

**O bem-estar no parto sob o ponto de vista
das pacientes e profissionais
na assistência obstétrica**

Helena da Costa Lino

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz



São Paulo
2010

52424 / 2010 doc

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.

DEDICADO A JULIETA E GEGECA
EXEMPLOS DE MULHER

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Simone, por ser grande fonte de inspiração, pela grande disponibilidade, dedicação e interesse e por me introduzir na luta pelos direitos das mulheres.

Ao professor Alberto por me ajudar a abrir importantes portas.

À professora Ana Flávia, quem conheço a pouco tempo, mas já tenho grande admiração. Seu empurrãozinho final foi fundamental!

Aos sujeitos dessa pesquisa por me permitirem entrar em seus fascinantes mundos.

À minha mãe, por ter me dado colo esses anos todos e continuar dando.

Ao meu pai, por seu interesse e apoio constantes.

Às minhas irmãs Maria e Ana, por continuarem crescendo do meu lado.

Às minhas cachorras Francesca e Juno, pela companhia e amor incondicionais.

Em especial ao meu marido Ricardo, pelas madrugadas que passou ao meu lado, corrigindo meus erros de português e arrumando o *layout* deste trabalho. Por entender minhas eventuais ausências nesses dois anos e meio e, acima de tudo pelo companheirismo e apoio que me proporcionaram tranquilidade para a realização deste projeto.

RESUMO

Introdução – No cenário de atenção ao parto no Brasil o parto normal costuma sofrer intervenções de rotina danosas e dolorosas que beneficiam apenas o profissional. Já a cesariana, vista como “bem de consumo”, corresponde a mais de 80% dos partos no setor privado. A falta de informação sobre riscos e benefícios das intervenções impera, deixando mulheres com pouca ou nenhuma opção de escolha. Destaca-se o importante papel do profissional na mudança desse cenário. O modelo presume que o corpo feminino é incompetente para o parto e necessita de ajuda tecnológica. Já a medicina baseada em evidências científicas, apoiada pelo feminismo, propõe que o corpo feminino seja visto como pronto para parir e redefine o papel da parturiente no parto, dividindo a responsabilidade pelas decisões com os profissionais. **Objetivo** – Descrevemos e analisamos diferentes percepções sobre o que profissionais de saúde do setor privado e usuárias desses serviços consideram um bom parto e um parto emocionalmente traumático, e o que acham que contribui para que cada um deles ocorra. **Método** – Nossa amostra foi composta por 28 sujeitos divididos em quatro grupos com 7 componentes cada, dentre eles profissionais e puérperas que chamamos de típicos, com concepções mais tradicionais de parto, e profissionais e puérperas que chamamos de atípicos, que defendem o parto natural. Para a coleta de dados foi utilizada a metodologia qualitativa, com base em entrevistas semi-estruturadas. **Resultados** – Os resultados mostram que há concepções bem distintas do que seria uma boa assistência ao parto por parte de profissionais típicos e atípicos e como eles vêem o papel das mulheres no parto; o primeiro grupo contribuindo para a passividade delas e o segundo, para sua autonomia e empoderamento. A concepção de parto emocionalmente traumático também é diferente nos dois grupos. Há supervalorização da dor como potencialmente traumática no caso dos típicos, enquanto os atípicos apontam a frustração das expectativas como maior causa de sofrimento emocional. As pacientes típicas, por terem pouca expectativa e/ou poucas informações, tenderam a avaliar melhor a experiência do que as atípicas. **Conclusão** – A satisfação no parto está relacionada às expectativas que as mulheres tinham. As expectativas estão ligadas às informações que buscaram e às que foram passadas pelos profissionais que as atenderam no pré-natal e parto.

Descritores: Parto Natural; Parto Humanizado; Bem-Estar Materno; Saúde Materno-Infantil; Gênero e Saúde.

ABSTRACT

Introduction – In the childbirth care scenario in Brazil natural childbirth usually suffers harmful and painful routine interventions that benefit only the professional. The caesarean childbirth, for its turn, regarded as a “consumption asset”, corresponds to more than 80% of the childbirths in the private sector. The lack of information on risks and benefits of interventions prevails, leaving women with little or no choice at all. The role of the professional is very important in changing such scenario. This model assumes that the female body is not able to give birth and needs technological assistance. On the opposite side, the medicine based on scientific evidence, supported by the feminist movement, regards the female body as ready to give birth and redefines the role of the woman in her childbirth, sharing with the professionals the responsibility for the decisions. **Objective** – We have described and analyzed different perceptions on what healthcare professionals of the private sector and users of such services consider a good childbirth and an emotionally traumatic one, and on what in their opinion contributes to the occurrence of each kind. **Methodology** – Our sample was composed of 28 sample subjects divided into four 7-member groups, including professionals and women who had recently given birth, referred to as “typical”, with a more traditional conception of childbirth, and professionals and women who had recently given birth, referred to as “atypical”, who support natural childbirth. The qualitative methodology was used, based on semi-structured interviews to collect data. **Results** – Results show that there are very different conceptions of what could be considered a good childbirth assistance for typical and atypical professionals and of how they see the women’s role in childbirth; the first group contributing to the women’s passivity, and the latter, to their autonomy and empowerment. The conception of an emotionally traumatic childbirth is also different in both groups. The typical ones tend to overestimate pain as potentially traumatic, while the atypical ones indicate the frustration of expectations as the main cause of emotional suffering. Typical patients, for having low expectations and/or little information, tended to better evaluate their experience if compared to atypical patients. **Conclusion** – The satisfaction in childbirth is related to the expectations women had. Expectations are related to the information they sought and those given by the professionals who cared for them during the prenatal period and during childbirth.

Descriptors: Natural Childbirth; Humanizing Delivery; Maternal Welfare; Maternal and Child Health; Gender and Health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
1.1 O modelo de atenção ao parto no Brasil	8
1.2 O parto e a assistência privada: O excesso de cesarianas	12
1.3 O profissional de saúde na atenção ao parto	15
1.4 O bem-estar materno	16
1.5 Gênero e Assistência ao Parto.....	18
2. OBJETIVOS	20
3. MÉTODO	21
3.1 Os sujeitos da pesquisa	22
3.2 Instrumentos de pesquisa e coleta de dados	26
3.3 Análise do Material Empírico.....	27
3.4 Conteúdo das Entrevistas.....	28
3.4.1 Pacientes:	28
3.4.2 Profissionais:.....	29
3.5 Aspectos Éticos	31
4. DISCUSSÃO	32
4.1. Como são as pacientes que os profissionais querem	32
4.1.1 Profissionais típicos	32
4.1.2 Profissionais atípicos	38
4.2. O profissional típico e a negação das evidências científicas.....	44
4.3. Comunicação entre profissionais e pacientes	51
4.4. Como são os profissionais que as pacientes querem	60
4.4.1 Pacientes típicas	60
4.4.2 Pacientes atípicas	62
4.5. Expectativas e satisfação no parto sob a perspectiva de puérperas	65
4.5.1 As pacientes típicas	65
4.5.2 As pacientes atípicas	71
4.6. O parto emocionalmente traumático: Diferentes perspectivas	79
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
7. ANEXOS	95
7.1 Resultados – Categorização	95
7.1.1 Pacientes Típicas.....	95
7.1.2 Pacientes Atípicas	106
7.1.3 Profissionais Típicos	122
7.1.4 Atípicos	138
7.2 Roteiro de entrevista com as puérperas.....	158

7.3 Roteiro de entrevista com os profissionais de saúde.....	160
7.4 Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido para puérperas.	162
7.5 Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais	163
7.6 Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre parto normal	164
8. GLOSSÁRIO	169
9. CURRÍCULO LATTES	170

1. INTRODUÇÃO

Creio que o presente trabalho começou a ser formulado, sem que eu me desse conta disso, antes mesmo de eu terminar a graduação de psicologia. Minha inquietação com relação ao bem-estar materno teve início no meu quinto ano de faculdade.

Como pré-requisito da graduação, tínhamos de escolher um estágio para realizarmos durante todo o último ano e optei por acompanhar mulheres detentas durante seu período final de gravidez e quatro primeiros meses de vida de seus filhos e ajudá-las na preparação para a iminente separação. Como podem imaginar, a gestação e parto nesses casos não eram vividos de maneira tranqüila e a iminência de separação era algo devastador.

Mais tarde trabalhei no atendimento a diagnosticadas com depressão pós-parto e pude perceber a importância de uma experiência de bem-estar no parto e do quanto a qualidade da relação entre profissionais e pacientes durante esse evento poderia contribuir para desfechos positivos e negativos.

Atualmente trabalho em um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) e lido diariamente com os conflitos relacionados à maternidade, desejada ou não, a essa idéia de ser mãe – que pode se iniciar antes mesmo da gestação – e às conseqüências diretas, expressas nessas e por essas crianças e mães de experiências de parto e maternagem “mal sucedidas”.

A idéia inicial deste trabalho era discutir o parto como um evento traumático, ou seja, analisar reações de certas mulheres ao extremo sofrimento vivido em más experiências de parto. Para tanto iniciamos estudando o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) Pós-Parto.

Conforme a pesquisa foi se desenvolvendo, fomos nos afastando cada vez mais dessa temática e engendrando no estudo da satisfação com relação ao parto e o que constitui uma má e uma boa experiência de parto.

A partir da idéia do parto como potencialmente traumático, pensamos no importante papel que o profissional de saúde que atende esse parto tem na qualidade do desfecho dessa experiência, ou seja, suas atitudes desde o pré-natal até o pós-parto, suas concepções de mulher e de bom e mau partos podem contribuir, e muito, para essa experiência ser vivida como algo satisfatório ou insatisfatório pelas mulheres atendidas.

Procuraremos, então, analisar as concepções, de profissionais e puérperas, do que é o bom parto e bem-estar no parto e, por outro lado, o que é um mau parto, sendo o grau mais extremo de insatisfação a vivência do parto como um evento traumático.

1.1 O modelo de atenção ao parto no Brasil

Vivemos atualmente um cenário da saúde perinatal que contribui para que o parto seja vivido como uma experiência ruim.

