrava: ‘Olha, o bebê está aqui’. Acontece isso. Então, ele era tipo assim... um paizão mesmo!” (Valéria, cesárea pelo convênio)

No caso de Valéria, que havia perdido duas gravidezes, o forte vínculo com o médico foi estabelecido em razão dela se sentir acolhida durante as experiências frustrantes. Mesmo acessando a rota específica na última gravidez, e conversando com sua doula à respeito dos conflitos de interesse em torno da cesariana, ela não considerou que esse fator poderia interferir no desfecho sobre o parto desejado, uma vez que o profissional apresentava-se atencioso e sabia de suas histórias. Quando completou cerca de 32 semanas, o médico mudou de discurso e acabou sugerindo uma cesárea eletiva.

Para Ana, por exemplo, a hipertensão, embora “controlada”, foi fator decisivo para a indicação da cesárea eletiva pelo profissional. Mesmo almejando o parto normal, ela aceitou a posição médica e a indicação da cesárea, marcada com 37 semanas no caso da primeira filha e 38 semanas da segunda.

A centralização da informação na figura médica para respostas às dúvidas sobre a gravidez e parto também foi uma característica apresentada pelas mulheres que tinham vínculos há longo tempo com o profissional. Pela fala de Helena pudemos perceber como alguns profissionais privilegiam suas informações e procuram poupar as mulheres de incentivo à busca ativa de informações em outros nichos.

“É o que eu falei, ele sempre falou assim: ‘Você vai escutar muita coisa, mas o que você tiver em dúvida você me pergunta por que eu vou te dizer. O que realmente é ou não’ (...) Mas eu perguntava pra ele e o que ele me falava eu realmente seguia.” (Helena, cesárea eletiva pelo convênio)

*“Assim, que ele era o médico e que ele ia resolver o que era necessário (...). **Como que foi essa coisa do vínculo, assim?** Ah, bastante. Até hoje. Ele ainda é meu ginecologista. É uma pessoa muito querida que eu confio bastante (...) Então eu me sentia muito acolhida. Saber que qualquer reação que eu tivesse, ele ia tá lá me auxiliando.”* (Mirela, cesárea eletiva pelo convênio)

Essa atribuição exclusiva ao médico sobre a saúde e a valorização de suas respostas em detrimento da busca ativa e autoconfiança no próprio corpo também pode ser vista como uma consequência inerente ao processo histórico que a medicina da mulher traçou, no século XIX, para explicar, tratar e designar o papel feminino frente às demandas de sua sexualidade.

Como explica RODHEN:

É nesse contexto que aparecem e se afirmam as especialidades médicas dedicadas exclusivamente às mulheres e à demarcação da diferença baseada no sexo. Com o desenvolvimento da obstetrícia e da ginecologia, em meados do século XIX, delimita-se ainda mais as fronteiras da normalidade no que se refere ao corpo e à sexualidade femininos. Articulam-se preceitos da ordem do fisiológico e do moral para falar das funções ou papéis que constituem o suposto “universo particular” das mulheres, sejam as corretas mães ou esposas, sejam as devassas ou prostitutas (2001, p.71).

A obediência da mulher ao conhecimento médico-científico pode ser explicada pelo fato de ter sido estruturada por vias sociais históricas, com o preceito de que elas deveriam vigiar suas “incapacidades” morais frente a um corpo defeituoso, capaz de provocar desordens na família e na sociedade.

“Era Legal, mas Não Falava de Parto”

“(...) quando eu perguntava de exercícios que eu poderia fazer para me preparar, ou sobre doula ou sobre livros ou sobre grupos de apoio, ela mudava de assunto. Falava que não era necessário, que estava tudo bem.” (Larissa, primeira cesárea e segundo parto normal pelo convênio)

Entre as histórias de satisfação, pudemos perceber que há uma oscilação nos padrões das posturas dos médicos: quando eles são empáticos com as dificuldades

relatadas e quando se negam a responder aos questionamentos inerentes ao parto, o que pode ser claramente depreendido da fala de Helena Mendes. Apesar de atento às suas dificuldades com relação à gravidez, o profissional mostrava-se pouco interessado em falar sobre o parto:

“Sim, sim. Ele, ele... na verdade essa parte, ele era um fofinho. Ele até me conquistou porque ele entendia essa parte. Eu fumava, tive que parar de fumar, era super baladeira, eu nem... nem... nem era casada com o pai, com pai da do meu filho.” (Helena Mendes, cesárea pelo convênio)

As mulheres que tiveram contato com a rota específica, durante ou depois do parto, resignificavam suas relações com o profissional de modo bastante crítico. Apesar de considerarem seus médicos “agradáveis”, e muitas vezes “simpáticos”, elas entenderam que esse não foi um fator que lhes garantiu a confiança sobre o modo como poderiam negociar a assistência. Para elas, os médicos apresentavam-se preocupados, na maioria das vezes, em discutir outras questões, não relacionadas ao parto.

“Ela gostava muito de conversar coisas não inerentes ao trabalho de parto, né? Conversava de outras coisas, né? Maternidade, enfim... Mas coisas assim, específicas, técnicas que eu perguntava, eu tinha que dar uma insistida, sabe? Insistia um pouquinho, pressionar um pouco para obter aquela resposta. E ainda assim, era uma resposta curta, né?” (Sophia, parto normal pelo convênio)

A percepção de algumas dessas mulheres sobre os conflitos de interesse que rondam as posturas de alguns profissionais manteve-se como fator decisivo para que elas buscassem um obstetra “confiável”. O caso mais representativo de nosso estudo foi o de Lucia, que percorreu quase todos os consultórios de médicos credenciados do seu convênio de saúde, totalizando 11 obstetras. De modo geral, para aquelas que interpretam criticamente a problemática dos conflitos de interesse, a saga para encontrar um médico de pré-natal pelo convênio, que aceite falar sobre parto, não parece circunstância simples (CARDOSO e BARBOSA, 2012).

*“Então, eu fui a 11 obstetras! **Onze obstetras?** Quase todos do Paraná [risos]. Quase todos da minha lista de convênio eu fui (...). Desde que, assim, eu chegava e falava: ‘Olha, eu queria conversar sobre o parto’; ‘Não, a gente só vai ver quando*

você estiver lá com 35 semanas, a gente conversa sobre isso'. Aí eu já não ia mais (...). 'Não, eu faço, claro que eu faço, não'. Nossa, tudo, tudo certo. A segunda consulta fui com meu marido. Daí eu perguntei sobre o acompanhamento, se eu podia levar meu marido, se eu podia levar doulas e ele me responde: 'Não, é... meu parto quem faz sou eu'. Aí eu fiquei parada olhando pra cara dele. Eu falei: 'Eu jurava que era eu que ia parir'... Né? Mas, enfim...' (Lucia, parto normal pelo convênio)

Algumas vezes as mulheres só tiveram a consciência de que não iriam conseguir um parto normal no final da gravidez. Como algumas disseram “a ficha” só caiu no final, sendo difícil a busca ativa por outros profissionais. Esses *insights* parecem surgir de maneira bastante sutil, entre um ou outro comentário emitido pelo profissional. Quase sempre, eles não dizem claramente sua posição a respeito da negociação da via de parto, e, o que havia sido previamente acordado, pode não concretizar-se.

“Então, até o oitavo mês, eu vou colocar, eu tava satisfeita (...). Então, ele tava me atendendo. Quando chegou na reta final, ele mudou, era uma outra pessoa. Era outra pessoa, não era o mesmo médico, porque daí, já era ríspido. Eu lembro que o dia quando... quando caiu, assim, a minha ficha, eu falei: 'Nossa, aonde que eu tô?'” (Roberta, primeiro parto normal pelo convênio e o segundo pelo SUS)

A negação e insatisfação de algumas mulheres diante do modelo tecnocrático de assistência estiveram fortemente presentes no relato de Beatriz e Patricia. Para as duas, diferentes posicionamentos foram assumidos: uma enfrentando a disputa pela “superioridade” do conhecimento médico; a outra “silenciando” como forma de resistência e enfrentamento. Acessando ou não a rota específica, algumas mulheres sentem-se oprimidas e procuram arranjar maneiras de lidar com seus conhecimentos desvalorizados pela ótica do conhecimento médico-científico.

“Ela não informa mesmo, ela não fala mesmo, entendeu? (...) Ela tem um discurso médico que é pra alienar, entendeu? Que eu tenho o conhecimento e você entra com o corpo, né? É bem isso (...) ela deixava o tempo inteiro muito claro isso. Parto quem fazia era o médico (...).” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

“Chegava lá, ela olhava os exames, você tinha que ficar quietinha porque tem médico... essa mesma que eu passei ela era bem fechadona (...). Essa mesma entrou de férias, aí veio uma outra mais seca ainda. Aí é que ela não falava mesmo, ela só

fazia as perguntas dos exames: se já fez, não sei o que e pronto.” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

“Consulta Rapidinha: Mede Barriga, Pressão e Pesa”

“Não, nem chegou a ser falado. A pobre da médica tinha duzentas grávidas pra atender. Então, era bem, era bem rápido, assim, é... ela media a barriga, pesava, media pressão tal, fazia...” (Débora, parto normal no SUS)

As mulheres usuárias do SUS também se queixaram da falta de tempo do médico para responder as suas dúvidas sobre o parto. Embora os conflitos de interesse não tenham aparecido em suas falas, como através dos típicos discursos para o convencimento à cesariana, propagados pelos médicos dos convênio de saúde, elas reclamaram do atendimento sempre técnico, que negligenciava suas dúvidas, expectativas e dramas emocionais.

“A médica que me atendeu no pré-natal nunca me deu espaço para questionamentos. As consultas eram muito rápidas; ela monossilábica e eu ficava acuada com a situação.” (Carol, parto normal no SUS)

“Tá. E você não falava desses medos que você tinha com ela? Não, não, era rapidinho (...). É, quando eu ia lá, toda vez que eu ia lá, eles só escutavam o coraçãozinho, media a minha barriga, acho que era só isso.” (Luana, cesárea no SUS)

Por outro lado, uma entrevistada que realizou o pré-natal no SUS e no plano de saúde concomitantemente, relata ter sido melhor atendida no serviço público. Segundo ela, os pedidos de exame e escuta às dúvidas ocorreram de maneira mais tranquila e organizada no posto de saúde, enquanto o médico do convênio atendia rápido e a tratava com frieza no momento dos esclarecimentos de suas dúvidas.

“Sinceramente, eu acho que eu fui bem melhor atendida no SUS. Porque, assim, no convênio, como eu acho que o atendimento é... eu acho que foi um pouco mais frio assim, né? (...). Enquanto que no SUS, assim, tudo o que... tudo o que tinha que passar eles passavam, todos os exames de pré-natal. Eu acho que tem um calendário, tem né? (...). Aqui no convênio, eu acho que foi mais, mais demorado essa resposta assim de, entendeu? De... de um atendimento... talvez seja pela qualidade do convênio, não sei (...).” (Cássia, cesárea pelo plano de saúde)

Uma de nossas entrevistadas, também usuária do SUS, apresentou uma queixa peculiar: Patricia estava em sua sexta gravidez e, apesar das tentativas para expor suas dúvidas, quase nunca era ouvida pelos profissionais. O silêncio diante dos seus questionamentos era justificado pelo fato dela já ter mais filhos.

“Meio triste? Humm... por ela ter falado: ‘Ai mãe, como você tem mais filhos eu não tenho o que fazer de pergunta de você’; ‘Como você já tem mais filhos, já sabe tudo eu não tenho muito o que perguntar’ (...). Porque eles estão lá pra fazer os exames, não para conversar (...). Você entra na sala, vê os exames, não tem muito aquela conversa com a médica (...).” (Patricia, parto normal no SUS)

Esse preconceito associado às múltiparas⁶⁸ parece não estar presente somente durante o pré-natal. Patricia sofreu por duas vezes os mesmos julgamentos de ordem moral, sugerindo a pessimização da maternidade, associada às características de posição social, suscitando resquícios das políticas de natalidade propostas na metade do século XX, no Brasil, quando as mulheres sofriam com o abuso da esterilização, até a regulamentação de sua prática na década de 1990 (SCAVONE, 2004).

“(...) Ai, ela falou: ‘Mas, médico, você não tá vendo que tudo isso não é barriga? Você não tá vendo que aqui embaixo [bem no pé da minha barriga]? Isso daqui é excesso de gravidez passada’. Então, quer dizer, na frente das pessoas, você se sente mal, né? E na frente de marido e tudo. Ai você se sente mais mal ainda, porque a pessoa tá te deixando lá embaixo, né?” (Patricia, parto normal no SUS)

Embora a satisfação das mulheres com a experiência do parto esteja associada ao vínculo estabelecido com o profissional (HODNETT, 2002), quando descobrem que esse vínculo fazia parte de um conflito de interesse, ele passa a ser questionado. Mesmo assim, nem todas as mulheres que descobriram ser vítimas das “armadilhas” das negociações posicionaram-se contra seus médicos – algumas das quais, inclusive, haviam acessado a rota específica. Esse comportamento pode ser explicado pela tentativa de algum tipo de conforto mediante à frustração do não cumprimento dos acordos previstos com o profissional.

Apesar da cesárea indesejada, algumas mulheres demonstraram-se satisfeitas com o desfecho da negociação, mesmo com escassa informação discutida no pré-

⁶⁸Mulheres que tiveram duas ou mais gestações concluídas com o nascimento de seus filhos .

natal e as tentativas de convencimento pelos médicos. Parece que, de alguma maneira, as falas emitidas pelos profissionais “Estou fazendo o melhor para você”, como no caso de Valéria, pode explicar a relação existente entre a satisfação como modo de “conforto” diante da frustração. Ou ainda, elas se veem na tentativa de corresponder às desejadas “performances” de maternidade/feminilidade exigidas pelo contexto sociocultural em que vivem, aceitando a superioridade do conhecimento médico-científico (MALACRIDA, 2012).

Como pudemos perceber, o vínculo estabelecido com o profissional é um tema complexo e depende de como as mulheres se colocam frente às imposições do conhecimento médico-científico, entendendo-o como questionável ou não. A percepção sobre o desrespeito impregnado às posições de convencimento dos médicos e aspectos relacionais durante as consultas também é bastante relativo. E nem sempre parece haver consciência daquilo que se configura como violência obstétrica e institucional.

Os mecanismos de negação aos direitos à boa assistência e ao tratamento digno foram muitas vezes imperceptíveis por algumas, que os entenderam como parte “simbiótica” da assistência. A violência obstétrica pode passar disfarçada por atitudes incorporadas ao entendimento do que se configura o próprio cuidado, como a negação imposta por alguns profissionais às respostas das dúvidas, expectativas, medos e desejos apresentados pelas mulheres.

5.3 NEGOCIAÇÃO E ESCOLHAS INFORMADAS: EPISIOTOMIA, OCITOCINA, ACOMPANHANTES E VIA DE PARTO

Saúde reprodutiva significa que mulheres e homens têm a liberdade de decidir se e quando reproduzir e o direito de serem informados e de ter acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, bem como o direito de acesso a serviços de saúde adequados que, por exemplo, permitem que as mulheres vivenciem com segurança a gravidez e do parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, p. 162).

Exercer o direito à escolha informada requer acesso às informações de qualidade sobre riscos e benefícios de todo e qualquer procedimento e tratamento de saúde, de modo que cada mulher, situada em seu contexto sociocultural, possa eleger o melhor para si, de acordo com suas necessidades. Como tratamos no aporte teórico deste trabalho, a OMS elaborou diversos materiais sobre os direitos à saúde das mulheres. Utilizaremos as preconizações do documento que baliza as diretrizes para a maternidade segura inscritas em quatro importantes categorias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001):

- os direitos à vida, à sobrevivência e à segurança;
- os direitos relativos à maternidade e à saúde;
- o direito à não discriminação e respeito à diferença;
- o direito à informação e à educação relevante para proteção da saúde das mulheres durante a gravidez e o parto.

À luz dessas determinações, a educação é fundamental para o exercício da autonomia e autodeterminação das mulheres na esfera de sua saúde sexual e reprodutiva. Por essa razão, uma das recomendações para as ações governamentais é “exigir que todos os serviços de saúde sejam coerentes aos direitos humanos das mulheres, incluindo o direito à autonomia, à privacidade, à confidencialidade, consentimento e escolha informada” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, Item (e), p. 125).

Diante dessa perspectiva, exploraremos as informações que os profissionais disponibilizam às mulheres durante as consultas de pré-natal, avaliando em que medida o direito à escolha informada lhes foi garantido nas negociações sobre a via de parto, o uso da episiotomia e da ocitocina, bem como de acompanhante, durante todos os momentos do parto.

O modelo típico de assistência ao parto no Brasil tem se configurado como abusivo em intervenções desnecessárias, causando maiores danos à saúde das mulheres (BRAISL, 2009; DINIZ, 2005; 2009). Se é direito a escolha de como, quando e onde ter filhos, as mulheres devem ter conhecimento das decisões que envolvem a sua saúde, exercendo a prerrogativa do consentimento, que deve ser livre de qualquer tipo de discriminação.

Para avaliar as informações que as mulheres receberam sobre os procedimentos acima citados, utilizamos a seguinte questão do nosso instrumento de entrevista:

- *“Durante a gravidez você chegou a conversar com o profissional que te acompanhou no pré-natal, sobre esses temas abaixo?”*
 - ✓ *Alívio da dor no parto (o que poderia ajudar você quanto à dor no trabalho de parto);*
 - ✓ *Presença de acompanhantes;*
 - ✓ *Episiotomia/corte na vagina e laceração na vagina;*
 - ✓ *Aceleração do parto (uso do “sorinho”, que contém um hormônio chamado ocitocina ou o uso de remédio via vaginal, o misoprostol);*
 - ✓ *Tempo de espera para entrar em trabalho de parto espontâneo;*
 - ✓ *Tempo de espera da duração do trabalho de parto.*

Decidimos centrar nossa análise em três intervenções: episiotomia, ocitocina e acompanhante. Isso porque as duas primeiras estão fortemente associadas aos agravos à integridade física das mulheres, quando utilizadas de maneira inadequada, e têm teor simbólico de representação do parto enquanto um evento que, segundo postula o conhecimento médico-científico, necessita de “correções” sobre o corpo feminino, constituindo-se a problemática central dos vieses de gênero sobre a assistência ao parto (DINIZ, 1996; 2009).

O abuso de algumas intervenções desnecessárias na assistência ao parto tem sido visto como uma violação aos direitos humanos das mulheres (DINIZ, [s.d], 2009; CHACHAM, 2006). Apesar das preconizações da OMS (1996) sobre o mínimo de intervenções na assistência ao parto, os dados disponíveis no Brasil apontam para o descumprimento dessas recomendações (BRASIL, 2009). Como consequência desse abuso, temos piores resultados para a saúde das mulheres (HOFMEYER, 2008). Esse achado aponta para o desrespeito do direito à integridade física, à autonomia e ao consentimento informado sobre todo e qualquer tipo de procedimento presente na assistência à saúde.

No Brasil, os dados sobre a episiotomia, segundo a PNDS de 2006 (BRASIL, 2009), são alarmantes, beirando a taxa de 72%. Apesar de inúmeros agravos à saúde das mulheres provocados pelo procedimento (CARROLI e BELIZAN, 2008), como complicações infecciosas e de cicatrização, aumento do risco de incontinência e aumento de dor no pós-parto, elas parecem não ter o direito ao consentimento prévio sobre essa prática (DINIZ, [s/d]; FRANÇA, 2003).

Com relação ao uso da ocitocina, sabe-se que a droga é empregada para aceleração dos partos nos hospitais públicos e privados de forma rotineira e associada às cascatas de intervenções que fazem parte da assistência. A aceleração dos partos como tentativa de abreviá-los aumenta os desfechos de nascimentos por cesarianas, (TRACY e col., 2007), piora a dor e está associada aos riscos graves para as mulheres e bebês (HOFMEYER e col., 2008).

Como explica DINIZ (2009), pela ótica do conhecimento médico-científico a correção do corpo é necessária e “se o parto é um evento negativo, devemos preveni-lo”, o uso da ocitocina é a ferramenta de encurtamento do “sofrimento” do parto. Além disso, os interesses médicos para a interrupção precoce da gestação associam-se às “armadilhas” que levam as mulheres às cesarianas e induções desnecessárias (CARDOSO e BARBOSA, 2012; SALGADO, 2012).

Segundo os dados da PNDS de 2006 (BRASIL, 2009), apenas 16,3% das mulheres tiveram respeitado o direito ao acompanhante no parto. A sua negação é uma violação ao direito de autodeterminação e autonomia das mulheres. Apesar de a

lei federal existir desde 2005⁶⁹ (BRASIL, 2005c), persiste o despreparo dos profissionais e das instituições de saúde para favorecê-la (MAIA, 2008). A aversão à presença do acompanhante apoia-se em justificativas que a definem como fator prejudicial por não se adequar ao espaço físico disponível nos pré-partos (MAIA, 2008; LINO, 2010; DINIZ, 2009). Tais justificativas contrariam as evidências de benefícios do acompanhante na vivência das mulheres em trabalho de parto (HODNETT, 2011).

Nos depoimentos deste estudo encontramos o silêncio dos profissionais na abordagem sobre o consentimento dessas intervenções. Para a maioria das entrevistadas, as informações sobre os riscos e benefícios da episiotomia e da ocitocina desapareceram das conversas durante as consultas de pré-natal: da ausência e negação da informação à recusa das mulheres como forma de enfrentamento à violação de seus direitos humanos.

5.3.1 Episiotomia: Do Silêncio Ao Corte Não Consentido

Eu sei que não deveria fazer a episiotomia como rotina. Conheço a evidência científica. Mas quando vejo a cabeça do bebê na vulva... minha mão vai sozinha (Fala de um médico obstetra, extraída de DINZ e CHACHAM, 2006, p. 85).