No Brasil, os dados mais recentes sobre mortalidade materna disponíveis no DATASUS indicam uma razão de 74.68 mortes por 100.000 nascidos vivos (nv) em 2005¹, já incluindo o fator de ajuste estimado em 1.4, calculado em 2002 para corrigir o subnotificação de mortes maternas entre as mortes das mulheres da idade reprodutiva (10-49 anos). (DINIZ, 2009, p.20)

A discussão que vemos é sobre qual é a melhor opção: o parto normal ou a cesárea.

As evidências mostram claramente que o parto fisiológico tem resultados melhores para mãe e bebê se comparado ao parto cesariana eletivo (ver recomendações da OMS para assistência ao parto normal, anexo)

No entanto, se compararmos a cesárea ao parto vaginal tal qual ele costuma ocorrer, vale dizer, permeado por intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, que envolvem dor, a cesárea pode parecer uma boa opção à paciente. (DINIZ, 2009)

Segundo D'OLIVEIRA et al. (2002), procedimentos como cesarianas de rotina, tricotomia, episiotomia de rotina, indução do parto de rotina e proibição do direito ao acompanhante de escolha da mulher no parto, dentre outras intervenções não baseadas em evidência científica, são entendidos como violência contra a mulher.

A avaliação científica já demonstrou que a intervenção mínima – o mínimo de interferência compatível com a segurança – é o paradigma a seguir no caso do parto normal. Portanto, durante o trabalho de parto e o nascimento deve haver um motivo válido para interferir num processo natural, motivo este ligado a complicações da mulher ou da criança (DINIZ, 2006, p.81)

Além disso, como já vimos, soma-se o fato de que os profissionais de saúde atuantes no parto costumam estar focados apenas na saúde física e pouco, ou nada, preocupadas com os aspectos psicossociais das pacientes.

Há muito pouco espaço para que as mulheres possam manifestar suas reclamações, desconfortos, vontades, preferências, desejos. Pior que isso, a maioria das mulheres não tem consciência de que seus direitos estão sendo violados e muitas vezes aceitam as intervenções violentas que são feitas como parte de uma rotina de cuidado, em que o profissional de saúde tem sempre razão.

Em uma pesquisa realizada em Salvador, BA, MCCALLUM e REIS (2008) obtiveram resultados que apontam para essa questão: constantes intervenções que alteram a fisiologia do parto em detrimento das mulheres e mulheres que concordam

com essas intervenções por estarem inseridas em uma cultura em que o saber delas é negado e o saber médico nunca questionado. Essas pacientes acabavam por atribuir suas experiências negativas apenas à falta de compaixão dos profissionais de saúde.

A pesquisa mostrou ainda que muitos médicos, apesar de conscientes de que essas intervenções não são baseadas em evidências científicas, continuavam a realizá-las. Eles atribuíam essas falhas a insatisfações e más condições de trabalho, falta de treinamento e efeitos da dinâmica institucional.

Há um documento produzido pelo Ministério da Saúde, intitulado “Parto, Aborto e Puerpério: *Assistência humanizada à mulher*” (2001, p.14) que trata dessa distorção na prática médica brasileira. Para eles ela é:

(...) determinada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais – mas tem, na forma como a sociedade em geral, e a medicina em particular, encara a mulher, a gênese dessa permissividade. A perda da autonomia da mulher no parto está relacionada, principalmente, com a intensa medicalização que o corpo feminino sofreu nas últimas décadas.

O corpo da mulher é visto como imperfeito, não pronto para dar à luz e ameaçador ao bebê. Justifica-se assim o excesso de procedimentos, com o intuito de reparar essas “falhas”. Soma-se a isso a relação que a medicina estabelece com a natureza, em que a ciência tem de se sobrepor e consertar aquilo que é natural.

Outra questão que vem sendo enfrentada é a dificuldade com relação ao direito ao acompanhante no parto. Durante o parto as mulheres comumente encontram-se vulneráveis às influências do ambiente e desconhecem o funcionamento de seus corpos. A equipe costuma se preocupar pouco com o bem-estar emocional da paciente, bem como outras circunstâncias provocadoras de mal-estar.

Dentro deste cenário, o papel do acompanhante no cuidado da puérpera seria de prover apoio emocional, acolhimento, conforto e informação, bem como de defendê-la, aumentando a sensação de controle e competência dela e reduzindo a necessidade

de intervenções obstétricas (HODNETT et al., 2006). Vale ressaltar que a necessidade do acompanhante enquanto defensor da mulher faz-se necessária quando se estabelece uma relação de desconfiança, em que o profissional está “contra” a paciente e não uma relação de divisão de responsabilidades.

Esse direito vem sendo bastante desrespeitado. Dados da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) de 2006 apontam que no setor público apenas 9,5% das parturientes puderam contar com um acompanhante de sua livre escolha no parto. No setor privado esse número foi maior, de 34,6%, mas ainda é muito baixo. Apesar de o setor privado garantir mais esse direito, muitas vezes a condição imposta para sua participação é o pagamento de uma taxa, que varia de R\$113,00 a R\$147,00, como mostra reportagem de GALVÃO publicada no jornal Folha de São Paulo em 25 de abril de 2010. Segundo a ANVISA, ANS e PROCON, a cobrança dessa taxa é ilegal.

Na contramão desta realidade, há 25 anos iniciou-se um movimento que aqui no Brasil é conhecido como *humanização do parto*.

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.9).

Este movimento adota um outro tipo de discurso, que defende a mulher como sujeito de direitos e como detentora de um saber sobre sua saúde, sendo ela convocada a ter participação ativa no processo do parto. Além disso, há uma luta pela melhoria das condições de atendimento e de trabalho, procurando atender às necessidades das pacientes, profissionais e gestores.

1.2 O parto e a assistência privada: O excesso de cesarianas

Como vimos anteriormente, uma das questões centrais que vêm sendo discutidas no tocante à qualidade da assistência ao parto no Brasil é o excesso de intervenções não baseadas em evidências realizadas nos partos. Este trabalho foi feito focando a assistência privada de saúde, em que uma forma de intervenção em especial vem sendo utilizada: a cesariana eletiva, cuja ocorrência, segundo a PNDS (2006), atinge taxas alarmantes de 80,8%, sendo a média nacional de 44%.

As cesáreas bem indicadas, sejam elas de emergência ou eletivas, são um componente essencial do cuidado obstétrico e devem estar devidamente disponíveis para se conseguir baixar as taxas de mortalidade materna e neonatal. Uma porcentagem entre 5% e 15% do total de partos parece conseguir os melhores resultados para a saúde de mulheres e de bebês, visto que uma taxa menor que 1% ou mais alta que 15% parece fazer provocar mais dano do que benefício (DINIZ, 2009, p.315).

Vivemos em um país em que a minoria da população tem acesso ao serviço privado de saúde, visto como melhor, mais seguro e muitas vezes como “sonho de consumo”. A situação da assistência privada ao parto e puerpério no Brasil, no entanto, está longe de ser semelhante a um sonho.

O que é difícil de entender é a falta de controle com relação a isso, principalmente se levarmos em consideração, como já foi dito, que todas as evidências científicas apontam para um maior risco tanto para a saúde da mãe quanto do bebê em partos cesárea. Todos os estudos rigorosos comprovam que o parto normal é mais seguro para a mulher saudável e seu bebê (DINIZ, 2004).

Associado a esse maior risco vemos, em São Paulo, maior demanda de leitos de UTI neonatal sendo utilizados para tratar de bebês com prematuridade iatrogênica, ou seja, causada pela assistência, em especial pelas cesáreas de rotina (DINIZ e CHACHAM, 2006).

Um grupo de usuárias acredita que para manter e justificar o excesso de cesarianas é preciso que o parto vaginal se mantenha monstruoso (DINIZ, 2009). No entanto, se a cesárea parece uma alternativa menos dolorosa no momento do parto, é no pós-parto que as desvantagens aparecem, já que é preciso lidar não apenas com as mudanças fisiológicas do puerpério, mas com as conseqüências de uma cirurgia (DINIZ, 2004).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro procurou investigar uma possível preferência pelo parto cesárea e para isso realizaram entrevistas e análise de prontuários de 909 puérperas, das quais 454 tinham tido partos vaginais e 455 cesarianas. Perguntou-se às mulheres se elas gostariam que seus partos fossem cesarianas e 75,5% dela responderam “não”, atribuindo essa negativa à maior dificuldade de recuperação e dor no pós-parto da cesárea. (BARBOSA et al., 2003).

Se as evidências mostram que a cesariana oferece mais risco à saúde da mulher e seu bebê e que a maioria das puérperas tem preferência pelo parto normal, por que nos deparamos com números dessa magnitude?

O setor privado no Brasil adotou o modelo organizacional da “cesárea de rotina”, substituindo a imprevisibilidade do parto a termo por um planejamento taylorista de grande eficiência e lucratividade, criando um fato cultural: se é feito por especialistas, deve ser seguro. Desta forma, se um profissional dissidente do modelo tem qualquer complicação em um parto vaginal, estará muito mais vulnerável a ser isolado pela categoria ou ser processado pela paciente. (DINIZ, 2009, p.319)

A patologização do parto e a crença de que o corpo feminino não está pronto para parir também são parte dessa resposta. A literatura indica ainda que há grande influência de certas condutas por parte dos profissionais de saúde, que tomam

decisões não visando ao bem-estar e desejo das puérperas, mas ao uso de estimativas exageradas de risco fetal e dor materna como sinais de necessidade de cesárea, bem como suas próprias preferências e conveniências quanto ao parto e sua assistência (DAVIS-FLOYD, 1992; FAÚNDES e CECATTI, 1991; DINIZ, 2001; CECATTI, 1998; DINIZ & CHACHAM, 2006).

Em termos de modelo de assistência, a “correção do corpo” preferencial para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea[...] É defendida pelos profissionais como alternativa superior e mais moderna em termos de conforto materno (evitaria as dores do parto), proteção contra danos sexuais (evitaria a passagem do bebê pelo períneo, a episiotomia, os fórceps), e contra os potenciais danos do parto vaginal sobre o bebê. Para viabilizar este modelo, a cirurgia deve ser agendada antes que a mulher entre em trabalho de parto. (DINIZ, 2009, p.320)

Grande parte dos profissionais de saúde foi formada no modelo intervencionista. Por isso, pela falta de experiência com esse novo modelo baseado em evidências, e pela resistência das instituições hospitalares, em especial as particulares, a aderir e incentivar esse outro modelo, é comum eles se sentirem inseguros de arriscar essa outra postura, acreditando que o modelo intervencionista seja o mais eficaz (DINIZ, 2004).

Apesar de a gestação ser um processo que, na maioria das vezes, ocorre sem complicações, segundo o Manual do Ministério da Saúde, possíveis doenças e intercorrências são supervalorizadas e as técnicas intervencionistas consideradas de maior importância.

A continuidade no atendimento, ou seja, a possibilidade de ser atendida no parto pelo mesmo profissional que a acompanhou no pré-natal é outro grande motivo para a escolha da cesárea pelas pacientes do sistema suplementar (DINIZ & CHACHAM, 2006). Na assistência privada, normalmente a mulher tem basicamente duas escolhas, ela pode ter um parto espontâneo e ser atendida por um médico qualquer no plantão, ou marcar uma cesárea eletiva e garantir que será atendida pelo seu médico.

Para que possamos pensar em uma mudança dessa realidade é preciso que essas pacientes sejam informadas sobre o que lhes é feito, os riscos envolvidos e alternativas, para que elas possam, a partir de então, tomar decisões informadas

1.3 O profissional de saúde na atenção ao parto

Como vimos, os profissionais têm papel importante na qualidade de parto que as mulheres terão, especialmente no tocante à relação e comunicação que eles estabelecem com suas pacientes.

Em nossa cultura, segundo Schraiber (2008), há uma crença praticamente cega na ciência e tecnologia e seus benefícios, apoiada pela Medicina Tecnológica, que permeia a relação médico-paciente. Por enfatizar a parte tecnológica, estruturando a prática médica em grandes equipes e unidades hospitalares, a Medicina Tecnológica acaba por diminuir a confiança no profissional em sua relação com a paciente, a confiança para a ser na tecnologia.

Para a autora é preciso que se retome o caráter “arte” da medicina e que se reconquiste *"a possibilidade de se produzir o cuidado efetivo, julgar o caso com adequado discernimento, decidir com alguma certeza e precisão e atuar com a cumplicidade parceira do paciente"* (p. 208).

É importante que se estabeleça essa relação de confiança e entrega entre profissional e paciente no parto. Segundo Freidson (1972), a pessoa que busca o cuidado médico espera que ele, que detém um saber específico sobre seu corpo e o caso (não todo o saber, mas um saber específico) cuide dela e faça o que tiver de ser feito.

Não podemos, porém, limitar a relação entre médico e paciente à necessidade de confiança; há a necessidade de cooperação também. A paciente também tem conhecimentos específicos que podem contribuir para o bom andamento do processo

de parto. Os profissionais têm o conhecimento científico do corpo, o que as pacientes não têm; mas as pacientes, por sua vez, têm uma percepção não biomédica do próprio corpo, o que os profissionais não têm. São conhecimentos diferentes, e que poderiam ser complementares, mas o que vemos é que a um conhecimento é dado todo o poder e ao outro, nenhum.

Essa percepção de falta de conhecimento a respeito do próprio corpo e funcionamento acaba por propiciar situações em que o paciente fica subjugado ao saber médico e suas vontades, obedecendo a tudo, com pouca ou nenhuma possibilidade de comunicação.

Esse tipo de relação, em que a paciente não tem controle algum sobre o que lhe passa e fica à mercê das escolhas e vontades dos profissionais de saúde, pode propiciar que o parto seja vivido como uma experiência traumática. (REYNOLDS, 1997)

Além disso, é preciso que os profissionais atentem não apenas para os aspectos físicos das pacientes, mas também para suas dimensões psicossociais. O Ministério da Saúde brasileiro criou um manual técnico de orientações quanto ao cuidado no pré-natal e puerpério. Segundo este manual, *“faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.35).

1.4 O bem-estar materno

O bem-estar materno e a satisfação com parto são questões que têm sido negligenciadas. Há uma crença ainda vigente de que o que importa no parto é a mãe e o bebê estarem saudáveis, bem como, particularmente no setor privado, a tentativa

de evitar a dor. A satisfação com relação a essa experiência é muito pouco levada em conta.

Segundo alguns estudos, o fator que mais influência na satisfação com relação ao parto é o relacionamento com os provedores de saúde. (DINIZ 2001; DAVIS-FLOYD, 1992; KITZINGER, 1992). O fator que mais estaria ligado à satisfação é o controle que essas mulheres sentem que têm durante o parto. Controle de si e do que os outros fazem a ela (GOODMAN, 2004; GREEN e BASTON, 2003). Como vimos, o acompanhante no parto também está relacionado à maior satisfação com a experiência (HODNETT et al., 2005).

A literatura aponta ainda para o fato de que mulheres que têm boas experiências de parto vaginal, com apoio e encorajamento, têm uma melhor imagem de si e de sua capacidade como mãe. Por outro lado, se elas se sentem subjugadas e desencorajadas, as chances de ficarem satisfeitas com o parto diminuem (GOODMAN, 2004; GREEN e BASTON, 2003).

O bem-estar materno e satisfação com a experiência do parto não são de interesse só das pacientes. Estudos mostram que pacientes satisfeitos tendem a aderir mais ao tratamento e recomendações médicas (HOWELL e CONCARO, 2004).

O Parto enquanto Evento Traumático

Estudos vêm apontando para a possibilidade de que, para parte das mulheres, o parto pode ser vivido como uma experiência traumática. Nesses casos, o momento do parto, comumente considerado uma experiência positiva, pode ser vivenciado como devastador, uma vez que algumas mulheres têm expectativas negativas e temem que o parto tenha um final catastrófico. Para esta minoria ele costuma ser associado ao medo de perder o bebê, ou de feri-lo gravemente, bem como ao temor de não sobreviver ou de se machucar seriamente (WIJMA e SBDERVUIST, 1997).

Ter de lidar com tais sentimentos durante um período em que todos esperam reações alegres pode ser emocionalmente devastador, podendo resultar em diminuição da auto-estima.

Estudos mostram que algumas mulheres podem desenvolver um medo profundo e tentativa de evitar a gravidez e parto após um evento como este. Algumas ficariam tão traumatizadas pelo parto que esse nível de medo mudaria seu desejo de ter mais filhos ou a escolha do tipo de parto a ser realizado (WIJMA e SBDERVUIST, 1997).

Não é sempre que eventos dramáticos e excepcionais resultam em parto traumático. De acordo com REYNOLDS (1997), há duas características comuns que tornam o momento do parto potencialmente traumático: dor extrema e sensação de perda de controle. O resultado psiquiátrico, na verdade, depende tanto da percepção subjetiva da mulher com relação ao evento, quanto da experiência em si.

Nota-se que os resultados perinatais e intervenções podem ser diferentes, dependendo da interação entre profissionais de saúde e pacientes. Desta forma, é do interesse de todos os envolvidos que as mulheres tenham boas experiências de parto.

1.5 Gênero e Assistência ao Parto

No presente trabalho utilizaremos o conceito de gênero estabelecido por Rubin (1975), que o entende como *"um conjunto de medidas mediante o qual a sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana e essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas"*. Tal conceito é importante para entendermos e situarmos os discursos que aparecerão nas entrevistas. A idéia de mulher, parto e maternidade que a sociedade estabelece não são naturais e imutáveis, e estarão refletidas nesses discursos, tanto das puérperas quanto dos profissionais.

Rohden (2001), retoma a história da medicina e como ela vem abordando e entendendo a saúde da mulher. Para a medicina no Século XIX a natureza feminina era vista como perigosa e potencialmente patológica. A ginecologia se constitui a partir dessa visão, convertendo-se em uma ciência que apontava as diferenças entre corpo, sexualidade e reprodução de mulheres e homens e atribuía às mulheres inferioridade física, psicológica e intelectual como uma realidade posta no corpo.

A abordagem de gênero vem criticar a naturalização da reprodução e da sexualidade, entendidas como da esfera do biológico, como se não houvesse dimensões sociais e de poder envolvidas. Partiremos então da idéia de que a subordinação das mulheres é produto de determinadas formas de organização e funcionamento das sociedades. (DE BARBIERI, 1991)

No modelo de atenção ao parto, como vimos anteriormente, o corpo feminino é visto como imperfeito, dependente da tecnologia e ameaçador ao bebê (DINIZ, 2004). *“No Brasil, além de do parto espontâneo ser percebido pelos profissionais como mais arriscado para o bebê, também é tido como mais arriscado para a própria mãe, sendo associado a danos sexuais irreversíveis.”* (DINIZ, 2009, p.26) Justificam-se assim intervenções, que podem ter suas indicações, mas não deveriam ser usadas de forma rotineira, como episiotomia, fórceps e uso de ocitocina, entre outros.

Esse modelo de assistência que “corrige o corpo” (modelo que aqui chamaremos “típico”) *“para as mulheres brancas e de renda mais alta é a cesárea: ‘se o parto é um evento negativo, devemos preveni-lo’*” (DINIZ, 2009); perfil este que será particularmente estudado em nossa pesquisa. Ainda dentro deste perfil, quando o parto normal é realizado ele vem repleto de intervenções:

Entre a minoria de mulheres que tiveram partos vaginais no setor privado, estes geralmente incluem os procedimentos como a indução ou aceleração com ocitocina (procedimento que em geral faz ultrapassar o limite de suportabilidade da dor), a episiotomia, e

freqüentemente os fórceps em primíparas. Todos estes procedimentos são dolorosos – porém quase sempre, no setor privado as mulheres contam com a anestesia peridural, o que torna o sofrimento físico mais suportável. (DINIZ, 2009, p.)

No entanto, temos também uma crescente comunidade de profissionais e usuárias que se opõem a este modelo, constituindo um movimento social organizado que auxilia o acesso a um modelo contra-hegemônico, que aqui chamaremos de modelo “atípico”. A OMS e o Ministério da saúde também têm seguido esse movimento e dirigido seus esforços para esse segundo modelo.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Descrever e analisar comparativamente as diferentes concepções sobre o que profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto no setor privado, bem como usuárias desses serviços, consideram ser um bom parto e um parto emocionalmente traumático, e o que acham que contribui para que cada um deles ocorra, considerando profissionais e parturiente típicos e atípicos desse sistema.