A partir dos depoimentos, compreendemos cinco temas relacionados aos padrões de informação e negociação da episiotomia durante o pré-natal.

Para a maioria das mulheres não houve qualquer tipo de informação a respeito da episiotomia nos diálogos travados ao longo das consultas de pré-natal. Três mulheres que conheciam o procedimento questionaram o profissional, mas nenhuma delas conseguiu negociar a episiotomia e receberam a informação de que ela seria necessária. Duas das entrevistadas disseram conhecer o procedimento, mas não questionaram o profissional por entenderem que seria obrigatoriamente realizado durante o parto. Apenas uma mulher teve acesso às informações dos riscos e benefícios dessa prática, conseguindo negociar com o profissional a sua não

⁶⁹ Texto na íntegra em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

realização. O silêncio sobre a episiotomia é a característica mais comum, como pudemos observar.

Das 12 mulheres entrevistadas que tiveram partos normais, 6 tiveram pelo convênio, das quais 4 foram submetidas à episiotomia. Das duas mulheres que não passaram pelo procedimento, uma se recusou a recebê-lo no momento do parto.

No grupo das mulheres usuárias do SUS, 6 tiveram partos normais, uma delas foi submetida à episiotomia. Apesar do desfecho da cesariana, Beatriz também recebeu o procedimento, antes da indicação da cirurgia.

Durante as dinâmicas da negociação, depreendemos temas que expressaram como a episiotomia é interpretada pelos profissionais e também pelas mulheres:

- “Ele disse que era necessária”;
- “Ela disse que não tinha problema, se eu não quisesse”;
- “Eu pensei que realmente era um procedimento”;
- “A traição: ele disse que não faria, mas depois mudou de ideia”;
- “O silêncio sobre a episiotomia”.

“Ele Disse que Era Necessária”

Sophia, Sarah e Anne receberam a informação de que a episiotomia era necessária e nenhuma delas teve a oportunidade de negociar a justificativa do profissional.

Se a negociação sobre a via de parto mostrou-se complicada para muitas mulheres, aquela referente às intervenções da assistência apresentou-se como uma dificuldade adicional, conforme Anne:

“Eu não queria, eu tinha pedido pra ela evitar. Mas também, de novo, eu tinha que escolher as minhas batalhas naquela hora (...). Mas ela falou: ‘É, mas eu tive que fazer a episiotomia porque na hora eu vi aquele bebê tão grande saindo eu falei... eu preferi fazer um corte pequeno’.” (Anne, parto normal pelo convênio)

Para alguns profissionais, a episiotomia se estabelece como intervenção inegociável (DINIZ e CHACHAM, 2006). O caso de Sarah pode representar essa

afirmação. Ela conta que, ao discutir com o profissional do pré-natal sobre a intervenção, a posição dele apresentava-se como indiscutível.

“A posição dele era que deveria fazer o corte e não que ‘poderia’ (...). Mas ele falou que em 90% das pacientes dele, ele tinha que cortar. E que era mais fácil, porque acabava que ele delimitava o... a região do corte e não calhava da vagina... Sei lá, acabar cortando, estendendo, se alargando de forma errada (...).” (Sarah, cesárea pelo convênio)

Dissonante desses casos, foi o de Roberta, que recebeu a informação de que a episiotomia não era necessária. Essa informação foi adquirida em um grupo de pré-natal na casa de parto onde planejava dar à luz. Esse modelo de assistência parece estar em consonância com as noções das práticas baseadas em evidência. Segundo revisão realizada por RIESCO e colaboradores (2009), o modelo de assistência dos centros de parto normal segue o uso criterioso das intervenções, como as conduções com ocitocina e realização da episiotomia. Segundo o estudo, esse último procedimento se estabelece entre 16,2% e 35% dos partos, ao contrário das taxas encontradas pela PNDS de 2006 (BRASIL, 2009), que constatou a sua presença quase rotineiramente, em 71,6% dos nascimentos nos hospitais⁷⁰.

“Falaram! Falaram que não há necessidade disso (...).” (Roberta, parto normal pelo SUS)

As justificativas dos profissionais podem demonstrar o abismo entre as evidências científicas a respeito da episiotomia e suas crenças na intervenção, concretizando-se em ofensas para algumas mulheres:

“(...) e, aí, eu... uma coisa só que eu lembrei, só pulando um pouquinho fora da amamentação. Quando a médica conversou comigo ali no quarto, pra examinar a cicatriz, né?, a sutura, aí eu falei: ‘Doutora, você me cortou, né?’ [risos]. Aí ela falou assim pra mim: ‘Ah, mas foi preciso, ela era cabeçudinha’ [risos em tom de deboche]. A médica falou isso? Falou isso. Meu marido é testemunha, estava do lado, né? Aquilo, eu falei: ‘Nossa, né?’... eu falei: ‘Cabeçuda, chamou a minha filha

⁷⁰ A título de curiosidade, essa revisão utilizou 12 estudos conduzidos em centros de parto normal: intra-hospitalares, extra-hospitalares e peri-hospitalares, entre 1998 e 2008, com a participação total de 5.407 mulheres.

de cabeçada’(...) Então, assim, uma desculpa que hoje eu sei nada a ver, né? Pra justificar um procedimento padrão.” (Sophia, parto normal pelo convênio)

“Ela Disse que Não Tinha Problema, se Eu Não Quisesse”

O fator que se mostrou protetor para a negociação com o profissional foi o contato de algumas mulheres com a rota específica. No entanto, apenas uma delas-Lucia, conseguiu negociar com a médica, ainda no período expulsivo, quando sua doula percebeu que o “kit” de episiotomia estava sendo preparado pela equipe do hospital.

“Eu falei sobre isso durante a consulta e ela disse que não tinha problema, se eu não quisesse. E no trabalho de parto, eu pedi na hora pra que não fosse feita, que eu vi que eles estavam trazendo o kit de episiotomia. Eles... eu vi não, a minha doula falou: ‘Olha, estão trazendo o kit de episiotomia’. Daí eu falei pra médica na hora, eu falei: ‘Eu não quero!’ Ela: ‘Não, não, pode guardar o kit que não vai ser utilizado’.” (Lucia, parto normal pelo convênio)

“Eu Pensei que Realmente Era um Procedimento”

Como vimos, os livros dedicados às mulheres quase sempre disponibilizam informações imprecisas sobre a episiotomia, que desconsideram as evidências científicas atuais sobre a prática (NIY, 2012). O caso de Flavia ilustra esse fato, quando ela conta que a informação obtida de um dos livros lidos durante sua gravidez explicava sobre a necessidade *sine qua non* do procedimento no momento do parto. Tendo em vista essa informação, ela não negociou com o profissional a sua realização, interpretando a intervenção como benéfica no momento do nascimento.

“E o segundo parto foi completamente diferente. Aí que está: o segundo médico, é... o menino nasce num minuto quando você entra na sala de parto. Ele faz uma episiotomia bem grande, então a expulsão da criança, ela é super rápida.” (Flávia, parto normal pelo convênio)

Cibelly, Roberta (primeira experiência) e Helena Mendes também não questionaram o uso da episiotomia por entenderem que esse procedimento não era passível de negociação. Na maioria das vezes, esse conhecimento informal sobre o procedimento origina-se em conversas com outras mulheres e não com os próprios profissionais:

“Não cheguei a discutir isso. Achei que a episiotomia fosse automática (...)”
(Cibelly, parto normal pelo convênio)

“Não, eu não perguntei. Eu achei que era um procedimento padrão e... ele também não falou.” (Helena Mendes, cesárea pelo convênio)

Parece difícil o questionamento sobre a episiotomia, uma vez que as conversas com outras mulheres quase sempre estão impregnadas pela concepção da obrigatoriedade dessa intervenção.

*“Ai, mas e aquele corte grande que tem que dar, que tem que dar, eu lembro muito que eu falava que tem que dar aquele corte. **Entendi.** ‘Ah, mas isso aí, isso aí eles dão anestesia’; ‘Ai, mas e essa anestesia?’ Eu tinha medo de sentir dor, da anestesia, como é que era, porque aquilo na minha cabeça... **O corte que você fala é o corte na vagina?** A episiotomia, é? **A episiotomia.** É, é... **Tá, uhum...** Eu achava: ‘Mas e aquele corte que tem que fazer?’; ‘Não, mas aquele corte tem que fazer para ajudar’. Eu lembro muito bem, assim, né? **Que isso na minha cabeça era necessário, absolutamente necessário, né?**”* (Anna, parto normal pelo convênio)

“O Silêncio sobre a Episiotomia”

A maioria das mulheres não teve nenhuma informação sobre a episiotomia durante as consultas de pré-natal. Essa característica esteve mais associada ao grupo denominado cesárea eletiva, no qual todas relataram não ter tido nenhuma conversa com o profissional sobre o procedimento – ele sequer foi citado. Na maioria das vezes, os diálogos sobre o parto normal praticamente desapareceram, embora a maioria delas soubesse da existência da episiotomia.

Algumas mulheres puderam perceber de modo mais sutil como alguns profissionais colocam-se diante dessa prática, quando o silêncio parece fazer-se presente nas consultas de pré-natal:

“Ela chegou a comentar nessas conversas? Nada, nada, nada. Até porque ela faz mesmo!” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

A episiotomia parece estar tão incorporada à assistência que alguns profissionais não se preocupam em explicar às mulheres o procedimento, mesmo após sua realização, como vimos no caso de Patricia. Depois de vivenciar seis partos normais, ela não sabia dizer quantas episiotomias havia tido.

“E isso ficou até hoje na minha mente, porque, assim, às vezes você quer tirar as dúvidas, né? Mas até hoje eu não sei como que é, como que funciona. Mas você chegou a perguntar pra ele, questionar alguma vez? Não, não. Isso no hospital, quando nasceu o bebê? Não, no pré-natal. Ah, não, não. Não, a dúvida ficou no dia do parto.” (Patricia, parto normal no SUS)

Um caso repleto de violência e permeado pelo silêncio foi o de Luana: a condução negligente com ocitocina, o parto com a sequência típica de Kristeller, fórceps e episiotomia. O nascimento de seu filho passou de uma cesariana para a UTI. Nenhum profissional explicou-lhe o procedimento; quem o fez foi sua mãe, presente durante o parto (sob a justificativa da idade de Luana, que tinha então 17 anos).

“Eles não falou nada não. Falou pra mim só deitar lá, colocar as perna aqui. Tá, e você contou que eles fizeram o pique, né? Aham... Tá. É... precisou dar ponto no pique? Precizou, aham... Tá. E eles te falaram que eles iam fazer esse pique? Não. Não? Não. Como você sabe que eles fizeram? Como você soube que eles fizeram? Porque depois minha mãe falou; e também teve o ponto, né? Tá. Durante... ali, a tentativa do parto, ninguém falou nada e você não sentiu nada? Não. Eles num... eles deram anestesia no local? Você sabe? Não sei, não. E você também não lembra se... Não. Tá. E, foram muitos pontos que eles deram? Eles não falou. Não? Não, nem sabia, nem sei.” (Luana, cesárea pelo SUS)

“A Traição: Ele Disse que Não Faria, mas Depois Mudou de Ideia”

Para uma das mulheres que procurou negociar a episiotomia com o profissional, o acordo estabelecido durante o pré-natal não se manteve até o final. O médico dizia que não faria, mudando de posição nas últimas consultas.

“Pedi para que ele não fizesse. No início ele concordou. Nas últimas consultas disse que jamais faria um parto sem episio.” (Elen, cesárea pelo convênio)

Embora não tenhamos explorado o tema episiorrafia⁷¹, chamou atenção o relato de Carol, que disse não ter sido submetida à episiotomia, mas a necessidade de ser suturada, devido à laceração espontânea⁷², sem que estivesse sentindo-se anestesiada.

“Rasgou espontaneamente e, ao final, o estudante que veio me suturar começou a fazê-lo antes de a anestesia local pegar.” (Carol, parto normal no SUS)

Os danos físicos e emocionais também foram relatados pela maioria das mulheres que tiveram a episiotomia no momento do parto. Isso repercutiu em uma cascata de dificuldades na vivência com o bebê nos primeiros meses e também na sexualidade, embora nenhum desses efeitos adversos tivessem sido discutidos durante o pré-natal.

*“A recuperação foi difícil (...) doía bastante, incomodava bastante, tipo, porque pra amamentar eu tinha que sentar. Eu sentava em cima de uma sutura, né?... que estava, né?, inchado com, né? (...). Então aquilo me incomodava, me deixava brava, com raiva, porque, aí, eu lembrava, né? Me fazia lembrar daquilo... **Daquele momento da episiotomia?** É, e aí, justo num momento em que eu tenho que estar calma, que é na hora de amamentar, né? (...). Então eu acho que a episio realmente foi uma coisa que atrapalhou bastante.”* (Sophia, parto normal pelo convênio)

“Logo depois do parto eu senti muita dor no corte, muito tempo dolorido, até pra sentar doía.” (Renata, parto normal pelo SUS)

“É, eu tinha muito medo da episiotomia, porque foi, assim, uma das piores (...). Eu fiquei duas semanas depois do parto da Lorena sem conseguir sentar. Eu sentava nessa poltrona [mostra a poltrona]; eu não conseguia amamentar porque doía, porque ardia. Pra trocar ela eu tinha que ajoelhar no chão, colocar ela na cama, na minha cama e tinha que ajoelhar no chão pra conseguir trocar ela (...). Então, eu tenho... eu levei ponto até no bumbum, assim, tinha um ponto sabe?” (Anna, parto normal pelo convênio)

⁷¹ Sutura da incisão causada pela episiotomia.

⁷² Podem ocorrer, mesmo sem a necessidade da episiotomia,.

A episiotomia já foi considerada um tipo de mutilação genital, segundo a perspectiva de diversos estudiosos, que interpretam essa intervenção desnecessária, dolorosa e desprovida de embasamento científico sólido- um tipo de violação dos direitos humanos das mulheres, praticado sem o seu consentimento prévio (DINIZ e CHACHAM, 2006; DINZ, 2009; FRANÇA, 2003; KITZINGER, 1993):

La episiotomia es la operación obstétrica efectuada con mayor frecuencia en el occidente. Es una de las formas más intensas y dramáticas de apropiación del cuerpo de la mujer, la única operación befectuada sobre su cuerpo sin su consentimiento. Representa el poder obstétrico: los bebés no pueden salir a menos que se les saque con un corte. Evita que las mujeres experimenten el parto como un acontecimiento sexual; es un ritual de mutilación genital (BWHBC, 2000, p. 515).

Do silêncio ao corte, as mulheres parecem ter poucas oportunidades para adquirir informações de qualidade que lhes permitam negociar e, sobretudo, enfrentar as dificuldades que o conhecimento autoritativo médico impõe-lhes frente à episiotomia, defendendo-a, na maioria das vezes, como uma intervenção *sine qua non* na vivência do parto.

5.3.2 Ocitocina: “O Diabo Veste Líquido”

“É foda, é punk, é horrível, é horrível, horrível, horrível! É... eu falei, eu falo pra todo mundo, eu falei: ‘Conseguiram pegar o diabo, transformar em líquido (...)’” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

Na verdade, a gente usa a ocitocina para induzir o parto e para conduzir. E na verdade só tem vantagens, é difícil ter desvantagens. Só se você fizer um mau uso da ocitocina e, daí, pode ter uma desvantagem. Mas na hora de conduzir o trabalho de parto e induzir também só tem vantagens (Fala de uma obstetra, extraída de LINO, 2010, p. 47).

Entre as mulheres desta pesquisa, observamos alta frequência do uso da ocitocina para condução ou indução do trabalho de parto: das 8 usuárias do SUS,

apenas uma não sofreu a intervenção e outra relatou não saber se havia ocitocina no soro. Dessas 8 mulheres, 4 tiveram o procedimento para indução. Das 6 que confirmaram ter recebido a ocitocina, 4 tiveram partos normais.

Como dissemos, uma mulher não soube dizer se havia ocitocina no soro prescrito durante seu trabalho de parto, o que também sugere negligência dos profissionais quanto ao direito do consentimento informado.

“Até hoje não tive coragem de ler meu prontuário, mas sofri horas com um acesso na mão esquerda, que dói até hoje [11 anos depois], no qual acredito que circulava ocitocina sintética.” (Carol, parto normal pelo SUS)

Entre as 12 entrevistadas do grupo da saúde suplementar, 8 tiveram ocitocina, sendo em dois casos, utilizada para indução do trabalho de parto. Dessas 8 que tiveram ocitocina, 5 tiveram partos normais e em três casos o desfecho foi a cesariana. Uma dessas 12 mulheres não sabia dizer se havia ocitocina no soro que recebeu durante a internação, pois não foi informada sobre o procedimento.

Seguindo o mesmo padrão sobre as informações referentes à episiotomia, das 6 mulheres que tiveram cesárea eletiva, apenas 1 conversou com o médico sobre o uso do medicamento. Mirela possui formação médica e, como ela mesma justifica, já havia acompanhado muitos casos de sofrimento fetal decorrentes das cascatas de intervenções associadas à má utilização dessa intervenção.

*“É, isso nós conversamos. Isso é uma coisa que eu nunca quis que fizesse. **Hum, hum...** Eu falei bastante com o meu obstetra que, se fosse pra induzir, eu preferia que já fizesse cesárea logo. **Certo. E sobre o uso da ocitocina pra aceleração do trabalho de parto, você também...** Não queria. **Tá.** Não queria que colocasse.”* (Mirela, cesárea eletiva pelo convênio)

Em todos os relatos a ocitocina apresentou-se como a intervenção mais dolorosa sofrida pelas mulheres durante o parto. Aquelas que tiveram seus filhos no setor privado puderam contar com a analgesia peridural como principal método para alívio da dor. Para as usuárias do SUS não foi disponibilizada essa nem outras opções.

Novamente, a utilização de uma intervenção, neste caso a ocitocina sintética, mostrou-se inegociável, exceto para Lucia, que durante o pré-natal conseguiu um

acordo de utilização criteriosa da ocitocina. Todas as outras que receberam o medicamento em algum momento do trabalho de parto não participaram da decisão, ou porque acreditaram ser o mais adequado, sem receber informações a respeito dos riscos e benefícios do procedimento, ou porque os profissionais não se dispuseram a explicar as razões da intervenção. Cabe ressaltar que Lucia havia acessado a rota específica da humanização durante o pré-natal e sabia sobre os riscos e benefícios da droga.

Com base nisso, pudemos identificar dois padrões mais comuns nas justificativas para o uso da ocitocina (e suas consequências às vivências para as mulheres em trabalho de parto), contidos nos seguintes temas:

- “Se não botar o soro, vai ficar três dias sentindo dor”
- “A solidão e o soro aberto: “Não grite!”

“Se Não Botar o Soro, Vai Ficar Três Dias Sentindo Dor”

*“É, acho que era pra... pra sentir, acho, que a dor... as... a dor mais rápido, né? Pra nascer mais rápido. Ela falou assim que, se num colocasse soro, eu ia ficar uns três dias sentindo dor. **Você ia ficar uns três dias sentindo dor? É. Tá.** Então colocou o sorinho. **E, aí, como que você se sentiu depois que eles colocaram o sorinho? Foi piorando a dor, né?**”* (Luana, cesárea pelo SUS)

Procedimento que deve ser utilizado com cautela e com autorização das usuárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), a ocitocina, via de regra, foi utilizada quase rotineiramente pelos profissionais, na tentativa de acelerar o trabalho de parto. Frequentemente, os argumentos eram dados sob a justificativa de “ajudar o bebê a nascer mais rápido”.

“(...) é um horror! E aí toda vez que eu peço, falam... algum momento alguém me fala de segurança: ‘Ai, não, mas pro seu neném conseguir nascer no tempo necessário’. A gente, quando... logo que eu estou pra parir, assim, sabe aquele momento que tudo é muito confuso? Eu peço de novo pra tirar e eu digo que aquilo... que aí ela fala: ‘Não, mas vai te ajudar pro neném nascer em segurança no tempo certo’(...)” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

As mulheres não foram avisadas do início do procedimento ou receberam explicações restritivas, que reduziram a oportunidade de negociação, como mostra o depoimento de Patricia:

“A gente vai por um sorinho aqui; isso vai ajudar no teu parto, né? Aí você fica quietinha, o soro já vai descer e rapidinho. Você vai sentir dor, daqui a pouco o seu bebê nasce – pela quantidade de filho que você tem’.” (Patricia, parto normal pelo SUS)

Sem muitas vezes serem ouvidas, algumas das entrevistadas contaram criar estratégias para interromper a ocitocina durante o trabalho de parto.

“Colocaram o antibiótico e o sorinho com ocitocina. E aí eu comecei a baixar. Aí, uma hora veio uma enfermeira lá: ‘Quem que tá mexendo aqui?’ Aí eu falei: ‘Não sei’. Ai eu fiz uma cara de ‘não sei, veio alguma enfermeira aqui? Não?’. Aí, nossa... eu lembro que uma hora comecei a chorar, chorar, chorar. Eu tava numa cama perto da janela, assim, que eu via uma saída de ambulância... assim, era noite já, né?” (Roberta, parto normal pelo SUS)

Muitas mulheres disseram não poder negociar o procedimento durante o parto. As conduções e induções com ocitocina foram iniciadas quase sempre sem o consentimento delas.

“Eu peço de novo pra tirar e eu digo que aquilo... que aí ela fala: ‘Não, mas vai te ajudar pro neném nascer em segurança no tempo certo’. É isso, não chega a ser uma ameaça porque é um conforto: ‘Não, está te ajudando’. Mas, assim, em um outro contexto podia ser: ‘Olha, só rola se tiver uma ocitocina entendeu?’” (Beatriz, parto normal pelo SUS)

Assim também foram as induções: para todas as mulheres não houve menção sobre riscos e benefícios dos procedimentos, tampouco foi apresentado o espectro de opções a elas. O caso de Larissa nos permite compreender como o acesso às opções aos tipos de indução é negado às mulheres, na maior parte das vezes. Ela relata que só se deu conta do seu direito de escolha negado, após acessar a rota específica da humanização, depois do nascimento de seu primeiro filho.

“Ela nos propôs marcar a cesárea. Não me falou de nenhuma forma natural para induzir o início do trabalho de parto, como alimentação, acupuntura, atividade

física etc. E com 38 semanas e 5 dias minha filha nasceu em um parto cesárea. Tentamos induzir por aproximadamente oito horas com ocitocina na veia e tive apenas 4 cm de dilatação. Naquela época eu não sabia que os 4 primeiros centímetros eram mais demorados, não sabia que a indução iniciada do zero era muito mais complicada de dar certo. Essas informações nunca nos foram passadas.” (Larissa, cesárea pelo convênio)

No caso de Patricia, por exemplo, a internação precoce motivada pela multiparidade resultou em uma indução com 40 semanas, sobre a qual não foi informada a respeito dos riscos e benefícios.

“Quarenta semanas, eu fui normal e, chegando lá, a médica falou: ‘Olha, você já tá com dois dedo, dois dedo de dilatação e eu vou te internar porque pra chegar aos dez é rápido, né? Mesmo porque você já teve mais filhos...’ Você tava com contração? Não tava sentindo nada, nem uma dor de cabeça. Nada, nada, nada.” (Patricia, parto normal pelo SUS)

A Solidão e o Soro Aberto: “Não Grite!”

De modo geral, as induções e conduções do trabalho de parto com o uso da ocitocina associaram-se a um período de solidão, no qual os profissionais muitas vezes “esquecem” das mulheres, até que o trabalho de parto torne-se intenso.

Com experiência de indução pelo setor suplementar, Elen desejava um parto natural e estava sendo acompanhada por um profissional que se colocava favorável a ele. Os diversos fatores associados às pressões da família e de amigos culminaram na decisão da indução. Esse pode servir de claro exemplo sobre como acontecem algumas “escolhas sob constrangimento”. O relato de solidão também está expresso em seu depoimento:

“(...) Meu marido dormiu no quarto e me senti completamente sozinha. Estava tudo diferente do que imaginava, e me senti tão cansada que dormi, apesar da dor. Naquele momento, acho que o TP [trabalho de parto] estacionou. Quando ele disse que já fazia várias horas que eu estava com 6 cm e ele já havia aplicado ocitocina demais e achava que deveríamos fazer uma cesárea, todo o cansaço que eu estava sentindo tomou conta de mim. E eu já não fiz mais nada.” (Elen, cesárea pelo convênio- refere-se à primeira experiência)

Na maior parte das vezes o pedido de ajuda das mulheres foi negligenciado pelos profissionais. A falta de prudência e a minimização dos riscos que envolvem o uso da ocitocina acarretaram intercorrências, como no caso de Cibelly, que recebeu o medicamento pela bomba de infusão sem o devido monitoramento. A solidão unida à ocitocina foi história que envolveu medo, dor, violência e descaso:

“(...) quando voltei ao pré- parto a auxiliar de enfermagem foi colocar o soro novamente, mas o cateter estava entupido. Então ela ‘gentilmente’ desobstruiu o cateter e colocou novamente o soro. Só que ela, ‘muito competente’, ESQUECEU DE ARRUMAR A BOMBA DE INFUSÃO E DEIXOU O SORO TOTALMENTE ABERTO. Sim, totalmente aberto!!! Toda a ocitocina que era para correr em umas quatro horas foi injetada de uma só vez. Eu tive uma contração tão desgraçadamente dolorosa que, não sei como, me debrucei na cama e fiquei lá toda enrolada. Só consegui gritar socorro para o médico. Ele veio correndo e com a ajuda de uma enfermeira me virou novamente na cama e perguntou: ‘O que aconteceu?’ Eu consegui falar: ‘O soro..’. Daí pra frente as coisas ficaram bastante confusas. Me lembro de tudo exatamente, mas não da ordem cronológica e de quanto tempo cada coisa durou. Só sei que o médico viu o soro aberto e começou a gritar: ‘Quem abriu esse soro?’. Ele tentou me acalmar dizendo que a contração ia passar em cinco minutos. Quase desmaiei quando ele disse isso; achei que não ia aguentar tanta dor. Mas a gente tira forças não sei de onde” (Cibelly, parto normal pelo convênio – as palavras grafadas em caixa alta são da própria entrevistada, que nos enviou o questionário via email)

A negligência no uso da ocitocina também esteve presente no caso de Luana. Mal regulada e associada ao descaso durante o trabalho de parto, o medicamento mais uma vez acarretou prejuízos para os desfechos do parto. De normal para “anormal”: a ocitocina, o bebê em sofrimento, o Kristeller, a episiotomia e o fórceps culminam na cesariana de urgência. Luana relatou não ter sido assistida durante o trabalho de parto. A ocitocina foi instalada e os batimentos do bebê só foram monitorados uma vez. Ela não viu o nascimento de seu filho.

As ameaças e constrangimentos também foram relatados pelas mulheres, quando a dor torna-se intensa e elas precisam silenciar. Tentar algum tipo de negociação pode fazê-las correr o risco de serem maltratadas; algumas sequer permitiram-se pedir ajuda.

“(...) enquanto a confusão acontecia e eu tentava digerir tudo, perguntei da anestesia. Mas ele disse que não ia dar tempo (nessa hora tive certeza que ia desmaiar mesmo). Dei um grito de desespero e o médico me deu uma bronca falando

bem alto: ‘NÃO GRITE!’ Fiquei com muito medo e permaneci calada e com muita dor (...)” (Cibelly, parto normal pelo convênio - as palavras grafadas em caixa alta são da própria entrevistada, que nos enviou o questionário via email)

“(...) de repente vinha aquela dor que eu virava e, aí, ficava me segurando, me segurando no último. Até por... assim, por mais que a minha irmã estava no hospital, eu ainda estava muito com aquele negócio na cabeça que todo mundo falava assim: ‘Não grita, porque, se gritar, o pessoal vai te deixar lá’. Então eu ficava, por mais que ela esteja, que ela estava lá, eu ficava segurando assim, é, com a dor por dentro, sem gritar, quietinha e a lágrima escorrendo. E daí... e daí vinha a dor, vinha a dor, vinha a dor, vinha a dor (...).” (Bianca, cesárea pelo SUS)

Nesses casos, o dilema na negociação do uso da ocitocina envolveu quase sempre violência. Caladas, sem direito a qualquer tipo de interferência, as mulheres estão sob o domínio institucional, que prioriza seus interesses e o dos profissionais. Plantões cheios, profissionais cansados, descrença sobre o corpo feminino (DINIZ, 2001), há toda uma lógica assistencial que impossibilita as mulheres de serem vistas para além de um “corpo em trabalho de parto”.

“Quanto ao misoprostol, me lembro que na maternidade em que eu trabalhava ouvi um médico dizer que alguns colegas usavam sem a paciente saber, para o parto acontecer logo.” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

As intervenções utilizadas de rotina e de forma inapropriada também são vilãs que obrigam as mulheres ao silêncio, à dor e à resignação à violação de seus direitos humanos.

5.3.3 Acompanhante No Parto: Do Desrespeito À Comercialização

Hospitais do SUS em todo o País estão descumprindo a lei federal que garante às gestantes o direito de ter um acompanhante antes, durante e depois do parto. Dados coletados pela ouvidoria da Rede Cegonha entre maio e outubro de 2012 mostram que 64% das 54 mil mulheres entrevistadas relataram que não tiveram direito ao acompanhante (BASSETTE, 2013).⁷³

⁷³ BASSETTE, F. 64% das grávidas não tiveram direito a um acompanhante no parto no SUS. *E Estado de S. Paulo*, São Paulo, 27 janeiro 2013. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603,0.htm>. Acesso em: abr. 201

No Brasil, o direito à escolha de um acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto está previsto em lei federal. No entanto, seu cumprimento esbarra em diversos desafios inseridos nas instâncias institucionais e profissionais. Nesta pesquisa, pudemos observar que houve facilitações à garantia desse direito em situações específicas, dentro de centros cirúrgicos ou quartos privativos de hospitais privados. Mais uma vez, a liberdade para o exercício de alguns direitos esteve associada às posições sociais e econômicas de algumas mulheres.

Todas as entrevistadas conversaram sobre o direito ao acompanhante durante o pré-natal, ou já sabiam da existência da lei. Mas nem todas puderam exercê-lo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto nas instituições. Existem vários “buracos” no percurso das mulheres nos hospitais, em que ora a presença do acompanhante foi permitida, ora foi proibida. Os momentos de internação, pré-parto e recuperação da cesariana apresentaram-se como críticos, sendo o acompanhante, muitas vezes, impedido de ficar ao lado das mulheres.

Embora a maioria das entrevistadas tivesse o acompanhante presente na hora do nascimento de seus filhos, todas elas passaram por algum período de solidão durante a assistência. Entre as oito entrevistadas usuárias do setor público, a única que não teve respeitado esse direito em nenhum momento foi Carol. Três delas tiveram o acompanhante por razões circunstanciais – nos casos em que houve o “privilégio” de possuir conhecidos que trabalhavam na instituição e no da menor de 18 anos. Todas as outras contaram com um acompanhante, mas em alguns momentos específicos da assistência (na sala de parto ou no pré-parto). Nenhuma delas esteve acompanhada no alojamento conjunto do pós-parto.

Para as mulheres que utilizaram convênio, o fator protetor para ter acompanhante durante o trabalho de parto foi utilizar quarto privado. Das 5 mulheres que utilizaram enfermaria, apenas duas puderam ficar com o acompanhante presente no pré-parto. Todas as outras tiveram o acompanhante permitido, incluindo aquelas que realizaram cesárea eletiva, mas em fases específicas do processo. Nas admissões e no pós-parto, eles tiveram de se ausentar por razões das condições institucionais.

Diante desses contextos, pudemos observar os seguintes temas:

- “Acompanhante pode: mas só na sala de parto ou centro cirúrgico”;

- “Pode entrar, mas isso é um privilégio”;
- “Pagando pode, até no pós-parto”.

“Acompanhante Pode: mas Só na Sala de Parto ou Centro Cirúrgico”

“(...) foi aí que realmente minha frustração começou, que aí me levaram o neném, levaram o Daniel, eu fiquei lá sendo costurada, me sentindo super sozinha. Aí eu fui pra uma sala. Aí começou realmente, assim, todo o horror que eu tenho da cesárea. Todo! Aí eu fui pra uma sala, um corredor onde tinha, sei lá, no mínimo umas vinte a trinta mulheres saindo, parecia um açougue... o que chegava de mulher ali, de saída da cesárea, esperando passar o efeito da anestesia, o pós-cirurgia, né?” (Helena Mendes, cesárea pelo convênio)

De modo geral, as usuárias do setor público e as do setor suplementar puderam ter os acompanhantes nas salas de parto ou nos centros cirúrgicos. Para quase todas as mulheres que tiveram a experiência da cesariana, a garantia do acompanhante mostrou-se evidente no momento da realização da cirurgia. Nesses casos, o período da “recuperação” pós-cirúrgica nos corredores apresentou-se como um dos mais difíceis. Sem acompanhantes e seus bebês, elas ficaram incomunicáveis, e nem sempre houve a presença de um profissional o tempo todo ao lado delas. O mesmo padrão de assistência pode ser observado nos trabalhos de LINO (2010) e SALGADO (2012). As autoras utilizam a expressão “largada no cantinho” para definir a sensação relatada pelas mulheres, após a cirurgia.

Por outro lado, também pudemos observar a proibição do acompanhante como estratégia coercitiva, quando as mulheres questionaram condutas, normas ou exigiram veementemente o cumprimento de seus direitos. O caso de Valéria ilustra claramente essa situação, quando ela questionou os profissionais sobre o motivo da cesárea aos 10 centímetros de dilatação, antes de entrar no centro cirúrgico. O médico ignorou seguidamente seu pedido e, quando a cirurgia estava prestes a ser iniciada, ela ouviu piadas e comentários cruéis, que a infantilizaram diante de seus direitos.

*“E aí eu falei: ‘Gente, vocês não deixam o meu marido lá fora que, se não, vocês vão ver eu surtar aqui’. Ele falou: ‘É, como é que você vai fazer? Você vai [surtar] só a parte de cima, porque a de baixo você não consegue mexer nada’. **Ele falou?** É, eu falei: ‘É, mas vem cá para você ver, me dá sua mãozinha que eu vou te mostrar,*

pra você ver o que que eu posso fazer com os meus dedinhos (...)'.” (Valéria, cesárea pelo convênio)

O teor punitivo, e por vezes sádico, nas falas dos profissionais também pôde ser visto no relato de Patricia. Apesar de o hospital permitir a presença do acompanhante no pré-parto e na sala de parto, o tratamento de alguns profissionais aos acompanhantes evidencia o despreparo da equipe para compreender a sua importância na vivência das mulheres. Se elas são punidas, como procuramos mostrar, os acompanhantes também podem sofrer tais abusos e violação de direitos, materializados em constrangimentos morais.

“Aí ela é tão debochada, a enfermeira, que ela não me deu sossego. E na hora que o Miguel nasceu, ela vai lá, meu marido ficou empolgado, foi tirar foto: ‘Pode tirar foto?’; ‘Pode’. Ela falou: ‘Ih, então, Daniel, vem aqui tirar foto’. Aí tirou, aí ela pegou e falou assim: ‘Vai, põe o rostinho aqui, tira a foto junto da mãe’. Aí tirou a foto, ela pegou e falou assim... ela falou assim: ‘Ai, e aí pai, você tá pensando com a cabeça de cima ou a cabeça de baixo?’” (Patricia, parto normal pelo SUS)

Mesmo quando as mulheres sabiam de seu direito quanto à presença do acompanhante, essa informação não se configurou fator determinante para que elas pudessem exercê-lo. Cibelly recorreu quando soube que o hospital não permitia a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto. Enviou uma carta⁷⁴ para a instituição e procurou o Ministério Público, que concordou com os argumentos do hospital. Sem opções, vivenciou o trabalho de parto sozinha- o que, segundo ela, foi a parte mais dolorosa de todo o processo.

“Durante o trabalho de parto fiquei sem acompanhante; durante o parto tive o acompanhante de minha escolha (meu marido) e no pós-parto imediato também fiquei com meu marido, mas só porque os quartos duplos (cobertos pelo meu convênio) estavam lotados. Caso contrário meu marido poderia ficar apenas durante o dia; à noite teria que ser uma acompanhante mulher. Eu sabia da lei e até procurei o Ministério Público [não informou a instância], pois sabia que o hospital não cumpre a lei (até hoje não cumpre). Mas o MP concordou com o argumento do hospital de que a ‘presença do meu marido iria constranger as outras parturientes’. (...) a parte difícil foi ouvir que nem tudo o que eu queria seria possível, principalmente a presença do meu marido junto comigo durante o trabalho de parto. Essa foi a questão que mais me angustiou e pela qual eu choro até hoje. Acho que

⁷⁴ A carta foi enviada pela própria Cibelly no instrumento da entrevista, que ela respondeu via *email* (ANEXO D).

eu, meu filho e meu marido tivemos esse direito roubado, afinal, estávamos juntos no processo desde o início, em todas as consultas do pré-natal ele esteve presente, e no trabalho de parto não.” (Cibelly, parto normal pelo convênio)

“Pode Entrar, mas Isso é um Privilégio”

“Eles não permitiam a entrada de acompanhante? Não, lá não se permite. E lá eu tive um outro privilégio, que depois eu até fiquei com vergonha de falar entre as minhas colegas de quarto, que lá é alojamento conjunto. Eu tinha tido o privilégio de ter analgesia, porque elas nenhuma tiveram.” (Renata, parto normal pelo SUS)

“Eu, nessa minha primeira gestação, primeiro parto, eu pude, porque uma irmã minha trabalhava nesse hospital de enfermeira. Então, assim, o acesso foi mais fácil por ter uma pessoa dentro do hospital. Mas lá, normalmente, as outras mulheres... Não, não, as outras mulheres estavam todas sem acompanhante, eu tive mais um, né?... essas coisas assim.” (Bianca, cesárea pelo SUS)

Para duas mulheres que utilizaram o SUS foi garantida a presença da acompanhante, pois as entrevistadas tinham conhecidos ou familiares trabalhando na própria instituição – casos de Bianca e Renata. As duas contaram que, por terem familiares trabalhando nos hospitais onde deram à luz (do setor público), puderam negociar a entrada de seus acompanhantes. Às outras mulheres esse direito era negado.

Para as mulheres usuárias da saúde suplementar esse privilégio mostrou-se associado ao pagamento por um apartamento privativo nos hospitais particulares, quando foi permitida a presença do acompanhante durante o trabalho de parto. Todas as entrevistadas que utilizaram apartamento privativo puderam ter seu acompanhante durante o trabalho de parto.

“Pagando Pode, Até no Pós-Parto”

“Não, eu conversei se ele podia entrar, e aqui (...) tem aquele negócio dos outros assistirem o parto. Isso eu achei que era muita invasão de privacidade, tanto no primeiro e no segundo. Então, eu não queria mesmo, que no primeiro já tinha sido aquela tragédia, sabe? Ai eu não queria, mas no primeiro eu falei assim: ‘Gente, não tem a menor condição, eu aqui num parto normal, e assim, meu sogro do lado de fora?’. Eu achei isso uma coisa, olha, da Idade Média. Do tempo que Henrique VIII fazia sexo com as mulheres dele na frente da corte.” (Flavia, parto normal pelo convênio)

Os hospitais privados também encontram ferramentas para lidar com os acompanhantes na atual “estética moderna do parto”: mulheres “virtualmente acompanhadas”. Se as famílias não podem entrar no centro cirúrgico, as câmeras de *webcam* vão até elas. Atualmente, algumas maternidades oferecem a transmissão simultânea⁷⁵ do parto em uma sala privativa, onde ficam alojados os familiares das mulheres que estão na sala de parto ou no centro cirúrgico. Essa possibilidade foi oferecida à Flavia, em um hospital privado de Belo Horizonte, que, segundo ela, integra a lista de instituições voltadas para a “alta classe social” da capital mineira.

Se há impedimentos para a presença de acompanhantes no parto, em consequência do próprio modelo de assistência, as estratégias de comercialização do serviço podem dar a falsa impressão de que esse direito está sendo respeitado. Elas não puderam escolher quantos acompanhantes entrariam nas salas de parto ou pré-parto, mas, se internadas em um hospital particular, a comercialização da imagem servia como a prestação de serviço para “amenizar” o problema.

Por outro lado, no serviço público, em que há estrutura de alojamento conjunto no pós-parto, as mulheres não tiveram respeitado o direito a um acompanhante, sob a alegação de que a presença dele poderia incomodar as outras mulheres. Diante dessas alegações, uma das entrevistadas formulou estratégias para garantir a presença do acompanhante. Roberta, que havia dado à luz em hospital público, fingiu-se de “louca”, como ela mesma conta, para que seu marido a acompanhasse no pós-parto. A assistente social foi mobilizada, Roberta foi transferida para um quarto especial e conseguiu exercer seu direito.

“‘Agora eu vou sair daqui!’ Ela falou: ‘Não, você não pode’, porque não sei o quê, nãñãni, nãñãñã, papapá. ‘O que que você precisa e tal?’ Eu falei assim: ‘Se eu não sair daqui agora, eu saio por aquela janela. Ou eu saio pela frente ou eu saio pela janela’. Eu acho que elas interpretaram isso como se talvez eu tivesse pensado em suicídio, porque elas começaram a me tratar assim: ‘Ai, não, calma. Ai que não sei que lá. Você toma algum remédio?’ [gargalhadas]. Ai eu falei: ‘Ah, é isso então! Então vou dar uma de louca mesmo. Eu sou louca!’ (...). Eu comecei a conversar com o Eduardo pela janela, porque aí ele não sabia, ele não tinha notícias, ele perguntava de mim, ninguém sabia. Aí ele saiu na janela, nós começamos a

⁷⁵ Esta “prestação de serviço” também pode ser vista em *sites* de alguns hospitais de São Paulo, como o São Luiz: <http://www.saoluiz.com.br/maternidade/amigos_visitantes/transmissao_parto.aspx>. Acesso em: 18 de abril, abr. 2013.

conversar pela janela e eu falei assim: ‘Pelo amor de Deus, me tira daqui’ (...). Aí ele foi lá na assistente social, aí eles enrolaram a gente, que era pra gente ficar, mas eles iam arrumar um quarto pra gente. E arrumaram... um quarto assim que a gente não conseguia nem se mexer, era um quarto minúsculo pra mães que acho que têm problema... doença... é...” (Roberta, parto normal pelo SUS)

As argumentações que justificam a negação do acompanhante podem ter duas explicações: uma se refere às “necessidades” institucionais e outra, aos profissionais. No trabalho de LINO (2010) as entrevistas com sete profissionais típicos mostraram que a ambivalência de alguns quanto à presença de um acompanhante de escolha da mulher, durante o parto, justifica-se pelo fato de que eles podem “atrapalhar” o processo. Por outro lado, as instituições podem negar esse direito, justificando que a estrutura física dos pré-partos, a “falta de privacidade” e a superlotação dificultam a presença de um acompanhante; ou, ainda, preferem deixar essa decisão a cargo do médico (DINIZ, 2001; MAIA, 2008; LINO, 2010)⁷⁶.