Objetivos Específicos:

- Descrever a concepção de profissionais de saúde (tanto típicos quanto atípicos) que atendem ao parto que atuam no setor privado, sobre o que constitui a boa e a má assistência ao parto;
- Descrever a concepção das usuárias de serviços obstétricos privados (típicas e atípicas), sobre o que constitui a boa e a má assistência ao parto;

- Analisar as convergências e divergências entre essas concepções, a partir de uma perspectiva de gênero.

3. MÉTODO

Como já exposto, o objetivo desse trabalho é descrever e analisar concepções sobre o que seria um bom e um mau parto, para profissionais de saúde e puérperas, por meio de uma perspectiva de gênero.

Inicialmente, como relatamos na introdução, pretendíamos estudar o parto traumático. No entanto, conforme o objeto de pesquisa foi tomando outra forma, optamos por não buscar ativamente mulheres que tiveram partos considerados emocionalmente traumáticos. Ainda assim, o presente trabalho permitiu fazer um mapeamento da insatisfação com o parto.

Nota-se que contamos com bastante informação sobre a perspectiva das mulheres e dos profissionais do que seria uma experiência ruim ou traumática, apontando as diferentes concepções que cada grupo faz do que contribuiria para que isso acontecesse.

O foco da pesquisa é na atenção privada de saúde, setor este que vem sendo menos abordado nos estudos de saúde pública.

A hipótese que levantamos é de que a satisfação no parto é diferente dependendo da expectativa que as mulheres tinham. A expectativa, por sua vez, direciona a escolha do profissional por quem a paciente querará ser atendida, e estará em constante construção dentro da relação médico-paciente, e depende, dentre outras coisas, da comunicação entre esta dupla.

Analisaremos questões bastante subjetivas. Foi tendo isso em vista e, ainda, a vontade de nos aprofundarmos em cada caso, que optamos pela abordagem metodológica qualitativa, que *“trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”*. (MINAYO, 1994, p.21).

3.1 Os sujeitos da pesquisa

Durante a seleção dos sujeitos de pesquisa procuramos mulheres que se encaixassem em dois perfis distintos de pacientes, que posteriormente chamamos de pacientes *típicas* e *atípicas*, sendo *atípicas* aquelas que buscaram mais informações para fazer suas escolhas quanto ao parto e que optaram por profissionais que trabalham com a idéia de parto humanizado e parto natural. As *típicas*, pelo contrário, optaram por médicos mais tradicionais, não se informaram tanto e na maioria das vezes deixaram as decisões sobre seus partos nas mãos dos médicos que as atenderam.

Não foi tarefa fácil definir como chamaríamos os dois grupos de puérperas. Inicialmente pensamos em chamá-las de ativas (as atuais atípicas) e passivas (as atuais típicas), dados seus diferentes posicionamentos frente à experiência de parto; o primeiro grupo mais empoderado e buscando ser protagonistas de seus processos e o segundo grupo mais dependente da tutela médica e menos interessadas em informação. No entanto, consideramos que o termo “passiva” poderia tomar um caráter pejorativo e valorativo que procuramos evitar com a nova nomenclatura. Além disso, com o uso dos termos “ativa” e “passiva” poderíamos cair no equívoco de pressupor que o outro lado é complementar, ou seja, para uma paciente “ativa”

haveria uma profissional “passivo” e para uma paciente “passiva” um profissional “ativo”, o que não nos parece ser verdade.

A relação entre profissional e paciente não se trata de uma relação em que um manda e o outro obedece, ou um é ativo e o outro passivo, mas de uma capacidade de interdependência e respeito mútuos em que o processo envolvendo a mulher é o centro. Cuidar do outro não significa estar submisso a ele e à vontade dele, mas estar à serviço do outro.

Foram selecionados 28 sujeitos, dentre eles 14 pacientes usuárias do setor privado de saúde e 14 profissionais que atendem esse setor. Os dois grupos foram então desmembrados, compondo quatro sub-grupos com 7 integrantes cada, sendo eles os das pacientes típicas, das pacientes atípicas, profissionais típicos e profissionais atípicos. Vale ressaltar que a todos os participantes foram dados nomes fictícios. Explicaremos melhor as características de cada grupo a seguir.

O primeiro grupo foi composto por puérperas que chamamos de típicas, ou seja, que tinham optado por serem atendidas por profissionais com abordagens mais tradicionais, que tiveram seus partos por via cesariana ou por via vaginal, mas com uma série de intervenções, tais como anestesia e episiotomia. As informantes pertencentes a este grupo foram selecionadas de maneiras distintas. Duas delas foram indicadas por pessoas do círculo de amizade da pesquisadora e a partir delas foi realizado o método *snowball*, em que cada sujeito indica outro para ser entrevistado.

O segundo grupo foi formado por puérperas que chamamos de atípicas, ou seja, que optaram por serem atendidas em seus partos por profissionais adeptos do parto natural, que tiveram partos vaginais, com o mínimo de intervenções possível e que procuraram se informar bastante antes de tomar as decisões relativas aos seus partos. A seleção deste grupo de entrevistadas foi feita através das listas de discussão de gestantes e puérperas na Internet. A coordenadora da lista mandou um e-mail explicando a pesquisa e perguntando quem se interessaria em participar e a partir das

respostas afirmativas foram selecionadas as participantes. Houve uma preocupação em diversificar o perfil das entrevistadas, englobando mulheres que optaram por ter partos hospitalares e domiciliares, bem como uma puérpera que, apesar de ter convênio médico particular, optou por ter seu parto em uma casa de parto pública.

As puérperas que compuseram os dois grupos tinham tido seus partos entre três meses e dois anos. Vale ressaltar ainda que as pacientes que optaram por partos hospitalares, em sua grande maioria, foram atendidas em hospitais considerados modelo de excelência, de altíssimo padrão, na cidade de São Paulo,

O terceiro grupo compreende médicos que chamaremos de 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. Houve certa dificuldade na convocação de sujeitos para este grupo em especial. Foram abordados profissionais com mais experiência e tempo de atuação na profissão, mas eles se mostraram bastante inacessíveis, recusando-se a participar da pesquisa. Levando isso em consideração, entrevistamos médicos mais acessíveis e isso foi possível porque todos foram indicados por uma pessoa do círculo de amizades da entrevistadora. Acreditamos ainda que essa proximidade possibilitou que os sujeitos ficassem mais à vontade para se expressar. Conduta semelhante foi adotada por SCHRAIBER (1995)

(...) Elementos como a simpatia ou, como já se mencionou, o conhecimento prévio dos sujeitos a serem entrevistados, não configuram nessa técnica [entrevista qualitativa] fator inconveniente. Muito pelo contrário, constituem norma favorável, porque a técnica se fundamenta exatamente na autenticidade e veracidade discursiva do entrevistado, cujo depoimento o pesquisador quer compreender e não contestar ou, mesmo, testar.

O quarto e último grupo foi formado por profissionais que chamaremos de atípicos, dentre eles médicos obstetras e pediatras e uma obstetriz. O critério de inclusão neste grupo foi de que sejam profissionais adeptos do parto natural, que trabalhem baseados em evidências científicas e que consideram a mulher como

protagonista de seu parto. Há poucos profissionais que trabalham sob essa perspectiva, portanto selecionamos aqueles mais atuantes na área, cujos nomes apareciam com frequência nos relatos de parto das puérperas atípicas. Dentre eles selecionamos dois pediatras defensores do parto fisiológico e com forte atuação na defesa desta causa.

Critérios de disponibilidade para a entrevista e serem bons informantes foram usados em todos os grupos.

Não consideramos necessário que todos os entrevistados viessem da mesma instituição por acharmos que há uma relativa homogeneidade entre as maternidades particulares encontradas nesta pesquisa e que seria importante poder abranger também aquelas mulheres que optaram por terem seus partos em casa.

Foi através das entrevistas com um número relativamente pequeno de sujeitos, divididos nessa pesquisa entre profissionais que atendem ao parto no setor privado e usuárias desses serviços, que se pretendeu obter uma perspectiva de como profissionais e usuárias de maneira geral pensam o bem-estar materno ou o parto traumático.

Nestes termos, a fala torna-se reveladora de 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, sócio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO e SANCHES, 1993, p.)

SCHRAIBER (1995) também defende que o relato individual expressa o grupo em que está inserido, ou o social. Para ela, o que cada entrevistado relata, e o modo como o faz, são construções determinadas na vida em sociedade.

No caso das puérperas que entrevistamos, suas narrativas de partos nos deram acesso às representações que a sociedade construiu sobre esse evento e como essas representações regulam também a forma de vivenciá-lo [...] No caso das entrevistas com os profissionais, a reflexão sobre suas experiências em torno deste

tema também nos remeteu às concepções da Medicina sobre o parto, o nascimento e o corpo feminino como um corpo reprodutor e, ao mesmo tempo, às percepções individuais de cada um dos entrevistados enquanto sujeitos históricos e de gênero inseridos na sociedade. (AGUIAR, 2010)

3.2 Instrumentos de pesquisa e coleta de dados

Foram criados dois roteiros de entrevistas semi-estruturadas, com questões e tópicos previamente determinados, permitindo que outras questões fossem surgindo. Um dos roteiros foi utilizado nas entrevistas com as puérperas e outro com os profissionais (ambos anexos).

O roteiro, em particular, assume o papel de guia da narrativa e é utilizado para orientar o pesquisador na colocação de temas estimulantes do relato, constituindo apoio ao trabalho da reflexão ou memória auxiliar. Deve-se percorrê-lo subordinadamente à dinâmica que o próprio entrevistado dá à narrativa e respeitando a seqüência das questões que o relato produz. Algumas temáticas surgem como questões já problematizadas e certas informações aparecem relatadas espontaneamente, sugerindo questões relevantes para o narrador e como expressão também da memória grupal. Outras têm que ser sistematicamente estimuladas pelo pesquisador. (MINAYO e SANCHES, 1993)

Vale ressaltar que inicialmente foi realizado um pré-teste, com duas puérperas, uma típica e uma atípica, e com um profissional típico e que, a partir dessa experiência, algumas questões foram adicionadas ao roteiro de entrevista, bem como outras foram revistas e alteradas. Como houve pouca variação no material após este pré-teste, optamos por incluir as três entrevistas em nosso material a ser analisado.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente ou por telefone, de acordo com a disponibilidade do entrevistado. Na medida do possível priorizamos que as entrevistas fossem feitas pessoalmente, mas em alguns casos o entrevistado, em

especial os médicos atípicos, não permitiu que isso acontecesse. Percebemos que houve pouca ou nenhuma influência do fato de a entrevista ter sido realizada por telefone ou pessoalmente na qualidade das respostas dadas.