O acompanhante de livre escolha da mulher também pode exercer o chamado “controle social” das instituições. Em parte, isso pode explicar porque alguns profissionais sentem-se ameaçados com a presença deles, como podemos depreender do depoimento de uma doula ao jornal *Folha de S. Paulo* – o título da matéria resume a questão: “Das doulas como testemunhas”⁷⁷.

No dia 12 de abril de 2011 foi publicada a lei estadual que proíbe a cobrança para entrada do acompanhante no parto⁷⁸. Comumente, essa prática ocorre sob a alegação de que há gastos em torno da paramentação utilizada pelo acompanhante no centro cirúrgico.

Diante das dificuldades relatadas pelas mulheres, podemos concluir que, apesar de um direito, a presença do acompanhante de escolha livre das mulheres, em toda a vivência do parto, ainda enfrenta muitos obstáculos, impostos pelos meandros da assistência. Embora algumas instituições públicas e privadas utilizadas pelas mulheres de nossa pesquisa divulgassem um atendimento “humanizado” (por

⁷⁶ Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603,0.htm>>. Acesso em: 18 de abr. 2013.

⁷⁷ Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniao/1225993-mariana-de-mesquita-das-doulas-como-testemunhas.shtml>>. Acesso em: 18 de abr. 2013.

⁷⁸ Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/artigo/maternidades-particulares-paulistas-estao-proibidas-de-cobrar-acompanhante-na-hora-do-parto>>. Acesso em: 18 de abr. 2013.

oferecer salas especiais de pré-parto, por exemplo), a incorporação dos direitos humanos das mulheres pelos modelos típicos de assistência ao parto está muito aquém de fazer-se presente nos espaços utilizados por elas.

5.3.4 Negociação Sobre A Via De Parto: Dos Direitos À Negação

Os percursos das negociações sobre a via de parto descritos pelas entrevistadas deste estudo traduziram as reflexões exploradas nos aportes teóricos, ancorados nas diversas e complexas interferências econômicas, sociais, culturais e dos constructos de gênero sobre as possibilidades de negociação com os profissionais de saúde.

Pudemos observar que essas negociações passaram, na maior parte das vezes, por dois momentos críticos: aquele que se referiu aos prévios acordos no pré-natal e, posteriormente, no momento do parto – com exceção das mulheres que tiveram a cesárea eletiva, quando essa decisão foi realizada durante o pré-natal.

Embora estivéssemos tratando as mulheres em três grupos diferentes (usuárias do SUS, usuárias da saúde suplementar que tiveram parto normal ou cesariana indesejada, e usuárias da saúde suplementar que tiveram cesárea eletiva), achados semelhantes foram observados entre elas. As “falsas” sensações de liberdade para eleger o parto segundo seu desejo inicial foram compreendidas de maneiras diferentes por elas: inerente à insatisfação e frustração do desejo inicial; “resignação” e obediência ao conhecimento médico-científico e como revolta diante dos constrangimentos vivenciados durante as negociações. Essas dinâmicas estiveram associadas ao acesso aos nichos da rota específica da humanização.

Dessa forma, procuramos encontrar elementos comuns e adversos nos padrões das negociações entre as mulheres dos três grupos analisados, compreendendo as possibilidades de negociação e escolha informada que vivenciaram durante a assistência. Logo percebemos que esses elementos estavam mais associados ao tipo de financiamento da assistência e, por isso, decidimos organizar as categorias entre o setor público e o da saúde suplementar.

É importante ressaltar que, embora estejamos definindo o processo de escolha sobre o parto como “negociação”, esse termo implica compreender que há uma

necessidade de concordância de ambas as partes (tanto do profissional como das mulheres). No entanto, esse processo de interlocução não ocorreu na maioria dos casos, nos quais as mulheres se viram impedidas de decidir em conjunto com o obstetra sobre o tipo de parto que desejava. Tendo em vista que a escolha informada por partes das mulheres é um direito reprodutivo (referencial teórico utilizado neste trabalho) e exige um processo de diálogo e negociação, preferimos identificar esses caminhos de busca pelo tipo de parto como “negociação”.

Percorrendo o trajeto das mulheres entrevistadas nesta pesquisa, identificamos quatro tipos de negociação do parto em cada um dos tipos de financiamento: SUS e saúde suplementar, totalizando oito temas.

Convênio de saúde

- Das indicações e pessimizações do corpo às cesáreas eletivas;
- Das enganações e convencimentos à cesárea indesejada;
- “Só faço se for cesárea”: vou pro plantonista;
- Parto normal, mas só se for com intervenção.

SUS

- O SUS como opção ou pela falta dela na saúde suplementar;
- O parto normal resignado: “eu queria a cesárea”;
- “Tem bola, chuveiro”: as falsas “humanizações”;
- O parto normal como uma “tarefa do plantão”.

Das Indicações e Pessimizações do Corpo às Cesáreas Eletivas

Embora as preferências e os desejos iniciais das mulheres que tiveram a cesárea eletiva estivessem permeados pelo sentimento de ambivalência entre o parto normal e a cesariana, como descrevemos em capítulo anterior, pudemos perceber que a falta de incentivo médico para o parto normal e a compreensão que o coloca como

um “evento de risco” foram os principais elementos decisórios para o procedimento eletivo.

Observando as justificativas dadas pelos médicos a essas mulheres, foi possível identificar o descompasso dessas indicações com as reais, baseadas em evidência. Diferentemente das que acessaram a rota específica e puderam refutar tais indicações, as mulheres deste grupo colocaram-se em acordo com as posições médicas e, muitas vezes, relataram certo “alívio” por não terem tido parto normal.

Nesse sentido, entendemos que a absorção e a confiança nas justificativas médicas pelas mulheres associaram-se como sentimento protetor para aceitação da cesárea. Elas demonstraram extrema confiança no profissional e preferiram relegar as escolhas ao julgamento deles. A sensação de que o médico “fará o melhor” é o que imprime a confiança e a aceitação da cesárea como um fim necessário – nesse momento, a ambivalência se desmancha e o “risco” inerente ao parto normal é comprovado: “eu não tive dilatação”, “a pressão subiu”, “a bolsa rompeu”.

Embora nos outros grupos existam dois momentos para a negociação – o pré-natal e o momento do parto – neste ela esteve principalmente ativa durante o pré-natal. A cesariana marcada pelo profissional apareceu como desfecho mais fácil de ocorrer durante o início do pré-natal para aquelas que não possuíam a preferência pendular associada ao parto normal. Para as outras, com preferências mais pendulares entre o “parto normal ou a cesárea”, a escolha foi tomada mais tardiamente, mediante situações específicas, que explicaremos adiante.

Analisando também as características que destoam do todo, encontramos o caso de Mirela, que preferiu não agendar as duas cesáreas. Optamos por deixá-la neste grupo, pois foram observadas semelhanças nos motivos de indicação para cesariana e satisfação em torno do desfecho.

“Aí, ele falou: ‘Realmente, já tá em trabalho de parto. A bolsa rompeu. Já sabemos que vamos fazer cesárea’. Porque tinha circular. Aí, nesse momento, ele realmente falou: ‘Olha, como a bolsa rompeu, a chance de ter sofrimento fetal é maior. Então nós não vamos nem pensar em esperar. Nós já vamos fazer’ (...) É, na verdade eu acho que ele disse... ele falou: ‘Realmente vamos fazer, porque rompeu, né? E é um fator a mais pra ter sofrimento’. Acho que, na verdade, ele falou porque, não sei, vai que chegasse lá e já tivesse muito adiantado (...).” (Mirela, cesárea pelo convênio)

O caso de Mirela evidencia como a interpretação cultural do parto cercado pelo risco desencadeia indicações equivocadas para a cesariana. Segundo ela, o parto normal poderia acontecer, mas só se fosse “uma coisa muito tranquila”. Como visto no trabalho de SALGADO (2012), as indicações de cesariana nem sempre são claras e objetivas. A segunda experiência de Mirela revela como elementos isolados se agregam, culminando na impressão do risco aumentado para o parto normal:

“Da Isabela foi um pouquinho mais preocupante, porque, como eu te falei, né?, fez o ultrassom, que o líquido tava muito pequeno, ela tava mexendo menos. Então, acho que foi uma coisa assim, eu fui na consulta com ele, era uma segunda de manhã. Falei que eu achei que ela tava movimentando menos, né? Domingo pra segunda. Isso eu tava com 38 semanas. Ele falou: ‘Não. Já vamos fazer cesárea agora’. Então foi uma coisa, assim, que eu não esperava. Do consultório, eu passei em casa pra pegar as coisas e já fui pro hospital.” (Mirela, cesariana pelo convênio)

A associação de elementos isolados para a falsa impressão do aumento de risco também esteve presente em outros relatos, validando a crença de que a cesárea é mais segura:

“Durante todo o parto nunca senti nenhuma tendência, preferência, nem parcialidade do médico quanto ao tipo de parto. Fiquei insegura para me decidir até as últimas semanas, mas acredito que devido à minha natureza, de ser insegura para decisões. Meu marido sempre preferiu que fosse cesárea. E minha opinião, colocando os prós e contras, imagino que os riscos de complicação de parto normal são, para o bebê, maiores que na cesárea e que os benefícios do parto normal. Não conversei com o médico sobre isso, mas sou fisioterapeuta e estes são alguns dos pacientes que atendo. Mas a opinião do médico, na 39ª semana foi meu fator decisivo. Eu não tinha nada de dilatação, o colo estava ‘duro’ (foi assim que entendi), então ele disse que daria para se um parto normal, mas que seria trabalhoso. Foi assim que me decidi, agora ficou claro?” (Adendo da entrevista de Marília, cesárea eletiva- concedida pelo email)

O colo “duro” e o “nada de dilatação” foram os fatores que levaram Marília a determinar sua opção pela cesárea eletiva, embora tivesse contado que não tinha uma preferência clara. Mais uma vez, os aspectos sugeridos pelo médico privilegiam a cesariana em detrimento do parto normal.

O que chama atenção também no relato de Marília é a impregnação do que vimos a respeito da “pessimização do corpo” pelo conhecimento médico-científico e a conotação de que “alguma coisa não funcionou como deveria”. Quando ela diz que

não há sinal de dilatação e o colo está “duro” parece que algo não saiu como planejado, embora nenhum desses elementos configure-se como indicação para cesárea eletiva (HOFMEYER e col., 2008). Esses achados também indicam como o conhecimento médico-científico promove a inclinação do pensamento para a interpretação do corpo feminino sempre “defeituoso”, muitas vezes introjetado por essas mulheres.

Outras que possuíam a preferência pendular mais associada ao parto normal acabaram realizando a cesárea eletiva por indicação médica. Esses foram os casos de Ana, Marina e Martha (em sua segunda experiência):

“Então, aí, eu voltei no consultório, ele tirou a pressão mais uma vez. Falou: não dá mais pra brincar’. E ainda ele tinha tido uma paciente recente que teve pré-eclâmpsia e ele falou que foi muito, muito duro. Que ele passou momentos de muito medo, de estresse, de perder tanto a paciente quanto o bebê. Então ele tava bem alarmado e falou: ‘Não vou esperar mais’. Tanto que eu te falei da data do sete... Então já tava marcado dia 27. Tava tudo certo [primeira experiência]. E, aí, foi esse rolo de faz, não faz, faz, não faz. Então até a questão de fazer a cesárea, porque eu já tinha em mente fazer a laqueadura, foi um fator de decisão. Então tinha o risco da pressão alta e eu queria fazer a laqueadura [segunda experiência].” (Ana, cesárea eletiva pelo convênio)

“E aí ele falou... então aí, quando chegou com 38 semanas, aí ele falou: ‘Má, a sua pressão não estabiliza, não adianta. E eu não vou esperar’. Ele falou: ‘Não é nem pelo [nome do filho]. Porque pelo [nome do filho] eu esperava mais um pouco. Porque ele tá ótimo e tudo o mais. O problema é você. A sua pressão’. Aí eu falei: ‘Tio, o médico é você... quem sabe o que é melhor é você. Então, vamos lá’. Aí ele marcou. Eu acho que fui no consultório dele na segunda e ele... numa segunda feira, ele marcou pra terça da outra semana. Que era quando tinha vaga na maternidade.” (Marina, cesárea eletiva pelo convênio)

Para Ana e Marina, que foram os dois casos mais representativos da preferência pendular associada ao parto normal, a indicação médica para a cesariana mostrou-se decisiva. A confiança delas na conduta médica tornou a indicação da cesárea eletiva um desfecho aceitável.

Para Martha a primeira indicação de cesariana ocorreu por descolamento de placenta, seguido de sofrimento fetal. Já na segunda experiência, o médico indicou a

cesárea eletiva em decorrência da apresentação⁷⁹ pélvica do bebê (sentado). No Brasil, essa indicação é discutível, mas devem ser dadas às mulheres informações sobre riscos e benefícios nesses casos, embora essa discussão não tenha ocorrido durante as negociações entre Martha e o profissional que a acompanhava.

O desejo pela cesariana associado ao medo do parto normal aparece como susceptível às interferências dos discursos propagados pelos profissionais. Embora tenha contado que conversou sobre parto poucas vezes com o obstetra, o incentivo médico para a cirurgia eletiva apresentou-se de maneira bastante clara: para ele, o “bem estar da paciente” significava uma cesárea eletiva.

*“Então ele é muito a favor do bem-estar da paciente. E que não passe dor. Ele falou: ‘Porque que você vai passar... se você pode não passar por isso’ (...). Eu acho que desde a primeira... Desde que eu soube que eu tava grávida. Porque quando eu soube... a gente já começou a calcular e já... pra saber quando seria o parto. **Dentro dessa coisa da escolha do tipo de parto ele já se colocou a favor da cesárea... Da cesárea. Por essa questão da dor, é isso? É. Isso.**”* (Helena, cesárea eletiva pelo convênio)

A cesárea eletiva apresentou-se como resposta à superestimação dos riscos do parto normal, à submissão das mulheres ao conhecimento médico-científico e à pessimização do corpo feminino. Elas não questionaram as indicações e posicionamentos médicos, compreendendo o desfecho como inevitável. Para algumas a própria indicação tornou-se um “conforto” diante da ambivalência que vivenciavam sobre o tipo de parto.

Cabe ressaltar que em todos esses casos houve um fator circunstancial referido pelos profissionais que influenciou as escolhas dessas mulheres: nenhuma delas tomou essa decisão desprovida da interferência desses profissionais.

Das Enganações e Convencimentos à Cesárea Indesejada

Nesta pesquisa, os conflitos de interesse presentes na relação entre as mulheres que desejam o parto normal e os profissionais estiveram relacionados às ferramentas de convencimento para cesárea sem indicação, seguidas de enganações e

⁷⁹ Termo técnico que se refere à parte do corpo do bebê que está mais próxima do colo uterino.

coações, o que foi já visto por alguns autores (LINO, 2010; SALGADO, 2012; CARDOSO e BARBOSA, 2012; DINIZ e DUARTE, 2004).

Nem todas elas tiveram consciência a respeito desses conflitos de interesse, à época em que eles aconteceram. Essa “percepção” teve origem no momento em que elas entraram em contato com a rota específica da humanização, antes ou depois de seus partos. Identificamos cinco casos que exprimem algumas dessas manobras de convencimento realizadas pelos profissionais durante o pré-natal: Helena Mendes, Anne, Valéria, Elen e Larissa. Algumas dessas mulheres também se inserem em outros temas identificados na análise dos caminhos da negociação, conforme veremos à diante, uma vez que as “armadilhas” de convencimentos e outras coações definem-se como cenários complexos, que envolveram desfechos diferentes.

Consentir a violação aos seus direitos de autonomia e autodeterminação advinda dos argumentos de seus médicos não ocorreu como via de regra para todas as mulheres. O envolvimento com os profissionais e a cultura da supremacia do conhecimento médico-científico impediram que elas, muitas vezes, pudessem perceber a forma como estavam sendo enganadas e agredidas – o constrangimento moral é um elemento presente em todas essas histórias.

“O médico era muito solícito. De início já disse que depois de uma cesárea, com intervalo tão curto, eu deveria desconsiderar parto normal. Eu não ia ao consultório para tirar dúvidas, ia para argumentar e brigar pelo que eu queria. Ele disse que acompanharia o parto normal, caso não houvesse risco nenhum, sugerindo que seria necessário um TP [trabalho de parto] não muito longo. Procurei outros médicos, o mais próximo de humanizado da cidade não atendia pelo meu convênio. Resolvi permanecer com o mesmo. Nas últimas consultas, me deixou cada vez mais angustiada, pois começou a voltar atrás em tudo o que tinha me dito que faria/não faria (...). O médico, aos 45 do segundo tempo, resolve me propor para fazer uma cesárea eletiva, porque ele viajaria na semana seguinte. Eu estava com 40 semanas. Como já tinha passado por todos os médicos, sabia que nenhum encararia um parto normal com cesárea prévia com menos de dois anos, aquelas alturas. Consegui pensar na possibilidade de contratar uma doula e ir ao plantão do convênio quando entrasse em TP [trabalho de parto], mas a pressão da família foi grande demais e não dei conta de bancar os riscos. Sabia que se tivesse uma ruptura, ou qualquer outra complicação, precisaria estar com um cesarista competente. E foi por isso que tinha ficado com ele até aquele momento. Ele veio com um discurso: ‘Me preocupo com você’. Mas até hoje não acredito que ele foi viajar. Me senti completamente vítima do sistema e enganada pelo médico. Estava preparada para todas as desculpas que ele pudesse dar para insistir numa cesárea, mas não para aquela.

Como eu podia contestar uma viagem? Ainda hoje me arrependo de não ter esperado’.” (Elen, cesárea pelo convênio)

Embora Elen estivesse em contato com a rota específica da humanização durante a gravidez, buscando informações para a tentativa de negociação, os conflitos de interesse do profissional não permitiram que o acordo preestabelecido fosse cumprido, no final da gestação. As pressões familiares e a impossibilidade de conseguir um médico pelo seu convênio a fizeram escolher “sob constrangimento”.

“A partir daquele momento, do jeito que as contrações estavam, na verdade porque o bebê não estava encaixado, ele falou... eu tinha feito um último ultrassom, foi uma gravidez que eu fiz oito ultrassons! E ele ficou com o ultrassom na mão e ele olhou, falou que o bebê estava bem grande, que estava muito apertado, que ele não estava encaixado. Que estas contrações que eu estava tendo e estavam aumentando, estavam aumentando de intensidade, de força e que isso ia começar a fazer o bebê sofrer muito e eu já estava sofrendo. E que era bom a gente marcar a cesárea meio correndo. Eu até fiquei meio preocupada porque ele marcou a cesárea para o outro dia.” (Helena Mendes, cesárea pelo convênio)

À época de sua primeira gestação, Helena Mendes não havia acessado as informações da rota específica da humanização e acreditava que o médico iria acompanhar o parto normal, conforme seu desejo durante o pré-natal. No final da gravidez, ele impõe uma série de argumentos para convencê-la a realizar a cesariana. Mais uma vez, associam-se os mesmos elementos para a indicação do procedimento: bebê grande e o próprio início das contrações. Helena Mendes conta que a frustração no pós-parto e a sensação de engano foram experiências que lhe permitiram buscar respostas para sua insatisfação. Dessa forma, ela conseguiu contato com um grupo de apoio, por meio do qual passou a elaborar sua experiência.

“É, me enganou assim... Ele falou: ‘Ah então, tá, vamos vendo como é que está’. Né? Isso você estava lá no comecinho? No comecinho tipo com quatro, cinco meses. Aí quando chegou já no oitavo mês que eu falei, então... eu, estava com trinta e duas semanas, eu já falando com ele: ‘Então, a gente vai fazer o parto; é, vai ser, o senhor vai fazer o meu parto’. Aí ele me indicou uma outra profissional porque ele disse que não atendia o meu convênio pra fazer (...). Super saudável, tanto que não tinha risco nenhum, não era nenhuma gravidez de alto risco. E aí eu até conversando com a médica que ele indicou, né? Aí ela falou: ‘Não, tudo bem, a gente marca e vê o dia que você quer que eu faça a cesárea’.” (Valéria, cesárea pelo convênio)

Valéria passou quase toda a gravidez acreditando que a negociação já estava resolvida. Quando chegou a 32 semanas de gestação, o médico disse que não poderia acompanhar o parto normal, justificando a indicação da cesárea eletiva devido à qualidade do convênio da entrevistada. Mesmo pressionada pela segunda médica (indicada pelo seu próprio obstetra), ela decidiu tentar o parto normal com o plantonista, que acabou lhe coagindo entre a cesárea e o fórceps. O apoio das informações obtidas pela rota específica da humanização lhe permitiu questionar as condutas, mas aos 10 centímetros de dilatação e sem acompanhantes Valéria se viu obrigada a ceder à coação da intervenção.

Um caso similar ao dela também foi identificado no depoimento de Anne. Após percorrer vários consultórios, buscando um médico favorável ao parto normal, no momento de dar à luz a médica escolhida mudou de discurso. A ocitocina e a analgesia precoce podem ser entendidas como ferramentas para uma suposta “fragilização” das mulheres e consequente suscetibilidade às escolhas sob constrangimento. Anne resistiu às pressões do profissional e com 8 centímetros de dilatação, analgesiada, enfrentou a posição médica, exigindo que o acordo inicial fosse cumprido. Afinal, ela conta que, em razão de uma consulta odontológica de sua obstetra, foi ameaçada com uma cesariana em pleno trabalho de parto.