A pesquisadora foi responsável pela realização de todas as entrevistas, que foram gravadas, bem como por sua transcrição.

3.3 Análise do Material Empírico

O desafio da análise do material é não apenas “decifrar” a fala dos sujeitos de pesquisa, mas de situá-las no contexto em que estão inseridas. Situar as posições que tomam em determinada sociedade, as relações de poder estabelecidas, inclusive com o pesquisador.

A busca é pelo entendimento dos fenômenos sociais, sendo que o papel do pesquisador é o de interpretar esses fenômenos e não simplesmente constatar sua existência (VICTORA et al., 2000).

Para facilitar a análise dos dados, ao término da transcrição das entrevistas foi realizada uma leitura detalhada de cada entrevista e uma categorização dos dados de acordo com os eixos que nortearam o roteiro. A partir desta categorização pudemos traçar um perfil de cada sujeito entrevistado. Em seguida procuramos comparar as respostas dadas pelos entrevistados em cada grupo, sejam eles profissionais, pacientes, típicos ou atípicos. A partir dessas comparações criamos categorias de análise para a análise e discussão dos dados.

Essa categorização, bem como as respostas dadas pelos entrevistados, encontram-se anexas a este trabalho.

3.4 Conteúdo das Entrevistas

Explicitaremos a seguir a razão das escolhas quanto aos roteiros de entrevistas. Vale notar que os roteiros, na íntegra, estão anexos.

3.4.1 Pacientes:

Primeiramente, foi feita uma contextualização da situação familiar e social dessas mulheres, em que perguntamos dados sobre seu estado civil, idade e se tinham ou não apoio no cuidado com os filhos, com o intuito de caracterizar suas trajetórias, bem como identificar suas redes de apoio.

Traçamos um breve histórico de sua(s) gravidez(es), se foi(ram) ou não planejada(s), que medos e fantasias tinham com relação ao parto durante a gestação e que via de parto escolheram e por quê. Essas perguntas tinham por objetivo investigar quais expectativas essas mulheres tinham com relação ao parto e puerpério.

Para sabermos se as expectativas prévias foram ou não atingidas e qual o nível de satisfação que cada uma teve com a(s) experiência(s) do parto, fizemos algumas indagações, como que via de parto tiveram e se foi diferente da inicialmente desejada o que justificou a mudança dos planos. Também perguntamos se consideraram que o parto foi melhor do que esperavam, pior do que esperavam, ou se atendeu às expectativas, já que, segundo HODNETT (2002), este é o parâmetro para o qual a pessoa considera a experiência boa, aceitável, ou ruim. Ainda tentando avaliar o nível de satisfação com a experiência de parto, perguntamos sobre o que mais gostaram, o que menos gostaram e o que mudariam e como gostariam que fosse um futuro parto.

Também buscamos avaliar a relação entre as entrevistadas e os profissionais que as atenderam, procurando saber o que valorizam no cuidados profissional e que tipo de atendimento consideram ruim. Pedimos que relatassem exemplos de bons e maus cuidados dados a elas no pré-parto, parto e pós-parto. Além disso, procuramos saber se elas sentiram confiança na equipe que as atendeu, se sentiam que estavam sendo ouvidas e que tinham controle sobre o que faziam com elas, se queriam ter esse controle, e se em algum momento consideram que foram tratadas de maneira injusta.

Buscando avaliar ainda a relação estabelecida entre profissional e paciente, bem como entender como cada puérpera se preparou para a situação de parto e quão informadas estavam, perguntamos sobre as informações que foram passadas a elas durante o pré-natal, que fontes de informação buscaram e se tinham interesse em se informar. Em seguida pedimos que dissessem como pacientes e profissionais podem contribuir para que o desfecho do parto seja bom ou ruim.

Para pensar o que cada entrevistada valoriza no atendimento ao parto e, indiretamente, avaliarmos o local onde tiveram seus partos, pedimos que imaginassem um lugar ideal onde gostariam de ser atendidas em um próximo parto, como ele seria e o que não poderia ter. Ainda buscando informações sobre condutas dos serviços de saúde, bem como avaliar possíveis relações desse atendimento com a satisfação com o parto, perguntamos sobre a presença do acompanhante de sua livre escolha no parto e como foi o contato com o bebê na primeira hora de vida dele.

Para finalizar fizemos algumas perguntas sobre o pós-parto: como foi; como foi a retomada da vida sexual delas e quais as reações que seus companheiros tiveram frente à experiência.

3.4.2 Profissionais:

Fizemos algumas perguntas inicialmente buscando traçar um breve perfil do entrevistado: há quanto tempo exercem sua profissão e se atuam apenas no setor

privado ou no público também. Ainda pedimos que relatassem suas experiências pessoais com relação ao parto, se tiveram filhos, quais as escolhas que fizeram e, se não tiveram, quais escolhas fariam e por quê, para que tivéssemos algumas informações sobre sua perspectiva do que é um bom parto; pergunta esta que foi feita mais diretamente em seguida: *o que consideram uma boa assistência ao parto.*

Para investigar as preferências do profissional e como cada um vê a participação das pacientes no parto, pedimos que descrevessem suas pacientes ideais e aquelas que “dão trabalho”. Além disso, pedimos que descrevessem o parto em que ficam satisfeitos. Para isso pedimos que considerassem que a mãe e o bebê ficaram bem após o parto para evitar respostas que só falassem destes dois aspectos. Vale ressaltar que ainda assim alguns profissionais não conseguiram responder nada além de “que a mãe e o bebê fiquem bem”.

Havia no roteiro muitas perguntas relativas a condutas que eles têm em suas práticas e o que consideram uma boa forma de cuidado, como porcentagem de partos via vaginal que realizam, o que pensam sobre manejo da dor no parto, sobre presença de acompanhante, quais consideram ser as vantagens e desvantagens do parto normal e do parto cesariana e o que pensam sobre o uso de ocitocina e fórceps, sobre a episiotomia e a manobra de Kristeller. Ainda buscando identificar o que consideram boas formas de cuidados, pedimos que descrevessem o serviço de atendimento ideal ao parto que montariam se tivessem a oportunidade.

Para abordar a questão da comunicação entre profissional e paciente no parto, perguntamos sobre que informações fornecem a elas no pré-natal e se fazem uso de algum termo de consentimento informado.

Também procuramos saber o que cada entrevistado considera como bons e maus partos, perguntamos se acham que o parto pode ser emocionalmente traumático e como profissionais e pacientes contribuem para um desfecho bom ou ruim no parto. Ainda foi perguntado se já presenciaram alguma situação de injustiça no parto.

Buscando entender como os profissionais relacionam parto, sexualidade e satisfação, elaboramos duas questões: se eles consideram que a via de parto interfere na sexualidade da puérpera e do casal e se acham que o parto pode ser orgásmico.

3.5 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa foram respeitados os princípios éticos de sigilo e anonimato dos participantes, como é preconizado em estudos com seres humanos.

A coleta de dados ocorreu após a respectiva assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atualmente, entende-se por consentimento informado a autorização dada de forma voluntária, por uma pessoa capaz de tomar decisões no seu melhor interesse, no sentido de permitir a realização de um procedimento clínico, cirúrgico ou de pesquisa, após terem sido fornecidas todas as informações necessárias à plena compreensão dos riscos, desconfortos e benefícios associados (VICTORA et al, 2000, p.82)

Ao longo da pesquisa não foram detectados casos que necessitassem de atendimento especializado em saúde mental. Duas das entrevistadas relataram situações prévias de trauma no parto, mas quando questionadas disseram já terem superado a dificuldade vivida. Uma terceira entrevistada demonstrou sinais de sofrimento emocional, mas já estava fazendo acompanhamento psicológico.

A pesquisadora colocou-se à disposição para dar qualquer informação que os participantes da pesquisa necessitassem, porém nenhum deles manteve contato.

4. DISCUSSÃO

4.1. Como são as pacientes que os profissionais querem

4.1.1 Profissionais típicos

Os profissionais típicos descrevem suas pacientes ideais como sendo tranqüilas, que tenham confiança neles, que façam o que foi pedido, que tenham feito um bom pré-natal e estabeleçam boa relação com seus médicos. Além disso, preferem aquelas em relacionamentos estáveis, que tiveram uma gravidez desejada e que se cuidaram durante a gestação, evitando, por exemplo, engordar.

Também perguntamos sobre como eles consideram que as mulheres e os profissionais podem contribuir para uma experiência de parto ser boa ou ruim. Quanto à participação das pacientes, as respostas foram semelhantes àsquelas dadas para caracterizar a paciente ideal: consideram importante que elas estejam bem informadas, porque assim colaboram mais com o parto, psicologicamente bem preparadas e que estabeleçam boa relação com seus médicos. Acham que elas contribuem para um bom desfecho quando estão seguras e tranqüilas e estão acompanhadas do marido.

Vale ressaltar que aqueles profissionais que consideram importante que a paciente estejam bem informada, entenderam por informação elas terem consciência de que o parto dói e que elas terão que ajudar. Para eles, quanto mais informação menor o medo que a paciente sente e mais colaborativa ela fica. Nesses casos, colaborativa significa silenciosa (que não gritam, não fazem escândalo, não dão “*show*”). Parece haver essa idéia do “não pode gritar”, bem explícita na fala de Nair:

“Ela tem que saber que dor ela vai sentir, mas eu acho que tem algumas que gritam quando vai nascer o neném, começam a gritar, fazer show.”