“Eu peguei e falei pra ela: ‘Eu não tenho como chamar outro médico agora (...)’. Eu falei: ‘Se você já sabia que você ia me dar uma cesárea, fazer uma cesárea, era melhor você ter feito isso dez horas atrás, que eu estou aqui há catorze horas sofrendo, é! Então, vamos fazer um negócio? Você quer ir no teu dentista? Então vai, me leva pra mesa da cesárea, corta essa minha barriga’. Mas aí eu virei pra ela, eu falei: ‘Mas eu vou deixar uma coisa muito clara entre você e eu: é, você não olha pra minha cara, eu não olho pra sua cara, a gente não fala mais uma com a outra e você não traz o meu bebê’.” (Anne, parto normal pelo convênio)

Antes de realizar a cirurgia, a médica decidiu fazer o último exame de toque e, para sua surpresa, o bebê já estava quase nascendo.

“Ela fez o último toque e o bebê tinha encaixado. Então, tipo, aí eu tive o meu bebê na mesa da cesárea, né? Foi o tempo de chamar o meu marido, sem brincadeira: foram umas cinco, seis enfermeiras na minha, em volta de mim pra empurrar minha...” (Anne, parto normal pelo convênio)

O caso de Roberta (primeira experiência) também evidencia como as mulheres encontram estratégias para fugir da cesárea desnecessária, quando esta é indicada em razão de um limite máximo para o início do trabalho de parto espontâneo. Sabendo que o médico lhe indicaria uma cesariana, se não entrasse em trabalho de parto até 40 semanas, ela investigou como poderia evitar a indicação da cirurgia, apesar das pressões do contexto de seus familiares.

“É... Ah, o da Lorena, então, começou nessa discussão com o médico, né? Eu entrei em trinta e nove, acho que era nessa sexta-feira que a gente conversou, que ele queria me levar já e eu não quis. Eu não sentia nada até então de trabalho de parto, mas eu sabia que tava tudo bem. A única questão que eu tinha era que eu não sentia ela mexer e eu lembro que eu falava isso. Mas durante toda a gravidez ela mexeu muito pouco. Então eu tinha essa questão, né? (...). E... aí, quando eu banquei, naquele momento, nessa discussão com ele eu percebi que eu tinha que bancar, eu fiquei muito insegura, eu conversei com a minha mãe e ela assim: ‘Você é louca!’; meus amigos também: ‘Você é louca!’; ‘Você tem que ouvir o médico, é ele quem sabe’, que pá-pá-pá. Eu falei: ‘Mas quem sabe do meu corpo sou eu e eu tô bem, eu não tô sentindo nada’. Então ali eu senti que houve uma ruptura e que eu tava sozinha (...).” (Roberta, parto normal pelo convênio – primeira experiência)

Roberta conseguiu evitar a cesariana, embora a conveniência médica tenha servido de preceito para que o profissional lhe pressionasse a fazer a cirurgia. Mais uma vez, ela não sucumbiu:

“(...) e senti que ele saiu e tinha um fiozinho só de sangue eu falei: ‘Bom, acho que tá perto, mas não muito’ – porque falaram que, de acordo com o fiozinho de sangue, pode indicar se tá perto ou não. Aí eu lembro que já liguei pra ele, né? Pro médico. Aí ele falou: ‘Só falta você me ligar amanhã na hora do jogo do Corinthians’.” (Roberta, parto normal pelo convênio- primeira experiência)

Para Larissa, a indicação da indução de parto não ocorreu a partir de uma escolha informada sobre os seus riscos e benefícios. Em sua opinião, a ocitocina utilizada de forma inadequada convenceu-a de que essa era mais uma manobra para a cesárea, como conflito de interesse médico.

“Tentamos induzir por aproximadamente oito horas com ocitocina na veia, e tive apenas 4 cm de dilatação. Naquela época eu não sabia que os 4 primeiros cm eram mais demorados, não sabia que a indução iniciada do zero era muito mais complicada de dar certo. Essas informações nunca nos foram passadas. Ela sempre se esquivava das perguntas, não nos passava todas as informações, sempre nos direcionando a aceitar a cesárea. Acredito que nos tratava como meros clientes.

Para nós, que estávamos vivendo um momento único nas nossas vidas, não sentimos o respeito da médica em ajudar a alcançar o nosso desejo do parto. Ela disse que tentou, respeitou, mas não acredito que tenha feito o melhor de si, de nos informar ou de nos dizer que não iria fazer o parto normal e que procurássemos outro profissional ou que participássemos de grupos de apoio etc.” (Larissa, cesárea pelo convênio)

Percebendo que não seria fácil a negociação de um parto normal na segunda gestação, ela buscou obstetras atenta aos discursos de interesses médicos. As duas primeiras tentativas demonstram como a cesárea, no Brasil, pode representar mais do que um “interesse médico”; ela pode ser a própria pessimização do corpo feminino:

“Nessa segunda gestação eu fui a três obstetras. O primeiro era muito simpático, mas não gostei da resposta dele quando eu perguntei o porque das mulheres fazerem tanta cesárea atualmente. Ele me disse que era porque estávamos tendo filhos muito tarde, que somos velhas e, por isso, não conseguimos ter parto normal. Depois dessa resposta não ouvi mais nada que ele disse. A segunda médica era ótima também, mas achei esquisito ter um aparelho de ultrassom no seu consultório, já que não se sabe as consequências das várias repetições desse exame nos bebês. O tempo de espera para ser atendida era desumano: 3, 4 até 5 horas. Ao perguntar se ela achava que daria para fazer um parto normal depois da cesárea, ela me disse que eu tinha esse ‘histórico’. Deu a entender que seria difícil o parto normal. Decidi mudar de médico de novo.” (Larissa, trecho referente à segunda experiência, parto normal pelo convênio)

Os mecanismos de convencimento médico para que as mulheres concordassem com a cesariana envolveram constrangimento, medo e indignação. A imposição de limites equivocados para a deflagração do trabalho de parto, a ocitocina sintética, a analgesia e o fórceps podem ser entendidos como “iatrogenias para o convencimento”. Não raro, essas mulheres se veem sem apoio, tendo de refutar ao mesmo tempo os argumentos dos profissionais e superar o senso comum de que a autoridade médica está sempre a “serviço do melhor à saúde delas e de seus bebês”.

“Só Faça se for Cesárea”: Vou pro Plantonista

Apesar de muitas mulheres associarem-se aos convênios médicos como alternativa para dar à luz em hospital privado, durante as consultas elas descobrem que o sistema não funciona a favor do parto normal, como imaginavam.

A cobrança extra para o acompanhamento do parto em hospital privado tem se tornado comum durante o pré-natal. Recentemente, a ANS publicou nota comunicando a decisão de descredenciar médicos que realizarem cobrança extra para acompanhar o parto de mulheres conveniadas aos planos de saúde. A posição do Conselho Federal de Medicina⁸⁰ é contraditória e apoia essa cobrança como forma de aumentar a taxa de partos normais no Brasil⁸¹.

Em nossa pesquisa pudemos observar a realização de cobrança para a assistência ao parto normal, sendo muitas vezes a cesariana a única alternativa para o acompanhamento coberto pelo convênio. O caso de Valéria e Cássia são exemplos de como o sistema médico conveniado aos planos de saúde pode amputar o espectro de escolhas das mulheres. Impossibilitadas de pagar ao médico a quantia exigida, as duas recorreram ao plantonista do hospital particular. As experiências delas nos leva a compreender que o parto com o plantonista não está isento dos conflitos de interesses. Mais uma vez, elas tiveram de driblar as “conveniências institucionais” para a tentativa do parto normal.

Valéria conta que, mesmo pagando pelo acompanhamento do parto, o médico disse que só faria uma cesariana (em razão da sua idade, que não se mostrava compatível com um parto normal – à época da gravidez, ela tinha 40 anos).

“Aí depois ele falou: ‘Ah, se você quiser, eu te atendo em outro hospital, mas eu cobro tal, só que eu só faço cesárea’ [silêncio]. Ele falou que só fazia cesárea? Só fazia cesárea no final do... Quer dizer, mesmo que você pagasse ele não faria parto normal? Não, ele falou que ele não ia arriscar, por causa da minha idade, que era muito trabalho, não sei o quê...” (Valéria, cesárea pelo convênio)

Mesmo tendo chegado ao hospital em pleno trabalho de parto, como estratégia de aumentar as chances para o parto normal, ela recebeu do médico plantonista indicação para cesárea, por questões relacionadas à apresentação⁸² do

⁸⁰ Sobre a posição do CFM: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2012/12/ans-cria-grupo-tecnico-para-avaliar-cobranca-extra-por-partos-normais.html>> Acesso em: 21 de abr. 2013.

⁸¹ Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2013/01/medico-que-cobrar-taxa-extra-para-parto-natural-sera-punido-diz-ans.html>>. Acesso em: 21 de abr. 2013.

⁸² Termo utilizado para explicar a parte do bebê que está mais próxima ao colo do útero, pelo qual ele passará.

bebê. Valéria foi para o centro cirúrgico com dilatação total, após três horas em trabalho de parto no hospital.

“E aí, ele começou explicar, ele falou assim: ‘É, o seu bebê realmente está... já está coroando, mas ele está com a mãozinha junto com a cabeça. Então não dá para sair os dois juntos’. E aí eu falei: ‘Mas é...’. Ele falou assim: ‘Então a gente vai tentar o fórceps’. Eu falei: ‘Não, que fórceps, está louco? Está louco, que fórceps?!’; ‘Não então, eu também acho que fórceps vai ser muito, vai judiar muito de você, então eu aconselho você a fazer uma cesárea’. Pronto, meu mundo desmoronou. Eu falei: ‘O que, doutor? Eu fiquei a noite inteira me trabalhando’. Ele até brigou comigo, porque ele falou: ‘Como que você estoura a bolsa cinco horas da tarde e você vem aqui só hoje?’ ‘Ué, mas eu estava bem, estava esperando dilatar pra chegar aqui e ter parto normal’. Ele falou: ‘Pois é, né?!’” (Valéria, cesárea pelo convênio)

Tentando argumentar com o médico a indicação da cesárea, Valéria deparou-se com a autoridade do conhecimento médico-científico, que se opôs ao direito de questionamento sobre a conduta indicada. A represália médica configurou-se em ameaça da perda do acompanhante:

“É que ele falou assim: ‘é, eu sou o médico aqui, eu tenho trinta anos de experiência’. Aí eu não sei o que aconteceu, porque eu acho que o Lima acionou alguém lá dentro, né?, que aí chegou uma moça, falando pra ele que tinha né, alguém querendo entrar e ele, é falou: ‘Não, prepara a sala lá e tal e não sei o que e ignorou a mulher’.” (Valéria, cesárea pelo convênio)

Conforme citado anteriormente, o médico só autorizou a entrada de seu companheiro no centro cirúrgico, depois de algumas piadas sobre a impossibilidade dela se movimentar em virtude da anestesia raquidiana.

Já Cássia descobriu que o seu plano de saúde só realizava cobertura para o parto com o plantonista do hospital particular conveniado. Após a internação com 4 centímetros de dilatação, foi informada que teria quatro horas para aguardar a dilatação total – como isso não ocorreu, ela foi levada ao centro cirúrgico na troca de plantão diurno.

As negociações com o plantonista apresentaram-se como um fator de insegurança para a maioria dessas mulheres. Muitas vezes, as informações sobre o parto foram silenciadas no pré-natal, sob a justificativa de que os acordos seriam realizados com os profissionais presentes no plantão.

“Então, na verdade o que ocorre é que assim: o meu convênio ele cobre o pré-natal, mas não, não quer dizer que eu vá fazer o parto com o médico do pré-natal. Eu acabo fazendo o parto com o plantonista do dia, lá no hospital maternidade. Então, a conversa que eu tive com o meu obstetra não foi a mesma que eu tive depois com o plantonista (...). Ele falou que o melhor seria fazer a cesárea, porque o bebê já estava com os batimentos cardíacos um pouco mais fraquinhos e o melhor seria a cesárea para o bebê não sofrer, e eu acreditei e fiz a cesárea.” (Sarah, cesárea pelo convênio)

Embora a tentativa de algumas para evitar a cesariana tenha sido o acompanhamento do parto com o plantonista do hospital conveniado, os aspectos da negociação também estiveram carregados por interesses relacionados aos profissionais e às instituições. A frágil garantia de que elas poderiam negociar com os plantonistas também influenciou o modo como puderam exercer seus direitos de escolha informada, durante o parto. Esse ainda é um desafio a ser enfrentado por elas: no consultório ou no plantão, as mulheres contam com poucas oportunidades de serem ouvidas e de escolher o que desejam.

Parto Normal, mas Só se for com Intervenção

Se as mulheres poucas vezes conseguiram negociar a via de parto, as escolhas sobre as intervenções foram quase impossíveis, exceto no caso de Lucia, que conseguiu recusar e negociar a episiotomia como procedimento padrão.

A utilização da ocitocina sintética, das manobras de Kristeller e de excessivos exames de toque foram retratos de um parto medicalizado, na maioria das vezes, traumático. Cibelly, Sophia, Anna contaram com detalhes a violência presente na assistência.

“Eu fiquei com as costas toda preta. E ele falava assim: ‘Se você não relaxar, eu não vou poder te dar a anestesia’. Então eu tinha que relaxar com a minha filha nascendo, né? É... então foram... foram oito, né?, vezes... é, até que ele nossa, né?, conseguiu dar a bendita anestesia. Assim, eu apoiei uma perna naquele... como é que chama o, de apoiar a perna? Eu apoiei uma perna (...) É, né? E, assim, eu sei que foram três enfermeiras diferentes a fazer exame de toque, né? Elas entravam, calçavam a luva e vamo que vamo, né? (...). Eu sei que entrou um enfermeira e falou assim: ‘Você tem que respirar assim’ E fez tal, e eu num conseguia, eu estava com muita dor e eu num... já estava sem intervalo. Meu, uma coisa assim enlouquecedora sabe? É enlouquecedora assim a dor das contrações com ocitocina. ‘Ah, você, você,

não, desse jeito não, se você continuar respirando assim'. Sabe, tipo: 'Ah, se você não quer respirar do jeito certo então continua com dor aí, né?'" (Anna, parto normal pelo convênio)

"É, eu fiquei bastante frustrada, né? Começando pela ocitocina. É, eu perguntei pra ela depois, eu falei: 'Doutora, por que é que você pôs o sorinho?' Ela me respondeu assim: 'Pra você não passar a noite inteira lá, aqui no hospital esperando'. Aí eu olhei pra ela, falei: 'Nossa, mas a opção era de quem? Minha ou sua, né?' Ali na hora eu já entendi, com essa resposta dela eu falei: 'Bom, então ela fez realmente por conveniência própria, né?'" (Sophia, parto normal pelo convênio)

Todas essas mulheres relataram vivenciar frustração, tristeza ou depressão no pós-parto. No caso de Anna, o trauma foi tão intenso que a primeira crise de pânico aconteceu quando ela voltou do hospital. O sentimento de desrespeito e a trivialização da negação ao direito de escolha informada (por parte dos profissionais e instituições) estão presentes em seus depoimentos.

"Então é isso daí... Eu fiquei muito frustrada, as emoções foram assim. Eu fiquei muito frustrada, muito chateada, o que acabou gerando tristeza, né? Eu estava feliz com o nascimento da minha filha, porém a minha opção não tinha sido respeitada. Então eu acho que tudo isso colaborou para também o insucesso da amamentação. É... então a tristeza, né? Depois de... e eu lembro que eu já estava entrando meio que numa melancolia mesmo, né?" (Sophia, parto normal pelo convênio)

"Os procedimentos eram comunicados, e não explicados. Não me sentia em condições de recusar algum procedimento. Achava que tudo o que estava sendo feito era correto." (Cibelly, parto normal pelo convênio)

Destoando do depoimento dessas mulheres, o de Flavia não revela indignação frente às decisões sobre diversas intervenções realizadas durante seu parto. O forte vínculo estabelecido com o profissional transmitiu-lhe a confiança sobre a necessidade das intervenções, introjetando-as como necessárias. Como explica HODNETT (2002), a satisfação das mulheres com a experiência do parto está muito mais vinculada aos aspectos relacionais da assistência do que propriamente às intervenções.

“Uhum... e os procedimentos, de modo geral, eles eram explicados pra você antes de serem feitos? Eram, eram... eles falaram: ‘Nós vamos por um fórceps, vai ser um fórceps de alívio’, sabe?” (Flávia, parto normal pelo convênio)

O direito a ser informada sobre qualquer procedimento durante a assistência, incluindo as dimensões dos riscos e benefícios, é previsto nos direitos reprodutivos das mulheres, em diversas instâncias, como vimos. Entretanto, essa perspectiva de validação não foi respeitada pela maioria dos profissionais envolvidos nos depoimentos. O parto normal, mas sob intervenções, é aquele que tradicionalmente foi descrito pela medicina obstétrica, e o que vem sendo ensinado nas escolas médicas brasileiras há mais de um século (HOTIMSKY e SCHRAIBER, 2005). Embora algumas mulheres tenham conseguido privilegiar a via de parto que desejavam, a maioria precisou enfrentar dificuldades na negociação das intervenções presentes nos modelos típicos de assistência, sendo, muitas vezes, pressionadas a aceitá-las.

O SUS como Opção – ou a Falta dela na Saúde Suplementar

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM 569/2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do SUS, que em seu artigo 2 declara: “Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério”⁸³ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

As dificuldades impostas pelo sistema dos planos de saúde foram apontadas nos depoimentos de algumas mulheres deste estudo, como formas de constrangimentos e utilizadas como estratégias de convencimentos impostas pelos médicos. Para ter maior garantia de acesso ao parto normal uma das entrevistadas optou pelo SUS. Em contrapartida, também identificamos certa “crise de confiança” em torno dos serviços públicos e no modo como a assistência ao parto está organizada. Como explicamos anteriormente, os medos dos maus-tratos e o

⁸³ Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em 21 de abril de 2013.

tratamento violento foram apresentados como parte das expectativas de algumas delas.

O caso de Beatriz nos auxilia na compreensão de como a desconfiança no sistema suplementar de saúde e no modelo de assistência oferecido pelos profissionais desse setor podem influenciar a opção por um parto no sistema público. A entrevistada acompanhava o pré-natal com um profissional conveniado ao seu plano de saúde, mas decidiu vivenciar o parto no SUS. Como já comentamos, para Beatriz o mais importante não era o “profissional”, mas o “lugar” em que ela poderia confiar. Esse lugar representaria os escapes dos inúmeros convencimentos para uma cesárea – conforme nos conta, as histórias de outras amigas influenciaram essa decisão.

A entrevistada criticou o modelo assistencial proposto pela lógica da saúde suplementar, definindo-o como uma espécie de “mercado da cesárea”. Embora realizasse as consultas de pré-natal com a médica do seu plano de saúde, e sofresse com as inúmeras tentativas de convencimento à cesariana, Beatriz confirmou sua hipótese sobre as dificuldades em conseguir um parto normal pelo convênio e, por isso, decidiu procurar um hospital público.

“(...) bom, a gente põe o pânico, instala o pânico e todo mundo vai comprar. É a mesma coisa das câmeras, é a lógica, né?, do medo. Então você tem medo, você compra um carro blindado, você põe um ar-condicionado pra fechar a janela. Aí alguém vem e quebra o ar, a janela. Então eu achava que a política do medo era uma estratégia do capitalismo, assim, sabe? De você convencer a vender mais parto. Essa era a minha sensação, de que ela queria vender o serviço dela, de que ela queria vender o serviço dela através da minha ignorância, assim, sem conversar.”
(Beatriz, parto normal pelo SUS)

De forma contraditória, pudemos observar o caso de Roberta, que optou pelo hospital público em circunstâncias diferentes. À época de seu pré-natal, desejava dar à luz em uma casa de parto, que oferece assistência humanizada e a possibilidade de vivenciar seu parto sem intervenções desnecessárias.

Roberta conta que ao final da gravidez sua bolsa das águas⁸⁴ rompeu sem que ela tivesse entrado em trabalho de parto. Por isso, não pôde ter seu filho como

⁸⁴ O termo técnico é “saco amniótico” que contém o líquido amniótico e abriga o bebê durante a gravidez.

planejava. Diante da impossibilidade de dar à luz na casa de parto, ela passou por momentos de “pânico”, pois não imaginava que isso aconteceria.

“Minha bolsa rompeu e eu não sabia que lá (...) só podia ficar por seis horas lá. (...) Aí eu falei assim: ‘Pelo amor de Deus, você tá brincando, né? Não é isso’. Ela falou: ‘É, a gente não pode porque você tem que tomar antibiótico’ (Roberta, parto normal pelo SUS)

Com a ajuda do companheiro e de um casal de amigos, decidiu procurar uma parteira urbana⁸⁵, mas as pressões da família não permitiram que isso acontecesse. Roberta partiu então para seu último plano: um hospital do SUS.

“(...) depois que eu soube que era a louca da minha irmã, entendeu? Que ela falou que ia chamar a polícia... ela falou assim: ‘Tô indo com a polícia aí’.” (Roberta, parto normal pelo SUS)

Apesar de ser um hospital referenciado para o acompanhamento de partos normais, Roberta conta que suas chances de escolhas sobre as intervenções seriam pequenas, pois a instituição não possibilitava essa negociação. Ao chegar, ela foi informada que deveria ter seu parto induzido com ocitocina. Nesse momento, as possibilidades de negociação foram excluídas pela instituição e ela percebeu que deveria adequar-se ao modelo de assistência do hospital:

“Aí, cheguei lá. Na hora que você já chega lá na entrada o [suprimido nome do companheiro] já não podia mais ficar comigo. Aí você já entra naquele ‘acho que eu morri e ninguém avisou’. Porque aquele bando de mulher chorando, gritando de aventalzinho e aquelas enfermeiras correndo de lá pra cá com uma cara de ‘ai, que saco!’ Entendeu?” (Roberta, parto normal pelo SUS)

As intervenções, como em outros casos já relatados, podem atuar como punição no entendimento das mulheres. É uma espécie de tortura: se as ordens não são cumpridas pelas mulheres, as intervenções são justificadas para punir suas rebeldias e questionamentos.