Danilo, um dos profissionais atípicos, apontou essa dificuldade que certos profissionais têm de lidar com o “grito”:

“Essa coisa de “não grita” aparece no privado, só que aparece de jeitos diferentes, no privado vai aparecer “você está desperdiçando sua força”, vai aparecer de uma forma mais erudita, mas é a mesma coisa, fica quieta que você está assustando as outras, o discurso é esse.”

Essa valorização do silêncio também foi observada em outras pesquisas (HOTIMSKI, 2007; DINIZ, 2001; AGUIAR, 2010). Também observou-se que a equipe valoriza a mulher que agüenta a dor quieta.

Desta forma, a famosa frase “na hora de fazer gostou, então agora agüenta” é reconhecida como muito comum pelos profissionais e reproduzida também por algumas entrevistadas, que incorporam o discurso de que a dor do parto é o preço que se deve pagar pelo prazer com o ato sexual. São poucas as entrevistadas que se rebelam contra esse discurso e acham que a mulher tem o direito de expressar sua dor da forma que quiser. (AGUIAR, 2010);

Danilo considera que o grito tem papel importante em alguns casos, que por vezes se o grito não sai o neném não nasce. Isso mostra, como veremos mais adiante, que os profissionais atípicos propõem outra forma de relação com suas pacientes e outra forma de compreender esse grito. Tânia explicita bem o papel que ele cumpriu em seu parto:

“Foi legal porque eu senti muita privacidade, não tinha entra e sai, eu comecei a sentir vontade de... Acho que não é um grito porque não é uma coisa desesperada, mas mais de alívio, eram uns ahhhhhh, de concentração. Eu não fiquei intimidada, nem com vergonha.”

Nota-se que a paciente é colocada, ou coloca-se, em um papel de maior passividade, sendo valorizada aquela que faz o que é pedido, ou seja, que não questiona e que não se impõe, como descreve bem Wilson: *“A paciente ideal é aquela que está disposta a fazer o que é melhor, não o que ela quer”*. Há uma visão de que o que a paciente quer nunca é o melhor para ela: quem saberá dizer o que é melhor para ela é o profissional.

Nessa linha, a parturiente que não reclama, que aceita as indicações médicas, que não se impõe, recebe um tratamento melhor, *“Às vezes a gente tem até muito mais boa vontade de ajudá-las no trabalho de parto quando elas confiam e você vê que elas estão fazendo aquilo que você pede.”* (BERNARDO)

Os profissionais têm uma idéia do parto bom, que é quase um “não parto”, ou seja, como o parto é visto como uma experiência ruim, a idéia é suprimi-la e a cesárea cumpre bem esse papel, de uma parto asséptico. Nesse sentido, a paciente que passa pela cesárea se encaixa muito melhor no perfil de passividade do que aquela que tem um parto normal. O parto cesariana a deixa imobilizada, anestesiada, ela não grita, reclama menos, participa menos, a rigor sua participação se resume a ficar quieta.

A paciente ideal ela é perfeitamente calma, eu acho que isso é o principal. No parto normal elas ficam mais irritadas, mais ansiosas. Na cesárea, por ter um parto com hora marcada, ela sabe bem quanto tempo vai demorar para acontecer, então é mais tranqüilo. A paciente que é calma, que é tranqüila, que não é tão ansiosa. (ALLAN)

Confirmando o perfil inicialmente traçado, em contraposição à maior passividade, eles descrevem as pacientes que dão trabalho como sendo resistentes às condutas médicas, querendo impor as condutas delas. Apontam maiores problemas no atendimento ao setor público, pela falta de analgesia, e pela dificuldade em lidar com pacientes que querem cesariana “logo de cara” (o que não é permitido em hospitais públicos), o que dificulta a participação dela no parto normal. No setor

privado essas questões são rapidamente resolvidas, a paciente falou mais alto, gritou de dor ou algo parecido, a cesariana aparece como solução.

No privado o que acontece, a paciente começa a fazer isso, ele opera de cara, porque não tem um certo controle de como vai ser a via de parto. Não precisa ficar passando por isso, então ele indica a cesárea de cara, porque a paciente começa a surtar e você acaba indicando a cesárea com mais tranquilidade, com mais facilidade. (WILSON)

Ainda ressaltam ter dificuldade com gestantes muito jovens; consideram que elas não têm estrutura emocional para passar por um trabalho de parto. Pacientes com gestações indesejadas também são consideradas problemáticas.

O parto é um momento de alta intensidade emocional, aparece um receio em lidar com qualquer demanda emocional da paciente, já que pacientes “emocionalmente instáveis” exigem maior atenção do médico:

A paciente que dá trabalho são aquelas que têm algum problema de base, ou algum problema com o marido, ou problema familiar, ou problema profissional, ou problema emocional de base, alguma doença psiquiátrica, etc. Quer dizer, ela já chega na primeira consulta com uma listinha de problemas e dúvidas, “eu tenho medo disso, eu tenho medo daquilo, eu tenho doença assim, eu tenho doença assado, eu tomo esse remédio, eu tenho aquela paciente que é poliqueixosa, ela já vem com problema de fora. (...)Então são aquelas pacientes que ligam todos os dias, porque cada dia tem uma coisa diferente. Então ela vem ao consultório toda semana porque ela está com algum problema, alguma doença, ela toma meia dúzia de remédios simultaneamente e continua se sentindo mal e assim por diante. Então tem umas pacientes que vomitam todos os dias, você dá todos os remédios que você conhece e elas continuam vomitando. E ela não vomita porque ela tem alguma problema da gravidez, gástrico, ela vomita porque ela tem um problema de base psicológica. (DIMITRI)

Em uma das questões do roteiro pedimos que os profissionais dissessem como seria um parto em que ele fica satisfeito, pensando que mãe e bebê ficaram bem de saúde. Após o pré-teste nos ocorreu acrescentar este trecho que diz “*considerando que mãe e bebê ficaram bem de saúde*”, porque temíamos que todas as respostas fossem “*fico satisfeito quando mãe e bebê ficam bem de saúde*”. Ainda assim, e

apesar do adendo, boa parte dos profissionais responderam *“fico satisfeito quando mãe e bebê ficam bem de saúde”*, como Allan, que disse: *“Para eu ficar satisfeito com o parto, o que determina, o principal é a condição em que o recém-nascido nasce, isso é o principal. Se houver um trabalho de parto com o bebê nascendo bem, em geral o obstetra sai satisfeito.”* Essa idéia de que somente o que importa é que mãe e bebê saiam com sua integridade física preservada é tão forte que mesmo incentivando que pensassem em outras coisas muitas vezes eles não conseguiram. Nesses casos parece haver uma preocupação com os fins e não com os meios e menos ainda em como esses “meios” serão vividos pelas pacientes. Não interessa a experiência de parto; se ninguém ficou doente, está bom.

Muitos deles, com exceção de uma médica que não conseguiu pensar em nada além disso, acrescentaram outras questões que os deixam satisfeitos, como boa estrutura hospitalar, profissionais calmos, tratando bem a paciente e acompanhando bem o trabalho, que seja um parto normal com analgesia, sem intercorrências, tranquilo. Apenas Heloisa considerou importante a satisfação da mãe com relação ao parto.

Dimitri disse que fica muito satisfeito em partos sem medicação, fórceps e analgesia, sem dor e que a paciente fica satisfeita, chora de emoção. No entanto, em uma questão mais adiante do roteiro ele se diz contra o parto sem analgesia por acreditar que a mulher não tem condições de lidar com aquela dor.

Assim como pedimos que os profissionais refletissem sobre como as pacientes podem contribuir para suas experiências de parto serem boas ou ruins, pedimos que pensassem em seu papel no parto, como eles podem contribuir para a qualidade da experiência. Eles consideraram importante que o profissional estabeleça uma boa relação com a paciente, informando e orientando as pacientes no pré-natal, conversando, tendo paciência, estando calmo, tranquilo, disponível, seguro do que está fazendo, buscando que a mulher seja o centro da atenção. Isso contrasta com o fato de considerarem que a paciente que pergunta muito e solicita disponibilidade do médico é considerada problemática, como vimos.

Também foram ressaltadas algumas reações ruins que os profissionais podem ter, Wilson, por exemplo, acha que o médico, ansioso para fazer o parto se resolver logo pode prejudicar, dando muita medicação para acelerar o parto; ou seja, os médicos, em benefício próprio, visto que o interesse de que o parto aconteça de forma mais rápida é do médico e não necessariamente da paciente, lançam mão de estratégias desaconselhadas pelas evidências científicas. A relação entre os profissionais de saúde e as evidências será tratada mais adiante.

Tratar a paciente mal, de forma fria e sem educação também apareceu como contribuindo para que a experiência de parto seja ruim. Para tratar mais profundamente desta questão perguntamos aos entrevistados se eles já presenciaram tratamentos injustos dados às pacientes durante o parto e como caracterizariam essa injustiça. Dois entrevistados consideraram a falta de educação dos profissionais, que maltratam as pacientes, gritam com elas como formas de injustiça. Por outro lado, um dos profissionais justificou esses maus tratos como sendo reações a comportamentos inadequados das pacientes:

“Mas têm médicos que perdem mais a calma com a paciente, que tratam como bicho assim, como, às vezes a paciente está agindo como um bicho e às vezes eles acabam tratando dessa forma, que não é o ideal. O ideal é você entender que é essa a situação e tentar fazer alguma coisa.” (WILSON)

Durante as entrevistas percebemos que o parto era sempre caracterizado como algo ruim, sofrido, doloroso. Procuramos então investigar se os profissionais consideram a possibilidade de o parto ser vivido como uma experiência de prazer e pedimos que dessem suas opiniões sobre a idéia de que o parto pode ser orgásmico, ou seja, que atinja um nível intenso de prazer, de ordem sexual. Dos seis entrevistados que responderam esta questão, três consideram que o parto possa envolver algum tipo de prazer, mas não sexual e sim relacionado a um relaxamento ou alívio no período expulsivo. Já os outros três profissionais foram categóricos ao afirmar que isso é impossível, posição esta bem expressa na fala de Dimitri:

Para mim isso [parto orgásmico] é invenção, credence. Pode se dizer que seja orgásmico entre aspas, porque o parto tem que ser feliz. Você pode dizer para a paciente que está em trabalho de parto, que está chorando de dor, você fala “não chora, porque esse é o dia mais feliz da sua vida, não tem porque ficar chorando”. Então nesse sentido ele é o dia mais marcante, mais feliz da vida de uma mulher. Eu costumo brincar que é um dia mais feliz do que o dia do casamento, porque do dia do casamento você pode se arrepender, mas do dia do parto você nunca se arrepende.