⁸⁵ Este termo tem sido utilizado para definir as parteiras com formação superior em obstetrícia, atuantes em contextos urbanos.

“Não, tinha... essa era a médica e aí teve as enfermeiras – tinha três enfermeiras. Ela fez um exame de toque que... se esse exame de toque que ela fez em mim... a minha vontade na hora, eu pensei duas vezes, era dar um chute no peito dela. Sabe quando você pensa duas vezes? Daí eu falei assim: ‘Não, calma’. Mas ela foi com tudo, ela fez de propósito, ela olhou pra minha cara e foi... sabe assim, morrer? Morrer. ‘Deus, eu estou no inferno’. Era toda hora isso que eu pensava...” (Roberta, parto normal pelo SUS)

Embora a via de parto tenha ocorrido, conforme seus desejos iniciais através da assistência do setor público, as negociações sobre os procedimentos não foram possíveis nesses modelos de assistência.

O Parto Normal Resignado: “Eu Queria a Cesárea”

“Aí, depois veio essa enfermeira de novo e disse: ‘E aí, mãe, não vai fazer nada? Não vai nascer? Que tá acontecendo?’ Eu falei: ‘Eu não sei o que tá acontecendo. Eu que tenho que saber o que tá acontecendo? Eu, na verdade, queria uma cesárea, mas até agora nada’.” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

Esse tema representa a história de negociação de Patrícia. Todos os seus cinco filhos, com exceção da primeira, haviam nascidos em hospitais públicos. Insatisfeita com a assistência dos últimos partos, que envolveram histórias de descaso, e influenciada pelo desejo de saber “como é uma cesárea”, ela preferia a cirurgia. Impossibilitada de pagar pela assistência suplementar, e sabendo que não seria possível essa escolha pelo SUS, Patrícia resignou-se ao parto normal. Mais uma vez, uma história de sofrimento e violência, que não lhe permitiu o exercício do direito à autonomia sobre as decisões em torno do parto:

“Porque sabendo como eram os partos normais, né? Porque, assim, o meu primeiro parto foi em hospital particular, mas eu não sofri tanto porque foi diferente, né? Mas, assim, aí depois... eu esqueci um pouco porque minha filha vai fazer 15 anos, mas os outros filhos foi tudo normal. Aí o que acontece? Cê nunca esqueceu da dor e também das pessoas que te receberam, né? Uns recebem bem, outros mal, mas, assim, aí eu fiquei assustada e pensei: ‘eu quero nor... eu quero cesárea’. Porque eu não sabia como era uma cesárea, que dizer, e nem sei como é ainda, né? Aí eu pedi cesárea.” (Patrícia, parto normal pelo SUS)

Patrícia compara os dois tipos de financiamento de assistência e considera que no SUS as formas de maus-tratos são mais evidentes. Parece que no setor

privado, quando as violências ocorrem (verbais ou físicas), aparecem de forma mais nivelada:

“Vamos dizer, o particular, mas, assim, o público deveria também ser educado, porque eles estão recebendo por isso. A gente paga por isso. Só que eles, eles enxergam de uma maneira diferente, mas o particular é... como quem diz é... a pessoa tá pagando esse plano, né? É, então é: ‘senhora’, é ‘bom dia’, ‘dá licença’. E te ajuda com o bebê – é difícil a mãe que fica cuidando do bebê, né? É difícil hospital particular que você fica cuidando do seu bebê e, se ficar, eles estão ali por perto direto, né? Não é a mesma coisa do SUS, que te deixa lá sozinha, né? Que deveria ser diferente. Deveria ser acompanhado do começo ao fim, né?” (Patricia, parto normal no SUS)

A aceitação do parto normal frente à impossibilidade de escolha pela cesariana no SUS não fez com que Patricia se sentisse livre para decidir sobre como daria à luz. Durante a assistência, ela pediu pela cesárea e os profissionais a trataram com indiferença, sem que fossem disponibilizadas informações sobre os procedimentos e decisões da via de parto:

“Aí, eu já comecei a sentir dor, aí veio essa enfermeira estúpida falava assim: ‘Ai, mãe, pára de frescura! Você não tá sentindo nada, né?’ Eu falei: ‘Mas eu queria que fizesse uma cesárea por isso mesmo, tá demorando’. (...) eu falei: ‘Ai, pelo amor de Deus, me ajuda!’” (Patricia, parto normal pelo SUS)

Se a violência presente na assistência ao parto, explicitada no tratamento cruel, desrespeitoso e intervenções desnecessárias, é uma forma de tornar a cesariana uma opção “com menor risco de danos morais e físicos para as mulheres”, o caso de Patricia nos permite compreender como uma cirurgia desse tipo poderia ser uma alternativa para o livramento dos maus-tratos e constrangimentos da assistência típica ao parto normal.

“‘E aí, mãe?’ Aí eu já tava sentindo um pouquinho de contração, mas eu não queria falar, com medo. ‘E aí, nada?’ Aí eu falei: ‘Ai, eu tô sentindo um pouquinho’. Aí eu falei: ‘Mas, em nome de Jesus, pelo amor de Deus, pede para eles fazer o parto’. ‘Ai, mas aqui eu não mando em nada, mas em nome do quê?’. Eu falei: ‘Em nome de Jesus!’’. ‘Em nome de Jesus ou em nome do Daniel? Por que não foi o Daniel que fez o filho? Então, pede ajuda pro Daniel. Vai aí Daniel, faz massagem, faz alguma coisa’. Aí eu ficando, né?, constrangida com ela. Aí ela vinha o tempo todo e soltava uma piadinha.” (Patricia, parto normal no SUS)

No caso de Patricia a escolha “sob constrangimento” também se mostra em mais facetas, quando nem o direito ao acesso às informações sobre os riscos e benefícios dos tipos de partos nem o direito de negociação foram respeitados pelos profissionais. Quando questionada sobre como se sentiu diante da experiência, Patricia traduz o drama da violência vivenciada na assistência e o sentimento de desrespeito aos seus direitos de escolha:

“As pessoas lá e, naquele momento, eu me senti não mãe, eu me senti um lixo. Eu me senti mais ou menos por ter meu filho ao meu lado, mas eu me senti... sabe um pedaço... ai, não sei nem como te explicar. Um lixo mesmo, uma pessoa que nem existisse. Como se eu fosse uma mendiga que me levaram pra ter meu filho lá. Porque, assim, sei lá, você vai pra um lugar pra ter um filho, esperar o bebezinho ali, ter paz e de repente vem uma pessoa e acaba com tudo, né? E foi o que ela fez. E eu fiquei com tanto trauma dessa mulher que eu acho que eu deveria ter xingado ela, mas eu... na hora você tem medo, né?” (Patricia, parto normal pelo SUS)

Este pode ser um caso ilustrativo daqueles propostos por CORRÊA e PETCHESKY (1996), quando a própria incapacidade dos aparelhos governamentais em fornecer as bases necessárias para que as mulheres possam desfrutar de informações e serviços não lhes permite eleger o melhor para a sua saúde, obrigando-as às escolhas “sob constrangimento”. Nesse caso, a “incapacidade governamental” se exprime na condição do modelo de assistência oferecido à Patricia, que não lhe garantiu informações, tampouco cuidado seguro e respeitoso, para que ela pudesse escolher o melhor para sua saúde, livre de coerção e violência.

“Tem Bola, Chuveiro”: as Falsas Humanizações

Renata e Débora foram as duas mulheres do SUS a trazerem experiências positivas de seus partos, embora nem tudo tenha ocorrido como desejavam.

Apesar de não terem podido negociar todos os procedimentos, como no caso de Renata, (que não desejou a analgesia durante o parto, mas não teve poder de escolha), e Débora (que teve de ficar em jejum, contra sua vontade), elas disseram que foram bem tratadas durante a assistência e puderam utilizar recursos para ajudá-

las durante o parto: chuveiro, bola e movimentação ativa. O tratamento dos profissionais foi apontado como a principal causa de satisfação.

“Não, falar não, né? Mas tinha todo esse... essa coisa do cuidado mesmo, sabe? Você via que elas não estavam ali, tipo assim, ‘ai, mais uma’, né? Elas vinham e perguntavam se estava tudo bem. Então você sentia que não era assim um simples ‘ah está tudo bem’.” (Débora, parto normal pelo SUS)

Embora Renata representasse um caso peculiar, pois a presença de um familiar na equipe de profissionais lhe proporcionava certas regalias, como dito anteriormente, ela considera que sua experiência foi respeitada.

“Então, eu tive um pouco de privilégio no... no.... no SUS por conta da minha mãe. Mas se você parar pra pensar, tirando a minha mãe da história, é aquela dificuldade do SUS mesmo. Você é mais uma, te tratam assim com bastante indiferença” (Renata, parto normal pelo SUS)

A disponibilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor foi ressaltada pelas duas entrevistadas, apesar de entenderem que uma assistência humanizada deve promover a vivência de um parto mais fisiológico.

“(...) lá eles não tem totalmente o trabalho de parto humanizado, mas uma boa parte dele é. Fui admitida, colocaram eu no soro e da meio-dia até as 4 da tarde eu fiquei em contato com a água, eu fiquei em baixo do chuveiro.” (Renata, parto normal pelo SUS)

Para ela, o fato de não ter podido negociar o uso da analgesia configurou-se uma razão de insatisfação com a experiência do parto:

“Eu não tive nem escolha, porque não me perguntaram nada. Eu acreditava que eu ia... que ia ter todo o processo natural de dor, de sentir a passagem e eu não sei relatar isso, porque eu não senti nada, não senti passar (...) no parto, eu gostaria de senti-lo no seu todo, não gostaria de ser interrompida, como aconteceu assim, sem ter muita chance de escolha.” (Renata, parto normal pelo SUS)

Ainda que os princípios do programa de humanização sejam incorporados pelos hospitais públicos, muitos sentidos e significados agregados a ele dependem de

uma série de fatores que envolvem interesses profissionais e institucionais (DINIZ, 2001).

Sob o pretexto de que estão “humanizando” a assistência, alguns profissionais obrigam as mulheres a usarem o chuveiro, para que tenham uma dilatação mais rápida ou para que sintam menos dor. Esse dado pode servir de exemplo para os diversos significados da humanização da assistência e o uso dela em benefício da instituição ou do profissional, mas em detrimento do direito à autonomia e decisão das mulheres.

*“Cada banho eu ficava uma hora debaixo do chuveiro. E tava frio naquele dia, né? E eu embaixo do chuveiro mudando de cor. **Com frio?** Com frio, mudando... **Você foi obrigada a ficar debaixo do chuveiro?** Fui obrigada! E tinha uma enfermeira lá que mudou de plantão, essa enfermeira passava e dava risada... a outra, que era boazinha, falava: ‘Tadinha, né? Mas não vai adiantar nada, né?’” Como que diz: ‘Não vai adiantar ela ficar ali?’ E realmente não adiantou e...”* (Patrícia, parto normal pelo SUS)

A mudança de práticas para a assistência humanizada ainda é um obstáculo para que a humanização seja entendida, antes de tudo, como a integração entre condutas baseadas em evidências científicas e aconselhadas pelos órgãos oficiais de saúde e os direitos humanos das mulheres. Nesse sentido, “bolas” e “chuveiros” disponibilizados em contextos isolados não implicam o favorecimento da escolha informada às mulheres, tampouco das decisões para sua saúde e de seus bebês.

O Parto Normal como Uma “Tarefa do Plantão”

Um terceiro problema é que a falta de leitos é usada para justificar intervenções sem base em evidência científica. Assim, muitos médicos pensam que o trabalho de parto deve ser induzido para liberar mais leitos, especialmente nos hospitais públicos (DINIZ e CHACHAM, 2006, p. 83).

Enfermarias lotadas, partos acelerados com ocitocina, intervenções para corrigir os próprios equívocos provocados pelo modelo típico de assistência. Os casos relatados por algumas mulheres de nossa pesquisa mostram como a “cascata” de intervenções esteve associada a desfechos que tornaram o parto normal um evento

mais arriscado, doloroso e, como elas mesmas dizem, “anormal”. O parto normal “de plantão” apresentou-se como aquele no qual as mulheres ficam sozinhas, passam por intervenções sem consentimento prévio e precisam entender que o parto deve acontecer de maneira rápida: a ocitocina, a manobra de valsalva, de Kristeller – estratégias dos profissionais para que as mulheres tenham seus partos acelerados.

As induções e conduções com ocitocina são intervenções que, frequentemente, propiciaram a solidão das mulheres, conectadas apenas aos equipos de soro. Agrega-se a isso a impossibilidade do exercício do direito ao acompanhante nas enfermarias coletivas e a imposição de procedimentos sem o consentimento das mulheres, como no caso de Carol:

“Senti que a equipe era indiferente com a minha situação. Desde a humilhação da posição que me obrigaram a ficar, a ter a sede que senti por 12 horas, as palavras que ouvi. Tudo foi feito da maneira mais indiferente possível.” (Carol, parto normal pelo SUS)

A história de Luana mostra como as intervenções podem provocar o próprio sofrimento do bebê durante o trabalho de parto. Após a ocitocina sem acompanhamento dos profissionais, da manobra de valsalva, do Kristeller, do fórceps e da episiotomia, ela foi levada à cesariana de urgência. E não pôde ver seu filho assim que ele nasceu.

*“Falou assim: ‘Faz, fica em pé e faz força’. Aí depois a outra moça foi lá e falou assim: ‘Não, é perigoso o neném cair’. Aí, depois, a moça falou pra mim ficar sentada e fazer força. Aí a outra falou: ‘Não faz não que ele pode ir e voltar, né? Que não tem como’. Aí depois foi... aí eu fui lá pra ter, aí fiz bastante força, aí eles deu o pique também, né? Mas aí eu não consegui. Aí depois eles tentou com o fórceps lá, fórceps, né? **Uhum**. Aí também não consegui também, não. Aí, na hora que ele estava roxinho, tava, ele falou que estava parado já. **Parado como?** É, estava roxo já, o coração dele, já teve que reanimar ele. Aí eles me mandou, me mandou pra cesárea de urgência. Aí depois, eu nem vi... eu... ela falou que eu desmaiei lá. Aí teve ele, mas ele, é, falou que não teve nenhuma reação, só acho que daqui dez minutos, não lembro muito, ele estava bem.”* (Luana, cesárea pelo SUS)

O tratamento desrespeitoso e os procedimentos dolorosos são decisivos para histórias que envolvem trauma e revolta. Depois de horas com a ocitocina durante o

trabalho de parto, a minimização das dores pelos profissionais apresenta-se como fruto cruel do modo “logístico” da assistência do parto “de plantão”:

“Era uma sexta-feira e a equipe falava em pedir pizza, escolhiam o sabor e, vez ou outra, alguém vinha me fazer o exame de toque. Foram mais de 10 [profissionais], seguramente. Eu estava deitada com as pernas naquele apoio e sem calcinha. Minha vagina já era parte da decoração. Quando entrei em franco trabalho de parto, as enfermeiras me mandavam fazer força de cocô, eu gritava de dor, falava palavrões, pedia pra beber água e elas diziam coisas entre si, que não me lembro. Mas pra mim diziam pra parar de gritar, pra ficar calma, pra ficar quieta se não o acesso ia sair. E lembro como se fosse hoje, eu já exausta, depois de horas naquilo, eu disse ‘não aguento, não quero mais’. E a médica deu uma gargalhada e disse: ‘Agora não tem jeito, só dá pra botar pra fora’.” (Carol, parto normal pelo SUS – adendo de entrevista concedida via email)

*“(...) elas até me xingou por causa que eu pulei (...), que eu não podia, né? Aí eu pulei, fui pra maca, aí eles me levou correndo. **Quem que te xingou, que você falou? Ahn? Quem que te xingou? As médica.**” (Luana, cesárea pelo SUS)*

As histórias de Carol e Luana refletiram a violência que permeia a assistência típica ao parto: seja através de procedimentos, seja através do tratamento desrespeitoso, a pessimização do corpo e do evento do parto invisibilizaram as sensações e sentimentos das mulheres:

“E o que você considera que foi muito pior do que você imaginava? Ah, de elas tentar fórceps na hora que estava bem ruim. Aí elas levou pra cesárea, foi isso aí. Tá. E com base na sua experiência que você viveu no nascimento dele, se você fosse viver essa, né?, essa experiência de novo, o que você faria de igual? Ah, eu ia xingar todo mundo, eu ia deixar... Você o quê? Eu ia xingar todo mundo, ia deixar fazer fórceps nada (...).” (Luana, cesárea pelo SUS)

No caso de Luana o “apagamento” da experiência pode representar a resposta aos traumas fortemente vivenciados – para suportá-los, pode ser necessário apagá-los:

“Como é que eram essas conversas com o profissional que te acompanhou, ou os profissionais que te acompanharam durante a sua gestação? Ai, eu não lembro muito (...). Aí depois eu nem vi eu... ela falou que eu desmaiei lá, aí teve ele, mas ele, é... falou que não teve nenhuma reação, só acho que daqui dez minutos, não lembro muito, ele estava bem (...). Aí ele foi já pro, como pra UTI, aí. Mas aí acho que foi

uma hora ou onze horas, não lembro muito, que ele teve convulsão. Mas aí depois... é... aí ele ficou no oxigênio, ficou um mês lá, lá na UTI.” (Luana, cesárea pelo SUS)

O trauma de Carol fez com que ela buscasse outro tipo de assistência, na qual ela pudesse se sentir respeitada. Os nascimentos de seus outros dois filhos aconteceram em sua casa, onde ela pôde se sentir acolhida em suas escolhas e decisões e não como “mais uma tarefa do plantão”:

“No parto seguinte eu só pensava que NÃO queria passar por tudo aquilo de novo. E para saber como eu fui buscar informação (...). A parteira que eu conheci no segundo parto, que me tratou como gente e não como mais uma tarefa do plantão, mostrou interesse na minha vida, na minha história, nos meus desejos, nas minhas vontades antes, durante e depois do parto.” (Carol, parto normal pelo SUS)

A impessoalidade presente no modo como os profissionais vincularam-se a essas mulheres, durante a assistência típica dos plantões, foi fator visível e que se relacionou ao desfecho danoso à saúde delas, como no caso de Luana. O tratamento digno, livre de violência e coerção é parte integrante dos direitos reprodutivos das mulheres, que implica na preservação da integridade corporal, autonomia, igualdade e diversidade. Os interesses profissionais ou institucionais não deveriam servir de preceitos para que esses direitos fossem desrespeitados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou compreender, pelas perspectivas das próprias mulheres, as possibilidades de acesso à informação e de negociação com os profissionais no contexto da assistência ao parto nas redes pública e suplementar de saúde.

Apoiando-nos em referenciais dos direitos reprodutivos das mulheres e na perspectiva de gênero para a compreensão de como o conhecimento médico-científico entende o funcionamento dos corpos e os lugares das mulheres para suas tomadas de decisões, foi possível depreender de que modo essas escolhas são permeadas pelos vieses de gênero do conhecimento médico-científico e as alternativas restritivas propiciadas por ele, que inibiram ou impediram, por diversas vezes, o acesso às informações para escolhas informadas sobre a saúde.

O contato com mulheres situadas no contexto do que chamamos, neste trabalho, de “rota específica da humanização” nos permitiu entender como as informações baseadas nos princípios dos direitos das mulheres e nas práticas baseadas em evidência podem favorecer a busca de estratégias para lidar com as possibilidades de um parto respeitado e o exercício do consentimento para quaisquer intervenções sobre seus corpos e vivências.

Mesmo assim, cabe ressaltar que algumas delas não puderam exercer suas escolhas, ainda que munidas de informações e apoio, e de fato negociar a assistência ao parto. Além disso, a diversidade socioeconômica e cultural entre as mulheres, que envolve suas condições sociais e influências das relações de gênero entre elas e seus profissionais, por exemplo, mostrou-se fator de impedimento ao acesso da maioria à rota específica da humanização – o próprio “desejo” para o acesso a essa rota pode representar influências desses fatores (sentir-se autorizada pelo profissional ou contexto social, por exemplo). Frequentemente, elas se encontraram em ambientes virtuais ou espaço privado, salvo no modelo institucional das casas de parto, conforme pudemos perceber.

Na rede pública e suplementar de saúde o modelo típico de atenção desprivilegiou esse tipo de conteúdo, dificultando a escolha informada das mulheres para suas decisões quanto à via de parto e aos procedimentos analisados neste

trabalho (episiotomia, ocitocina e acompanhante). Nas raras vezes em que houve estratégias para a disponibilização de informação nesses espaços, ela foi transmitida de modo enviesado.

Mesmo havendo uma série de documentos nacionais e internacionais que validam os direitos à escolha informada e negociação na assistência ao parto entre mulheres e profissionais, os constructos de gênero sobre o pessimismo reprodutivo e a posição social das mulheres impediram, na maioria das vezes, que elas pudessem exercê-los, tanto no setor público quanto no setor suplementar de saúde.

Se o acesso às informações para as negociações sobre o tipo de parto foi restrito, o referente às intervenções na assistência quase desapareceu. O *status quo* da medicina valorizou o modelo típico de assistência e induziu algumas mulheres desta pesquisa às falsas crenças sobre os benefícios e a necessidade das intervenções, silenciando o diálogo para o exercício da escolha informada na dinâmica das negociações.

A episiotomia e a ocitocina configuraram-se como as piores intervenções, frequentemente realizadas sem consentimento prévio. Além disso, estiveram associadas, em alguns casos, à insatisfação e ao tratamento desrespeitoso e violento durante a assistência, quando essas intervenções serviram também como forma de coação, punição ou como “iatrogenia para o convencimento à cesariana”. Impedidas de expressarem suas dores, em alguns casos, as intervenções configuraram-se como um tipo de tortura para as mulheres. Soma-se a esse cenário a falta de comprometimento das esferas profissionais e institucionais para o cumprimento da lei federal do direito ao acompanhante em todos os momentos do parto.

As narrativas das mulheres indicam que o modelo de assistência típico no Brasil, na rede pública e suplementar, mostrou-se intrinsecamente relacionado à violência obstétrica. Se a prática de intervenções sem consentimento é um agravo à integridade física, os direitos reprodutivos delas foram ameaçados repetidas vezes. Além disso, os direitos à autodeterminação e autonomia das mulheres foram marcados pelo constrangimento diante das ironias e conveniências institucionais, como quando elas tiveram de ouvir piadas e foram infantilizadas pelas práticas inadequadas da assistência.

Sobretudo, este trabalho permitiu entrever como as falsas “escolhas em liberdade” de algumas mulheres também carregavam resquícios das “escolhas sob constrangimento”, quando se justificavam, na tentativa de lidar com o desconforto das pressões familiares, profissionais e advindas da própria cultura da “pessimização do corpo feminino”. Se a cesárea eletiva é uma escolha, quando desconsideramos outras interferências, não é possível mediar os vieses de gênero que induziram as mulheres, algumas vezes, a desacreditar em seus corpos e invisibilizar o lado perigoso do “excesso de tecnologia inapropriada”. Ao mesmo tempo, o desejo pela cesariana, apresentado em um caso específico neste trabalho, esteve associado aos desrespeitos cometidos por profissionais e instituições na assistência ao parto, negligenciando o acesso à boa informação e assistência para que a entrevistada pudesse escolher o melhor para sua saúde.

Mesmo tendo sido pequeno o número de mulheres que apresentaram a preferência pendular entre o parto normal e a cesárea, especialmente aquelas que fizeram a cesárea eletiva, faz-se necessário possibilitar que as mulheres acessem outras informações sobre riscos e benefícios das via de parto e procedimentos da assistência. Só assim elas poderão exercer escolhas que permitam o melhor à sua saúde. Por isso, atualmente foram criadas outras denominações para especificar os tipos de parto disponíveis, na tentativa de minimizar as interpretações negativas construídas pela cultura, como parto “humanizado”, parto “natural” e parto “fisiológico”, o que já foi discutido por outros autores (CARNEIRO, 2011; DUTRA, 2006).

Se o próprio modelo típico de assistência tratou de reproduzir a “estética negativa” do parto, significando-o como um evento perigoso e assustador, não é difícil entender porque algumas mulheres desta pesquisa se viram obrigadas a escolher sob constrangimento, mesmo entre a cesariana ou o parto normal.

Da mesma maneira, algumas mulheres puderam valorizar a tecnologia em detrimento da sua própria capacidade reprodutiva. Se há interferências e vieses de gênero a respeito dessa concepção, a negação do direito da decisão pelo tipo de parto também acarretaria prejuízos à própria satisfação da experiência e realização de “escolhas sob constrangimento”. Não encontramos o depoimento de nenhuma mulher que, após ter acessado à rota específica da humanização, tenha continuado

sua preferência por um parto mais medicalizado ou à própria cesárea eletiva. De qualquer maneira, o constrangimento de uma das entrevistadas (não incluída integralmente nesta análise), que foi acompanhada em assistência particular humanizada, como ela mesma denomina, também foi vivenciada com frustração. Ao questionar o fórceps e preferir a cesariana, o tratamento dispensado foi indiferente às suas necessidades – de um lado ou de outro, as “performances ideais” (MALACRIDA, 2012) criadas através da complexidade de interferências culturais, sociais e das relações de gênero podem implicar em normatizações para as experiências das mulheres e não parecem oferecer o melhor à saúde delas.

A formação médica e os conflitos de interesse dos profissionais e instituições impediram que estratégias e programas oficiais de humanização se concretizassem de fato na assistência ao parto tanto no SUS quanto na saúde suplementar. A regulação e a fiscalização desses programas e práticas ainda encontram obstáculos, apesar das iniciativas das reduções de taxas de cesáreas nos dois setores. Outros estudos podem elucidar melhor as possibilidades de ferramentas práticas para que as usuárias do SUS e dos convênios de saúde possam denunciar tais abusos e opressões contidas na assistência.

De fato, essas preferências, escolhas e decisões estão cerceadas por questões complexas. A compreensão e a não “estigmatização” das mulheres, independente de suas escolhas, perpassa a perspectiva de que todas elas, de alguma maneira, estavam fortemente influenciadas pela cultura da alta valorização da tecnologia e da submissão feminina diante do conhecimento médico-científico: que as entendeu infantilizadas, por vezes, diante de suas vivências reprodutivas e “instáveis” no corpo e na experiência com seus partos. Parafraseando artigo que evidencia como os profissionais invisibilizam a maleficência de suas práticas para as mulheres, se “*fish can't see water*”⁸⁶ (WAGNER, 2001), elas também podem não estar enxergando o modo como suas vidas, seus corpos, seus partos e, sobretudo, seus direitos reprodutivos estão sendo traduzidos, cerceados e mediados pela cultura.

Neste estudo conclui-se, portanto, que os direitos reprodutivos das mulheres não foram respeitados pelos profissionais e instituições, impedindo o exercício da

⁸⁶ A tradução seria “peixe não pode ver água”. O título original do artigo é *Fish can't see water: the need to humanize birth*.

escolha informada das mulheres nas negociações que envolvem a assistência ao parto, tanto no setor público como no setor suplementar de saúde.

7 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Comissão do Parto Normal. **Relatório resumido de pesquisa: pesquisa sobre a assistência obstétrica na saúde suplementar**, Rio de Janeiro: ANS, [s/d].
- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALTHABE, F; BELIZÁN, J. M. Caesarean section: the paradox. **Lancet**, London, v. 368, p. 1472-1473, 2006.
- ALVES, B.; SHEIKH, A. Investigating the relationship between affluence and elective caesarean sections. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 112, n. 7, p. 994-996, 2005.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 121-132, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2013.
- BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2006. p. 457-486.
- BARBOSA, G. P., et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2013.
- BARSTED, L. A. L. Em busca do tempo perdido: mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, n. 42, 1994. Disponível em: <<http://www.journal.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16092/14636>>. Acesso em: 26 abr. 2013.
- BASSETTE, F. 64% das grávidas não tiveram direito a um acompanhante no parto no SUS. **ESTADÃO.COM.BR/Saúde**, São Paulo, 27 jan. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,64-das-gravidas-nao-tiveram-direito-a-um-acompanhante-no-parto-no-sus,989603,0.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

BECK CT. Benefits of participating in internet interviews: women helping women. **Qualitative Health Research**, London, v. 15, n. 3, p. 411-422, Mar. 2005.

Disponível em:

<<http://www.uk.sagepub.com/jamesandbusher/Cheryl%20Tatano%20Beck.pdf>>.

Disponível em: 26 abr. 2013.

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. Nuestros cuerpos, nuestras vidas: la guía definitiva para la salud de la mujer latina. Siete cuentos editorial. Boston: BWHBC, 2000.

BRAGA, A.; GASTALDO, E. Variações sobre o uso do *Skype* na pesquisa empírica em comunicação: apontamentos metodológicos. **Revista Contracampo**, Niterói, RJ, v. 24, n. 1, p. 04-18, 2012. Disponível em:

<<http://www.uff.br/contracampo/index.php/revista/article/view/185/99>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2005a. (Manual técnico)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estatísticas. **Direitos sexuais e reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 abr. 2005c. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>.

Acesso em: 26 ABR. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF, 2009.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Proteção às mulheres**: novas conquistas e melhores serviços para garantir a mulheres e homens, adultos e adolescentes, seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. Balanço 2003-2010. Brasília, DF, 2010.

CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C(Org.). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS/SP**: manual técnico do pré- natal e puerpério. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2010.

CARDOSO, J. E; BARBOSA, R. H. S. O desencontro entre desejo e realidade: a

“indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. p 35-52, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a03.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CARNEIRO, R. G. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CARROLI, G.; BELIZÁN, J. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database System Review**, London, Issue 3, 2008. Art. N.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858. C000081, 1999. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/pdf/abstract>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CHACHAM, A. S. Médicos e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: GÊNERO E PRECONCEITO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/A/Alessandra_Chacham_26.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CONVENTION ON THE ELIMINATION OF ALL FORMS OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN. Text of the convention. [s. local; s.d.]. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI PM. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**, [s.d.]. Rio de Janeiro: ABEP, 2006. p. 27-62.

CORRÊA, S.; PETCHESKY R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 147-177, 1996.

CORRÊA, S. PAISM: Uma história sem fim. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1/2, p 3-12, 1993.

D’ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p.646-654, 2005.

D’OLIVEIRA, A. F. P; DINIZ, S. G.; SCRAIBER, L. B. Violence against women in health- care institutions: an emerging problem. **Lancet**, London, v. 359, Issue 9318, p. 1681-1685, 2002.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic model of birth. In: HOLLIS, T.; PERSHING, L.; JANE, M. **Feminist theory in the study of folklore**. Champaign: Illinois Press, 1993. Disponível em: <http://davis-floyd.com/the-technocratic-model-of-birth/>. Acesso em fev. 2012.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **Internacional Journal of Gynecology and Obstetrics**, [s. local], v. 75, n. 1, p. S5-S23, nov. 2001. Disponível em: davis-floyd.com/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth.. Acesso em: jan. 2013.

De BARBIERI, T. **Debates en Sociologia**. Sobre la categoria genero. Una introducción teórico-metodologica. Peru: PUCP, 1993. v. 18, p. 1-16.

DIAS, M. A. B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, 2008, p. 1521-1534.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, C. S. G.; DUARTE A. C. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: Editora Unesp, 2004.

DINIZ, C. S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico-social. 1996. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

DINIZ, C. S. G. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo São Paulo.

DINIZ, C. S. G. et al. História do coletivo. O feminismo e o movimento de mulheres pela saúde. In: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Saúde das Mulheres**. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000a. p. 15-23.

DINIZ, C. S. G. et al. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada. In: COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **Saúde das Mulheres**. Experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000b. p. 79-98.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3p. 627-37,

2005.

DINIZ, C. S. G. Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil. [s. local, s. d.]. Disponível em: www.clam.org.br/pdf/sidiniz.pdf. Acesso em: 11 de maio de 2013.

DIVISION FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN. Department of Economic and Social Affairs. **Convention on the elimination of all forms of discrimination against women**, [s. local, s. d.]. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>. Acesso em: 26 abr. 2013.

DOMINGUES, R. M. S.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S52-S62, 2004. Suplemento 1.

DUTRA, I. L. A polissemia dos termos: parto natural, normal e humanizado. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: GÊNERO E PRECONCEITO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/I/Ivete_Dutra_26.pdf. Acesso em: 26 abr. 2013.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Brujas, parteras y enfermeras**: una historia de sanadoras. New York: Glass Mountain Pamphlet, The Feminist Press, 1973.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FIGUEIREDO, N. S. V, et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. **HU Revista**, São Paulo, v. 36, p. 296-306, 2010.

FRANÇA JR., I. Saúde pública e direitos humanos. In: ZÁBOLE, E.; FORTES, P. **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

FREIRE, N. C. et al. Parto normal ou cesárea? A decisão na voz das mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 3, p. 237-247, 2011.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Saúde Reprodutiva e abortamento. São Paulo, 2010. Disponível em: www.campanhapontofinal.com.br/download/new_03.pdf. Acesso em: 26 abr. 2013.

FUNDAÇÃO SEADE. **Estatísticas de nascimento**. Mães mais velhas e crescimento desenfreado de cesáreas em SP, 2013. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/mar2013/spdemog_mar2013.pdf. Acesso em: abr. 2013.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Por escolha e não por acaso: planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento: relatório sobre a situação da população mundial 2012. Brasília: Unfpa, 2012. Disponível em: <http://www.un.org/files/BOOK_SWOP_2012.pdf> Acesso em: mar. 2013.

GAMA, A. S et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.

GIFFIN, K. Mulher e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 133-134, 1991.

GUTMAN, L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra**: o resgate do relacionamento entre mães e filhos. São Paulo: Editora BestSeller, 2010.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 5, p. 7-41, 1995.

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Washington, DC, v. 186: p. S160-S172, 2002. Supplement 5.

HODNETT, E. D et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, London, Issue 2, 2011. Art. N^o: CD003766. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>> Acesso em: 26 abr. 2013.

HOFMEYER, G. J et al. Pregnancy and childbirth: a Cochrane pocket book. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2008.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? **Social Science & Medicine**, [s. local], v. 51, n. 5, p. 725-740, 2000.

HOTIMSKY, S. N. 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. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, 2002.

HOTIMSKY, S. N; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, 2005.

HOTIMSKY, S. N. As tipologias pélvicas no ensino da obstetrícia: as articulações entre gênero, sexualidade e “raça” na produção de saberes médicos acerca da reprodução da espécie e suas repercussões na formação de uma elite profissional. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: corpo, violência e poder, 8., 2008, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2008. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST18/Sonia_Nussenzweig_Hotimsky_18.pdf

.> Acesso em: 26 abr. 2013.

JAGGAR, A. M.; BORDO, S. **Gênero, corpo e conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997.

KITZINGER S.; WALTERS, R. **Some women's experience of episiotomy**. London: National Childbirth Trust, 1993.

KITZINGER, S. **A mulher e o sexo**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto. 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

LINO, H. C. **O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo São Paulo.

MAIA MB. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo Horizonte**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MALACRIDA, C. Women's perceptions of childbirth "choices": competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. **Gender & Society**, [s. local], v. 26, n. 5, p. 748-772, 2012.

MANDARINO, N. R et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. 378p.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MELLO-e-SOUZA, C. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Cambridge, v. 3, Issue 3, p. 358-366, 1994.
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5271672>

MEYER, D. S. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais.

Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 1, p. 13-8, 2004.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, 2010.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Editora Vozes, 2011.

MIRANDA, D. B. M et al. Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8032/5811>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Prenatal health care communication and information. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 7, n. 13, p. 109-18, 2003.

NEGRAO, T. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Ferramenta para a ação política das mulheres. In: REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

NIY, D. Y. **Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

OSIS, J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet.com**, London, p. 11.31, 2011. Disponível em: <http://www.patriciaemick.com/UNISUL/Coletiva%20I/Materiais/coletivaI_documento_saude%20no%20brasil%20cap%2001.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 185-94, 2011.

PEDRO, J. M. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica.

História, São Paulo, p.77-98, 2005.

PERESTELO, D. Aspectos psicológicos do ciclo gravídico- puerperal. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969. p. 234-241.

PERPÉTUO, I. H. O. P.; BESSA, G. H.; FONSECA, M. C. **Parto cesáreo**: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11., 1998, Caxambu . **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a126.pdf>>. Acesso em: fev. 2012.

RATTNER, D. Sobre a hipótese da estabilização das taxas de cesáreas do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-17, 1996.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969.

RIESCO, M. L. G. et al. Centros de parto no Brasil: revisão da produção científica. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, p. 1297-302, 2009.

ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. S201-S212, 2003. Suplemento 2.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

RUBIN, G. O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política dos sexos. **Nueva Antropología**. Vol. VIII, No.30, México, 1986.

SALGADO, H. O. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Ed. Unesp, 2004.

SCAVONE, L. **A maternidade e o feminismo**: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, São Paulo, n. 16, p. 137-150, 2001.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. SOS CORPO. Recife, 1995.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa

de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

STOCKILL, C. Trust the experts? A commentary choice and control in childbirth. **Feminism & Psychology**, [s. local], v. 17, n. 4, p. 571-577, 2007.

TANAKA, A. C. D'A.; ALVARENGA, A. T. Tecnologia e medicalização na concepção e anticoncepção. In: GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec/PopulationCouncil, 1999. p. 198-208.

TEDESCO, R. P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004.

TESSER, C. D. et al. Os médicos e o excesso de cesáreas no Brasil. **Saúde & Transformação social**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 04-12, 2011.

TORLONI, M. R. et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. *British Medical Journal*, London, v. 342, n. d276, 2011.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, p. 483-492, 2002.

TRACY, S. K et al. Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. **Women and Birth**, [s. local], v. 20, n. 2, p. 41-48, Epub 2007 Apr 27. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467355>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIOTTI, M. L. R. **Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre as mulheres**. Pequim, 1995. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_4_conferencia_mundial_mulher.pdf>. Acesso em: fev. 2012.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [s.local], v. 75, n. 1, p. S25-S37, 2001. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

WHITE RIBBON ALLIANCE FOR SAFE MOTHERHOOD. **Respectful maternity care: the of childbearing women: the universal rights of childbearing women**.

Washington, DC: WRA, 2011. Disponível em:
<http://www.whiteribbonalliance.org/WRA/assets/File/Final_RMC_Charter.pdf>.
Acesso em: 26 abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Women's health and humans rights: monitoring the implementation of CEDAW. Geneva: WHO, 2007. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595100_eng.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Advancing safe motherhood through human rights. Geneva: WHO, 2001. Disponível em:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RH_R_01_5/en/index.html>. Acesso em: 25 de janeiro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth**: a practical guide. Maternal and newborn health/ safe motherhood unit. Geneva: WHO, 1996.

ZORZAM, B. A. O.; FRANZON, A. C.; DINIZ, C. S. G. Como se defender das violências iatrogênicas na assistência ao parto: estratégias das mulheres. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 7., 2011, Belo Horizonte. **Trabalho...** Disponível em:
<http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeaon_icieon/files/0215.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2013.

ANEXOS

Anexo A - Instrumento de Pesquisa - Cadastro das Participantes e Termo De Consentimento Livre e Esclarecido

**CADASTRO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA
GÊNERO E SAÚDE MATERNA – RISCOS E BENEFÍCIOS DOS
MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: PERSPECTIVAS DE
USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS**

Coordenação Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

1. Código da/o participante: <i>(Preenchimento pela equipe da pesquisa)</i>
2. Nome da/o participante:
3. Data do parto/nascimento:
4. Localização do parto/nascimento (cidade e Estado):

5- Tipo de parto (marque com um x):

- Cesárea durante o trabalho parto
- Cesárea antes do trabalho de parto
- Parto normal hospitalar
- Parto natural hospitalar
- Parto normal/natural em Centro de Parto Normal (Casa de Parto)
- Parto domiciliar planejado
- Outro, explique:

6- Via de pagamento (marque com um x):

- SUS
- Plano de saúde
- Privado
- Outro, explique:

<p>7- Você se considera uma pessoa que conhece e defende a Humanização da Assistência ao Parto? Explique por que sim ou por que não.</p>

**Pesquisa: GÊNERO E SAÚDE MATERNA – RISCOS E BENEFÍCIOS DOS
MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO: PERSPECTIVAS DE
USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS**
Coordenação Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa sobre tipos de parto, suas vantagens e desvantagens, riscos e benefícios, e as informações que profissionais e mulheres compartilham durante o pré-natal. A pesquisa está ligada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Gostaríamos de entrevistá-la sobre a sua experiência com o parto: como foi a escolha do tipo de parto (cesárea ou normal) e dos procedimentos de rotina da assistência, as informações que você recebeu, e a relação com o profissional que acompanhou você no pré-natal. Sua participação é totalmente voluntária. Os resultados da pesquisa serão publicados com o devido cuidado para manter o anonimato daqueles que dela participaram. Pedimos que você escolha um nome “fantasia” que usaremos para identificá-la, se formos utilizar alguma parte de sua fala.

Algumas pessoas gostam e se beneficiam de falar sobre a experiência do parto; outras não se sentem tão confortáveis. Então, por questões éticas, precisamos informar vocês das vantagens/benefícios em participar da pesquisa; e dos riscos ou desvantagens.

Os riscos que esta pesquisa oferece aos participantes referem-se exclusivamente ao campo do bem-estar emocional, por ser uma investigação da sua experiência vivida. Caso você sinta algum desconforto em compartilhar certas informações pessoais ou confidenciais, você pode pedir para responder por escrito, por email, ou então para desligar o gravador, ou recusar a resposta. Ou seja, você tem liberdade para não responder com informações que lhe causem desconforto em falar. Se depois da entrevista, você achar que quer acrescentar ou mudar sua narrativa sobre algum dos temas, você poderá fazê-lo por e-mail até o fim da coleta de dados.

Ao mesmo tempo, falar sobre a experiência vivida oferece a possibilidade de reorganização do pensamento e elaboração dos significados da sua experiência, o que muitos consideram bastante proveitoso. Posteriormente, os participantes serão informados do website da pesquisa, onde também poderão encontrar conteúdos sobre recomendações de práticas efetivas e seguras no parto, e sobre o direito à escolha esclarecida, com base em documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Também serão disponibilizados links para grupos de usuárias que apoiam mulheres e suas famílias na gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos das mulheres e dos homens.

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com a pesquisadora responsável. Você pode desistir da entrevista a qualquer momento e, se tiver dúvidas, pode entrar em contato com o comitê de ética que consta neste termo.

Se você vai participar desta pesquisa por e-mail ou *Skype*, basta que envie por email este documento preenchido para escolhasnoparto@gmail.com. Isso vale

como sua assinatura.

Consentimento para a participação na pesquisa (marque com um X):

(☐) **SIM**, consinto em responder à entrevista por email/gravar entrevista presencial ou por *Skype*

(☐) **NÃO** consinto em participar da pesquisa

Se tivermos dúvidas sobre sua entrevista, podemos entrar em contato com você para tentar resolvê-las?