Neste caso o parto é imposto enquanto experiência de dor e choro, mas que esse sofrimento deve ser interpretado como prazeroso, mais um paradoxo, não no sentido orgásmico, mas de realização da mulher, com pouca, ou nenhuma abertura para que ela expresse uma possível insatisfação com o que ocorreu. O profissional em questão parece achar que tem o direito de falar da experiência da mulher. O que o profissional sabe é do conhecimento técnico sobre o corpo. Sobre qual é o dia mais feliz da vida dela, só ela para dizer. Quando o profissional enuncia juízo de valor sobre a experiência da paciente no lugar dela ele ultrapassa o limite de sua autoridade profissional.

4.1.2 Profissionais atípicos

Para os profissionais atípicos a paciente ideal é aquela que se sente no centro do processo de parto, que está conectada este processo, internalizada, “animalizada”, como diz Danilo, com uma boa estrutura emocional. Que esteja bem informada, com um bom pré-natal e que assuma as responsabilidades pelas decisões tomadas junto com o profissional, como coloca Camila: *“É uma mulher que foi bem informada, que sabe exatamente o que ela quer e que esteja disposta a assumir a responsabilidade, junto comigo, por todas as escolhas que ela fizer.”*

Assim como os profissionais típicos, eles consideram importante que ela estabeleça uma relação de confiança, cumplicidade e comunicação com o profissional. No entanto, a diferença entre os dois grupos se estabelece na

participação e papel da paciente: os atípicos incentivam que a paciente seja mais participativa, produzindo uma possibilidade de parto em que a mulher é mais protagonista.

Talvez a necessidade de confiança no grupo das atípicas deva ser ainda maior, já que elas se colocam em uma posição de enfrentamento de um modelo.

Para este grupo, a paciente contribui para que um parto seja bom estando bem informada, fazendo a parte dela, sem colocar o médico na posição de quem toma todas as decisões. Que consiga relaxar frente a situações adversas, que não tenha vergonha do próprio corpo, da sexualidade, nem vergonha de som.

Acham que são posicionamentos ruins quando elas tomam decisões pela moda e não pelo que realmente se identificam, quando se fecham emocionalmente e ficam agressivas com o profissional. Uma profissional considera que no serviço público a chance de o parto ser bom é pequena, e que para a paciente se sair bem ela precisa ser muito “resiliente”. Uma das entrevistadas acha que o desfecho emocional do parto independe da mulher, é responsabilidade da equipe que a atende. Nota-se que nesse caso a profissional tira da paciente a responsabilidade pelo desfecho da experiência; se a mulher está decidindo junto com a médica como gostaria que seu parto acontecesse, ela também tem responsabilidade sobre o que ocorrerá.

Fica bem evidente a diferença de posicionamento entre os dois grupos de profissionais. Enquanto os típicos esperam e valorizam a passividade, os atípicos esperam protagonismo por parte das mulheres, ou seja, que elas tomem as rédeas de suas experiências, podendo se expressar e dizer o que querem, o que consideram melhor para si. O protagonismo é valorizado, dentre outros motivos, por empoderar a mulher e proporcionar maior satisfação com a experiência:

A gente sente isso de mulheres que tiveram seu primeiro filho através de operação cesariana, quando têm um parto normal, a gente percebe a diferença que é com relação a ela se sentir melhor, mais capaz... Não que ela seja uma mulher melhor do que outra

que acabou não tendo essa oportunidade, mas que ela se sinta realmente protagonista, isso dá uma satisfação para ela muito interessante. (BRENO)

No entanto, nota-se que esse chamado “protagonismo” parece só caber quando a paciente opta pelas mesmas coisas em que o profissional acredita. E se elas optassem por algo contra-indicado pelas evidências científicas? Uma mulher que opta, conscientemente e de maneira bem informada, por uma cesariana eletiva seria menos protagonista de seu parto?

De qualquer maneira parece haver uma divisão de responsabilidades estabelecida na relação entre esses profissionais e suas pacientes, o que acaba por gerar na mulher a sensação de estar no comando do processo, como Tânia expressa bem: *“Eu coloquei as pernas pra fora, o auxiliar segurava um pé, a médica o outro, eu segurava na borda, quando passava a contração eu colocava a perna de volta na banheira e quando eu vi eu estava comandando o pessoal, a contração vinha e eu falava “pernas” para eles segurarem as pernas.”* (TÂNIA)

No entanto, não se estabelece uma relação de disputa, de definir quem está ou não no comando. Os profissionais em questão estavam fazendo o trabalho deles, que era fazer o melhor pela paciente, dar a ela o que ela precisava, o que nesse caso poderia ser dar a ela esse comando.

Dentro deste modelo, a paciente que dá trabalho é aquela que não se encaixa, que não está conectada com o parto, aquela que quer cesariana eletiva, que joga no profissional a responsabilidade pelo atendimento, que não quer se informar, muito desesperada, muito assustada. Novamente apresenta-se uma semelhança entre a visão dos dois grupos de profissionais, os típicos querem uma paciente que aceite as coisas que eles falam e cumpra o combinado, mas também não querem que joguem tudo na costas deles, e não querem uma paciente que não quer se informar, desesperada e assustada. Os típicos também disseram ter dificuldade com a paciente da cesárea eletiva. A diferença é que os atípicos dão mais condição para que elas sejam assim.

Hoje em dia no privado, para uma mulher ter um bebê com ela sendo centro da história, ela precisa pagar muito bem, não basta só ter vontade, ela precisa ter vontade e dinheiro. E aí ela vai, ela escolhe e tem todo um trato e mesmo nesta área eu vejo as mulheres muitas vezes reproduzindo um modelo que foi montado pelo equipe e ela só se encaixa ali e se ela não se encaixa essa mulher é mais chatinha, ela não estava preparada, enfim, há uma lista de frases feitas para justificar o insucesso desse outro modelo em alguns momentos, o que eu acho também muito grave, mas tem diferença, porque a maioria delas, 95% dessas mulheres têm o parto que escolheram. (SHEILA)

Assim como os profissionais típicos parecem enfrentar dificuldades com aquelas pacientes que não se encaixam no modelo que eles preconizam, de maior submissão, de não busca de informação, entre outras coisas, parece haver uma dificuldade por parte dos profissionais atípicos em lidar com aquelas mulheres mais despreparadas, menos decididas e que buscam a passividade e que podem desejar uma cesariana de rotina, por exemplo. Tanto nos casos típicos, quanto nos atípicos a paciente que dá trabalho é aquela que não se encaixa naquilo que o profissional defende e acredita, independente do teor dessas crenças e valores.

Há também, como nos típicos, a idéia de que no setor público as pacientes são mais difíceis, já que há mais despreparo no pré-natal e por não terem opção de uso de analgesia, podem sofrer com o excesso de dor.

Para que os profissionais fiquem satisfeitos com o parto acham importante que a mãe tenha boas condições emocionais para prover um bom colo para o bebê, que a mulher fique satisfeita, que todos estejam felizes no final, que a mulher seja protagonista, que tenha parido da maneira que julgou a mais conveniente, com liberdade, sem ficar presa a protocolos hospitalares, com práticas baseadas em evidências científicas. Que o bebê seja trazido como resultado, não importa o meio e que haja respeito. A satisfação da mulher com relação ao parto é mais vista como importante pelo integrantes deste grupo do que do grupo anterior.

Quanto ao papel dos profissionais no parto, os entrevistados acham importante que eles sejam honestos com tudo o que envolve o parto, falando uma linguagem clara, informando a paciente, em especial no pré-natal, que falem pouco para não falar bobagem, mantenham a calma e tenham um bom conhecimento técnico-científico. Também consideraram bons comportamentos considerar o outro, ser afetivo e empático com as necessidades da mulher, escutá-la, acolher, tocar com carinho e dar espaço para os maridos.

Consideram que o profissional atrapalha quando faz procedimentos desnecessários, age de maneira autoritária e paternalista. A diferença entre os serviços público e privado também aparece com relação à postura que o profissional adota frente às pacientes. José Luiz ressalta a disputa de egos no setor privado, ficando em último lugar o interesse da paciente. Danilo acha mais difícil haver harmonia entre os profissionais no setor público. Sheila discorre menciona outro aspecto:

Quando alguém incomoda o profissional no meio da madrugada é uma alegria porque ele conta que dinheiro vai entrar na conta, mas se alguém chega no plantão, pelo qual o profissional é pago mensalmente, há alguns que agem como se o único objetivo daquela pessoa fosse atrapalhar o descanso deles.

Este grupo de profissionais tem uma visão bastante diversa do grupo anterior com relação à satisfação no parto: todos consideraram que o parto pode envolver alguma forma de prazer. Alguns preferem o termo prazer ao orgasmo, mas a maioria não desvincula o parto de uma experiência sexual, *“A gente tem essa história muito mal parada, é um descolamento do parto como um evento apoteótico da sexualidade, porque a gente descola, é como se isso não tivesse nada a ver com aquilo.”* (SHEILA)

Há, no entanto, a idéia de que para que o parto possa ser vivido como uma experiência prazerosa, como um orgasmo, é necessário que a mulher esteja psicologicamente preparada para isso, já que ainda a idéia do parto e toda a nomenclatura que o envolve estão mais voltados para a idéia de dor e sofrimento do

que de prazer, *“Elas ouvem falar, mas não estão preparadas para isso, porque quando o parto dói pouco 100% delas falam “mas é só isso”, elas sempre se preparam para o pior, então eu acho que tem naturalmente um bloqueio para que isso possa ser uma experiência de prazer.”* (DANILO)

Estamos falando aqui de dois modelos distintos de pensar a atenção ao parto. Enquanto os profissionais típicos defendem o modelo de que a mulher é incapaz de tomar suas decisões, de que seu corpo é imperfeito, e que, portanto, precisa da tutela médica e de o máximo de intervenções, os profissionais atípicos desconstruem esse modelo e propõem outro discurso, em que o corpo não é ameaçador e as pacientes podem ocupar o centro de seus processos de parto.