(☐) **Sim**, consinto

(☐) **Não** consinto

Como você quer que seu nome apareça (nome “fantasia”):

Nome da entrevistada por extenso:

Contato da entrevistada (e-mail ou telefone):

Assinatura da entrevistada (caso a entrevista seja realizada presencialmente):

São Paulo, _____, de _____ de 2012

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde

Pública da USP Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César CEP 01246-904 São Paulo, SP

Fone: 3061-7779/7742 e-mail: coep@fsp.usp.br

Contato com a pesquisadora Bianca Zorzam Telefone: (11) 9 9425-6256 e-

mail: biancazorzam@gmail.com

Anexo B - Roteiro de Entrevista

A experiência das mulheres com o parto e a assistência ao parto**Roteiro de entrevista**

Pesquisa gênero e saúde materna: riscos e benefícios dos modelos de assistência ao parto: perspectivas de usuárias e profissionais. Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 0095.0.207.000-11 – Coordenação Profa. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz e cols.

São Paulo
2012

Código da participante: <i>(Preenchimento pela equipe da pesquisa)</i>
Data de recebimento da pesquisa:
Data de devolução da resposta:
Nome da participante:
Data do parto/nascimento:
Localização do parto/nascimento (cidade e Estado):

I. IDENTIFICAÇÃO (responda com suas informações)

- Qual a sua idade?
- Qual foi o último grau de escolaridade que você cursou?
- Você tem religião? Qual?
- Você tem alguma deficiência física?
- Indique qual cor você considera sua pele:
 - a) Branca
 - b) Preta
 - c) Parda/morena/mulata
 - d) Amarela/oriental
 - e) Indígena
- Qual sua profissão?

- Qual é seu estado civil?

II. HISTÓRIA OBSTÉTRICA (gravidezes e partos)

- Quantas gestações você já teve?
- Quantos filhos você tem?
- Qual foi o tipo de parto que você teve?
- Qual foi a rede de atendimento utilizada:
 - a) Convênio
 - b) SUS
 - c) Os dois
 - d) outro:
- Qual o nome do serviço em quem você fez o pré-natal?
- Qual o nome do serviço em que você teve seu filho?

III. Responda livremente às questões sobre o tempo em que estava grávida.

1. Quando você ficou grávida, o que você pensava e como você se sentia sobre como seria seu parto? Você tinha alguma preferência?
2. Você tinha dúvidas sobre como lidar com a gravidez e o parto? Que tipo de dúvidas você tinha?
3. Onde você encontrou informações e tirou dúvidas sobre os procedimentos que faziam parte da assistência à gravidez e ao parto (profissional, internet, livros, pré-natal, grupos, família, amigos, etc.)?
4. Você fez algum tipo de preparação para o parto? Se sim, como aconteciam esses grupos e quais assuntos eram discutidos?
5. As mulheres, em geral, conversam com outras mulheres sobre a experiência do parto? Se você chegou a conversar com outras mulheres, como foi para você? O que vocês conversavam?
6. Você sentia medo com relação ao parto? Se sim, do quê?
7. Você acha que as informações que recebeu reduziram ou aumentaram esses medos? Por quê?
8. Durante a gravidez, você chegou a conversar com o profissional que te acompanhou no pré-natal, sobre esses temas abaixo?
 - Alívio da dor no parto (o que poderia ajudar você quanto à dor no trabalho de parto);
 - Presença de acompanhantes;
 - Episiotomia/corte na vagina e laceração na vagina;
 - Aceleração do parto (uso do “sorinho”, que contém um hormônio chamado ocitocina, ou o uso de remédio via vaginal, chamado de misoprostol);
 - Tempo de espera para entrar em trabalho de parto espontâneo;
 - Tempo de espera da duração do trabalho de parto.
9. Como eram as conversas com o profissional que a acompanhou? Se você expressou alguma dúvida ou algum sentimento, como se sentia, depois de

receber as respostas?

10. Dentre as informações que recebeu, o que estimulou sua confiança para o parto? E o que desestimulou sua confiança?

11. Você acredita que todas as mulheres têm a capacidade para dar à luz? Se sim, o que você acha que poderia comprometer essa capacidade?

IV. Responda livremente sobre sua experiência com o parto e com a assistência que recebeu.

12. Conte sobre como foi a experiência do parto, desde o momento em que você entrou em trabalho de parto até o pós-parto, depois do bebê nascer.

Para responder a esta questão, conte como se sentiu, física e emocionalmente. Tente contar com detalhes sobre esses os temas que aparecem abaixo, inseridos em seu relato/vivência do parto. Você não precisa contar na ordem em que pontuamos esses temas:

- Como foi a admissão e por qual foi o motivo?
- Você entrou em trabalho de parto espontâneo ou teve indução?
- Foi uma cesárea eletiva?
- Houve alguma intercorrência/problema?
- Caso tenha havido uma mudança no plano inicial de parto, conte como aconteceu a decisão pelo tipo de parto.
- Chegou a tomar medicamentos para acelerar o trabalho de parto (o “sorinho” ou o remédio via vaginal)?
- Você fez ou tomou alguma coisa para aliviar a dor? Usou outros métodos não-farmacológicos para alívio da dor, como: bola, chuveiro, massagem etc.? Teve anestesia?
- Em que posição ficou na hora do parto? Pôde escolher?
- Fizeram algum corte na sua vulva (a episiotomia, também chamada de “pique”), ou rasgou espontaneamente? Se sim, precisou dar pontos?
- Você foi acompanhada por uma pessoa da sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato? Se sim, você teve alguma dificuldade para isso? Se não, porque não teve?
- Estouraram a bolsa d’água ou ela estourou sozinha?
- Subiram ou empurraram sua barriga na hora do bebê nascer? Foi usado fórceps?
- Alguém pediu para você fazer força?
- Você pôde fazer contato imediato com o bebê, logo que ele nasceu? Como foi esse momento?
- Quanto tempo você demorou para poder ficar com o bebê, logo após o nascimento?
- Como foi o pós-parto, a amamentação e a vivência com o bebê após o parto?
- Quais os sentimentos que você vivenciou no parto, e a quais situações você os associa?

13. Explicaram para você os procedimentos acima citados, antes que eles fossem feitos?

14. Você considera que teve a opção de recusar algum procedimento? Se

recusou, como foi a resposta dada a você?

15. Houve alguma coisa que foi dita ou feita a você, durante o seu parto, que a marcou positiva ou negativamente? Se sim, quais foram? Por quê?

16. O que você achou do/s ambiente/s em que esteve durante os momentos do trabalho de parto, parto e pós-parto? O que você acha que ajudou ou atrapalhou sua vivência nestes locais?

17. Você assinou algum documento no hospital, no consultório ou na Unidade Básica de Saúde (UBS)? Você sabe dizer se assinou um documento chamado “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)”, ou “termo de responsabilidade”? Se assinou, isso aconteceu no pré-natal (consultório ou UBS) ou durante internação? Para quê você o assinou?

V. As próximas questões tratam da sua experiência a partir do nascimento do bebê e da sua "passagem para maternidade".

18. O nascimento do seu filho foi do jeito como você imaginava que seria? Foi como você esperava, foi melhor, ou foi pior?

19. Com base na sua experiência, se fosse vivê-la de novo, o que faria de igual e o que faria de diferente na gravidez, parto e pós-parto?

20. (Se a mulher foi acompanhada pelo parceiro): Na sua opinião, como foi a experiência de parto para o seu parceiro?

21. Na sua opinião, como seria o profissional ideal para acompanhar um parto da maneira como você desejava?

22. Você acha que existem diferenças entre os profissionais do setor público e do setor privado (convênio)? Se sim, quais?

23. (Se utilizou convênio): Quais dificuldades você encontrou pela assistência disponível do convênio de saúde?

24. (Se utilizou SUS): Quais dificuldades você encontrou pela assistência oferecida no SUS?

25. Cite três palavras que poderiam descrever sua sensação na vivência do trabalho de parto, parto e pós-parto no local em que aconteceram.

26. Durante o atendimento ao nascimento de seu filho (nas consultas de pré-natal, durante a internação e o nascimento propriamente dito, ou nas consultas de pós-parto), aconteceu/aconteceram fato(s):

a. De que você não gostou ou que lhe fez sentir-se desrespeitada ou com raiva, vergonha, medo, insegurança, tristeza, entre outros sentimentos negativos?

b. De que você gostou e/ou que lhe deixou feliz, porque fez com que se sentisse respeitada ou segura, amparada, tranquila, entre outros sentimentos positivos?

27. Recentemente, muito se tem falado sobre a violência na assistência ao parto. Um tipo de violência contra as mulheres, que parece ser muito comum no dia-a-dia das maternidades, como por exemplo, certas falas de caráter sexual "Na hora de fazer foi bom, agora não reclama"; ou a banalização das dores da mulher, dizendo que ela não está sofrendo tanto assim, que está exagerando. Você chegou a passar por isso ou presenciar alguém ouvindo algo parecido? Ou então, sentiu que tocaram em você de maneira bruta ou indelicada (durante os exames

de toques, ou outros procedimentos)?

28. Como foi para você a retomada das atividades afetivo-sexuais na experiência do pós-parto? O que você acha que ajudou e o que foi mais difícil?

29. Conte como se deu a amamentação e a vivência no contexto familiar com o bebê na primeira hora (quando houve), no primeiro dia, na primeira semana, no primeiro mês, nos primeiros seis meses e até esse momento, em seus aspectos físicos e emocionais.

30. Imagine que você é a ministra da saúde ou a diretora do hospital, e tem todos os recursos necessários para mudar o que quiser nos serviços de assistência ao parto. O que você mudaria?

31. O que você acha que pode ser feito (governo, sociedade civil, profissionais etc.) para que as mulheres tenham acesso às informações necessárias para negociar sobre a assistência ao parto?

32. Você tem sugestões de questões para incluir, modificar ou ser retirar neste roteiro de questões?

33. Conte como você está se sentindo emocionalmente, após responder a esta entrevista.

Questão adicional

Esta entrevista é um instrumento de pesquisa que certamente se beneficiará com as sugestões das pessoas que a respondem. Se você percebeu algum excesso ou falta de algum tema essencial que deveria ser perguntado, por favor, nos indique. Você também pode comentar se gostou ou não de participar desta pesquisa pela Internet (*email* ou *Skype*).

Agradecemos pela entrevista.

Anexo C - Características Resumidas das Participantes

MULHERES USUÁRIAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR- GRUPO ESPECÍFICO DAS QUE TIVERAM CESÁREA ELETIVA

Ana, 36 anos, branca, economista de formação, administradora, casada, católica. Teve duas filhas nascidas de cesárea eletiva em hospital privado. Não acessou a rota específica.

Marília, 28 anos, amarela, fisioterapeuta, casada, ateia. Teve um filho nascido de cesárea eletiva em hospital privado. Não acessou a rota específica.

Mirela, 36 anos, branca, médica oftalmologista, casada, católica. Teve dois filhos nascidos de cesárea, mas não agendadas (conforme explicamos na análise), em hospital privado. Teve um aborto. Não acessou a rota específica.

Marina, 35 anos, branca, formada em direito, advogada, católica. Tem um filho nascido de cesárea eletiva. Não acessou a rota específica.

Martha, 38 anos, branca, dentista, casada, católica. Tem dois filhos, o primeiro nascido de uma cesárea de emergência e o segundo, por cesárea eletiva. Não acessou a rota específica.

Helena, 30 anos, branca, formada em direito, empresária, casada, católica. Tem um filho nascido de cesárea eletiva. Não acessou a rota específica.

MULHERES USUÁRIAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR – GRUPO ESPECÍFICO DAS QUE TIVERAM CESÁREA (INDESEJADA) E PARTO NORMAL

Sophia, 37 anos, branca, bióloga, casada, ateia. Tem uma filha nascida de parto normal pelo convênio; à época da entrevista estava grávida. Acessou a rota específica.

Sarah, 28 anos, branca, professora, casada, ateia. Tem um filho nascido de cesárea indesejada pelo convênio com plantonista. À época da entrevista estava grávida. Acessou a rota específica.

Helena Mendes, 33 anos, branca, produtora multimídia, solteira, mora com companheiro, ateia. Tem um filho nascido de cesárea (indesejada) pelo convênio. À época da entrevista estava grávida. Acessou a rota específica.

Cassia, 38 anos, amarela, estagiária em serviço social, casada, budista. Tem três filhos, o primeiro nascido de parto normal, o segundo por cesárea eletiva e a terceira por cesárea indesejada, em trabalho de parto, pelo plantonista do hospital privado. Realizou pré-natal pelo SUS paralelo ao do convênio. Acessou a rota específica.

Lucia, 31 anos, branca, administradora, casada, católica. Tem dois filhos, o primeiro nascido de parto normal pelo convênio e o segundo, em casa. Teve um aborto. Acessou a rota específica.

Anne, 35 anos, (não declara cor), consultora ambiental, casada, católica. Tem um filho nascido de parto normal pelo convênio associado ao pagamento particular. Acessou a rota específica.

Flavia, 43 anos, branca, juíza estadual, casada, católica. Teve um filho que nasceu de parto normal, mas faleceu após o parto em consequência de malformação cardíaca. O segundo filho nasceu de parto normal pelo convênio, associado ao pagamento particular. Não acessou a rota específica.

Anna, 27 anos, branca, terapeuta corporal, casada, católica. Tem duas filhas nascidas de parto normal, com o plantonista do hospital conveniado ao plano de saúde. Acessou a rota específica.

Valeria, 40 anos, branca, naturopata, casada, espírita. Tem uma filha nascida de cesárea indesejada com plantonista do hospital conveniado ao plano de saúde. Teve dois abortos. Acessou a rota específica.

Larissa, 33 anos, amarela, engenheira civil, casada, praticante da Seicho-no-ie. Tem dois filhos, o primeiro nascido de cesárea indesejada e o segundo, de parto natural hospitalar pelo plano de saúde. Acessou a rota específica.

Elen, 31 anos, branca, psicóloga, casada, protestante. Tem dois filhos, o primeiro nascido de cesárea indicada durante trabalho de parto e outro, por cesárea eletiva pelo convênio de saúde – as duas cesáreas foram indesejadas. Acessou a rota específica.

Cibelly, 34 anos, branca, funcionária pública, solteira, mas em união estável há nove anos, católica. Tem um filho nascido de parto normal em hospital conveniado ao plano de saúde. Acessou a rota específica.

MULHERES USUÁRIAS DO SUS- GRUPO ESPECÍFICO DAS QUE TIVERAM PARTO NORMAL E CESÁREA

Beatriz, 30 anos, branca, geógrafa, analista júnior, solteira, mora com companheiro, atea. Teve um filho de parto normal em hospital público. Realizou o pré-natal pelo plano de saúde e frequentou grupos de preparação para o parto na rede pública. Acessou a rota específica.

Luana, 17 anos, parda, cursou até a oitava série, solteira, católica. Teve um filho nascido de cesárea em hospital público. Não acessou a rota específica.

Débora, 29 anos, mulata, professora, casada, declara que tem todas as religiões. Tem três filhos nascidos de parto normal pelo SUS. Não acessou a rota específica.

Patricia, 36 anos, branca, cursou até a oitava série, manicure, casada, declara acreditar em Deus, mas não refere religião. Tem seis filhos, todos nascidos de parto normal pelo SUS, exceto a primeira, que nasceu em hospital conveniado a plano de saúde. Não acessou a rota específica.

Roberta, 40 anos, branca, jornalista, solteira, mora com companheiro, atea. Tem dois filhos nascidos de parto normal. A primeira em hospital particular conveniado ao plano de saúde e o segundo, em hospital público. Planejava dar à luz em Casa de Parto, por isso realizou pré-natal lá, através de pagamento particular. Teve um aborto. Acessou a rota específica.

Renata, 34 anos, branca, enfermeira, casada, católica. Tem dois filhos, o primeiro nascido de parto normal com fórceps em hospital público e o segundo nascido de cesárea pelo convênio. No primeira gravidez realizou o pré-natal pelo convênio. Não acessou a rota específica.

Bianca, 27 anos, branca, cursou o magistério, casada, evangélica. Tem duas filhas nascidas de cesárea em hospital público. Teve um aborto. Não acessou a rota específica.

Carol, 32 anos, branca, professora, casada, espírita. Tem três filhos nascidos de parto normal. A primeira em hospital público e os outros dois nascidos em casa. Acessou a rota específica.

Anexo D – Carta de Cibelly endereçada ao hospital que proibia a entrada de acompanhante no parto.

“Caríssima Irmã Beverley Diretora Geral do Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen,

Meu nome é (excluído o nome original) e sou gestante, hoje com 36 semanas e 4 dias. Fiz o curso de gestantes no hospital Marieta pois pretendo ter meu bebê aí, já que é hospital amigo da criança. Tenho convênio de saúde e ficarei internada em um quarto semi-privativo. Durante o curso uma coisa que me chamou bastante a atenção foi o fato de vários palestrantes (funcionários do hospital) afirmarem que é permitida a presença de acompanhante apenas na sala de parto se o médico permitir e que à noite no internamento só são permitidas acompanhantes do sexo feminino. Meu médico obstetra disse que permite o acompanhante na sala de parto. Sendo assim, gostaria de um parecer por escrito da direção do hospital sobre o acompanhante indicado pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei Federal no 11.108, de 7 de Abril de 2005 – BRASIL, 2005c; Resolução no 36 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 3 de Junho de 2008 e Resolução Normativa no 211 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de 11 de Janeiro de 2010) pois moro em Itajaí há um ano e meio apenas com meu marido (não tenho outros familiares aqui) e gostaria que neste momento tão especial da chegada do nosso primeiro filho ele estivesse ao meu lado durante todos os momentos que eu passar no hospital, não somente na sala de parto. Sem mais para o momento, agradeço.”

Anexo E - *Print screen* da tela inicial do Nvivo – categorias analíticas da primeira parte de análise.

CURRÍCULO LATTES

Dados gerais | Formação | Atuação | Projetos | Produções | Eventos | +

Bianca Alves de Oliveira Zorzam

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0864926945086087>

Última atualização do currículo em 10/07/2013

Possui graduação em Obstetrícia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (2008). Atualmente é aluna de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São paulo. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Bianca Alves de Oliveira Zorzam

Nome em citações bibliográficas ZORZAM, B. A. O.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2005 - 2008 Graduação em Obstetrícia.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação Profissional

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - UNIVERSIDADE DE SÃO, FSP, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - 2008 Vínculo: BOLSA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, Enquadramento Funcional: PARTICIPANTE DA PESQUISA, Carga horária: 20

Projetos de pesquisa

2011 - 2013 A negociação informada para as escolhas no parto: entre as possibilidades e limites vivenciados

Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa. Financiador(es): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - Bolsa.

Projetos de extensão

2006 - 2008 Resultados da assistência ao parto de gestantes de baixo risco em Hospitais Galba e Hospitais Típicos : um estudo comparativo com pesquisa de viabilidade de randomização

Descrição: O objetivo desta pesquisa é comparar os resultados da assistência ao parto de gestantes de baixo risco, atendidas no SUS, em três diferentes modelos: em hospitais típicos , hospitais Galba (aqueles que receberam o prêmio Galba de Araújo) e Centros de Parto Normal (CPN), buscando verificar se e em que medida a mudança de modelo de assistência implica em melhoria dos resultados maternos e neonatais, incluindo a satisfação com o cuidado. O estudo será realizado em uma Micro-região de Saúde do Município de São Paulo e outra do Município de Belo Horizonte, cidades que dispõem de leitos de maternidade em hospitais típicos, assim como em maternidades humanizadas e em CPNs..

Situação: Em andamento; Natureza: Extensão.

Integrantes: Bianca Alves de Oliveira Zorzam - Coordenador / Carmen Simone Grilo Diniz - Integrante / SIBYLLE EMILIE VOGT - Integrante / NÁGELA CRISTINE PINHEIRO SANTOS - Integrante / CAMILLA ALEXSANDRA SCHNECK - Integrante / DÉBORA VIEIRA - Integrante / Carlos tavares - Integrante.

Dados gerais Formação Atuação Projetos Produção Eventos Orientações Bancos +

Carmen Simone Grilo Diniz

 Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7252113924351288>

Última atualização do currículo em 10/10/2011

possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), mestrado (1996) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2001), e pós-doutorado em Saúde Materno-Infantil pelo Cemicamp (2004). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (concurso em junho 2011). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-Infantil, Saúde Pública baseada em evidências. É coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). (Texto informado pelo autor)

Identificação
Nome Carmen Simone Grilo Diniz

Nome em citações bibliográficas Diniz, C. S. G.; Diniz, S.; Diniz, Simone; Diniz, Simone G; Diniz, Simone Grilo;Diniz, Simone Grilo; Diniz, Carmen Simone Grilo

Sexo Feminino

Endereço
Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Doutor Arnaldo, 715, 3º andar
Cidade: São Paulo
CEP: 01248-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30887124
Fax: (11) 30880240

Formação acadêmica/titulação

- 2011** **Livres-docência.**
Faculdade de Saúde Pública.
Título: Gênero e Saúde Materna. Ano de obtenção: 2011.
Palavras-chave: direitos da maternidade; direitos humanos; gênero e saúde; modelos de assistência ao parto; humanização; saúde materna.
Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
- 2005 - 2004** **Pós-Doutorado.**
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 1997 - 2001** **Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Concato CAPES 6).**
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Entre a ciência e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Ano de obtenção: 2001.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Marquês Ayres.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 1994 - 1998** **Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Concato CAPES 6).**
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma reflexão médica-racial. Ano de obtenção: 1997.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Marquês Ayres.
- 1985 - 1987** **Especialização - Residência médica.**
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em:
Número da registro: -
- 1979 - 1984** **Graduação em Medicina.**
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

Formação Complementar

- 2008** **Critical Appraisal Skills Program (CASP).** (Carga horária: 40h).
University of Oxford.
- 1991 - 1991** **Women and Human Rights - The Women's Global Will.** (Carga horária: 80h).
The State University of New Jersey.

Atuação Profissional
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Vínculo institucional
2004 - Atual **Vínculo:** Servidor Público. Enquadramento Funcional: Professor Doutor. Carga horária: 40