Como vimos, há uma idéia presente na Medicina de que a natureza é ameaçadora, incontrolável (ROHDEN, 2001), idéia esta que é bastante presente quando se trata do parto. Os profissionais típicos lançam mão da tecnologia e intervenções para conter essa natureza. Por outro lado os atípicos sentem-se capazes de conter essa natureza incontrolável sem o uso da tecnologia, lançando mão de um discurso onde o corpo e natureza são valorizados.

É uma visão mais liberadora, mas que também pode facilmente cair no fundamentalismo, e quando isso acontece a possibilidade de protagonismo é vetada. José Luiz e Sheila mostram essa idéia ao fazer uma crítica aos grupos de “apoio” às gestantes e puérperas na Internet. Ambos defendem que há pouco espaço para aquilo que não está dentro do que aquela determinada cartilha preconiza; tudo que saia daquilo considerado bom é tratado como inferior. Seguem duas falas que ilustram bem esta questão:

“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’.” (JOSÉ LUIZ)

“Porque boa parte dos grupos ditos de apoio apóiam apenas aquilo que dá super certo e que está de acordo, de A a Z com a cartilha que eles publicaram. Qualquer mulher que saia um pouco daquilo ela já não serve, é quase uma mulher de segunda categoria.” (SHEILA)

Esses mesmos profissionais apontam a necessidade de que a mulher relativize essa situação e seja mais generosa consigo mesma, não se exigindo performances perfeitas.

4.2. O profissional típico e a negação das evidências científicas

Como falamos anteriormente, a medicina apresenta uma visão de mundo que favorece a tecnologia em detrimento da natureza e que propõe uma descrição do corpo muito marcada pelo viés de gênero. O corpo não merece confiança, deve ser tutelado e corrigido. Há a crença de que o parto normal, mesmo sem quaisquer complicações, deforma, traz prejuízos sexuais (alargamento, incontinência), causa uma dor insuportável (exigindo anestesia) e que é arriscado para o bebê, trazendo risco de hipóxia e comprometimentos neurológicos decorrentes disso. Porém tais conceitos não são baseados em evidências científicas (ver recomendações para o parto normal da OMS, anexas).

Essa crença parece ser compartilhada pela grande maioria dos médicos. Em texto veiculado pela IEES (Instituto de Estudos da Saúde Suplementar) sobre as políticas de incentivo ao parto normal, CECHIN (2008, p.8) denota bem as idéias por trás do modelo de assistência vigente, deixando claro uma hierarquia entre os produtos “parto normal” e “cesárea” sendo o segundo superior nessa hierarquia:

O empenho desses órgãos [operadoras de plano de saúde em conjunto com a ANS] será plenamente justificado se for maior o

risco da cesariana tanto para as mães quanto para as crianças. Entretanto, esse maior risco ainda não está bem consolidado na literatura médica. O custo maior do parto cesariano (considerados todos os custos) também pode justificar a política pública de redução dessas taxas para o SUS, que é muito carente de recursos. Mas o maior custo justificaria por si só também uma política de redução dos partos cesarianos para os planos de saúde? Parece que não, pois são os próprios beneficiários que arcam com os maiores custos e não a coletividade. (...) Além disso, há a questão do maior conforto, tanto para as mães quanto para os médicos, do parto cesariano. Assim, a maior taxa de cesariana entre as mulheres com plano de saúde pode ser justificada pela opção das mesmas – induzidas ou não pelo profissional. Em não sendo superiores os riscos para a saúde da parturiente e da criança não parece razoável uma política pública voltada para a redução dos partos cesarianos realizados pelos planos de saúde.

Apesar das claras evidências da superioridade dos resultados maternos e neonatais do parto normal, o setor privado defende o oposto. Mesmo os setores mais críticos entre os médicos afirmam esse paradoxo de forma bastante honesta: *“Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra.”* (MARTINS-COSTA, 2005)

A medicina baseada em evidências, apropriada pelo movimento de mulheres e profissionais pelo parto natural, vem desconstruir esse modelo do “parto como patologia” (DINIZ, 1997). O corpo não é ameaçador, é capaz e, portanto, não requer, na grande maioria das vezes, intervenções. Tira, portanto, o profissional do lugar de detentor único do saber e a mulher do lugar de frágil que precisa ser salva. Talvez por isso a grande resistência em aceitar este outro paradigma.

Os profissionais típicos entrevistados relatam bem essa dificuldade. Ou eles se referem às evidências como controversas quando é de seu interesse; Ou mesmo quando as consideram proscritas, afirmam fazer o que não é indicado, como veremos a seguir.

Ocitocina

Todos consideram que o uso da ocitocina é bom quando o parto está lento, que acelera, ajuda a coordenar e dar ritmo. Os aspectos negativos foram atribuídos apenas ao mau uso da ocitocina, como aplicação em dosagem errada. Não foi colocada a questão do aumento da dor.

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. (HELOISA)

Fórceps

Os profissionais defendem o fórceps de alívio no período expulsivo, mas acham que poucas pessoas sabem usá-lo e sua má administração pode causar lesões graves.

Ou quando chega no período expulsivo, ele está na posição adequada, mas a mãe está com analgesia, ela não quer mais fazer força, ou não consegue fazer força e o neném fica lá embaixo, então ela força e não consegue e o neném fica naquele vai e volta e o que acontece? Ele ficou em um período expulsivo prolongado, mais de 30 minutos, ele pode entrar em sofrimento no trabalho de parto, então pode utilizar o fórceps para aliviar o período expulsivo para promover um alívio materno-fetal. (DIMITRI)

Episiotomia

Três profissionais disseram ser bastante adeptos do uso da episiotomia, em especial para primigestas. Outros fazem indicação de episiotomia quando o bebê não consegue passar pelo canal de parto, quando o períneo não é maleável, quando o bebê é grande, para evitar risco de lesão de esfíncter retal e para abreviar o período expulsivo.

A única desvantagem apresentada foi dor no pós-operatório. Alguns entrevistados consideram que ela não deve ser feita de rotina, mas *“só dá para saber na hora”*.

Particularmente sou muito adepto da episiotomia. Eu trabalho em alguns hospitais em que a obstetrix faz o parto e a enfermagem tem uma história que... Até tem trabalhos que mostram que a episio piora, eu tenho uma opinião, isso é particular meu, na minha opinião episio em primigesta tem que ser feito em quase todas. Isso daí nos hospitais é briga eterna. Eu particularmente gosto de fazer em quase todas. (BERNARDO)

A episiotomia é uma situação em que é minha opinião, e não é baseada em literatura, em evidência científica, até porque não existe um consenso na literatura médica. A minha impressão quanto à episiotomia é que ela é interessante, ela ajuda, é favorável, é benéfica para a gestante. Eu acho que ela diminui o grau de lesão para o assoalho pélvico, da musculatura que participam dessa movimentação pélvica, elas são menos lesadas quando é feita a episiotomia. É minha impressão. (ALLAN)

Kristeller

Os entrevistados sabem que esta manobra é proscrita (não deve ser feita, pois é muito arriscada), no entanto, cinco deles disseram que costumam vê-la sendo feita com frequência e três ressaltaram vantagens em seu uso, foram elas:

“Aí não, o problema é que pode comprometer tanto o bebê quanto a mulher, pode romper algum órgão. O pessoal faz, eu também já fiz. Na verdade quase sempre faz, apesar de não ser indicado.” (NAIR);

“A manobra de kristeller, eu acho que é necessária, igual o fórceps, é uma coisa que eu acho que tem que ser feita, mas eu não sei se... alguns casos... na verdade, na medicina o Kristeller é proscrito, pelo risco de trauma, pelo risco de rotura. Tem paciente com história de rotura de baço.” (WILLIAM);

“Então, você tem todos os riscos, mas eu acho que muitas das vezes ela é válida. Eu sei que é contra-indicado, os livros mostram, mas isso é opinião particular minha. Eu acho que muitas das vezes ela salva o bebê.” (BERNARDO)

Direito ao acompanhante de livre escolha da mulher

Quatro entrevistados se disseram a favor deste direito, e três mostraram-se divididos, acham que dependendo de quem é o acompanhante pode atrapalhar. Eles trazem idéias de quem seriam os bons ou maus acompanhantes. Uma acha que a mãe atrapalha; Outro acha que tem de ser uma mulher mais velha que já teve parto normal e há, ainda, quem tenha preferência pela presença do marido.

“Eu acho a mãe da paciente e o marido podem assistir. Eu acho que são os mais preparados pra isso, mas às vezes assim, uma vizinha nunca viu um parto e quer ver, não faz o menor sentido.” (BERNARDO)

Como diz o termo da lei, o acompanhante é de “livre escolha” da mulher e isso parece ser pouco levado em consideração. A mulher tem o direito de escolher quem ela acha que deva estar com ela naquele momento. Às vezes a presença de um marido com quem ela não se dá bem, ou de uma mãe violenta, por exemplo, podem ser bastante perturbadores.

Anestesia

Fazendo uma leitura atenta deste trabalho podemos perceber que muitas intervenções foram justificadas pelo uso da anestesia. Usa-se o fórceps para acelerar um parto em que, pelo uso da anestesia, a mulher não consegue mais fazer força. A mesma coisa se dá com a manobra de Kristeller. Os profissionais parecem só ver o lado bom da anestesia: a ausência de dor no momento do parto. Por outro lado ela pode exigir a prática de mais procedimentos invasivos: a peridural dá conforto emocional para os profissionais para eles poderem intervir. Gera-se então uma

cascata de intervenções bem descrita na fala de Guilhermina, *“tomei a ráqui, aquela que dá na coluna. Só que assim, ele induziu para dar... Deu um negócio na veia, um sorinho, para estimular a contração, para dar mais forte, daí foi dando, mas assim, tudo monitorado e tal. Mas eu não fui sentindo muita dor.”*

Quando perguntados sobre qual consideram o melhor manejo da dor no parto, seis profissionais se disseram a favor da anestesia, como ráqui e peridural, apenas um disse sentir falta de métodos alternativos de alívio da dor como banheira de imersão.

Os profissionais atípicos, por outro lado, procuram evitar a anestesia e utilizá-la como último recurso:

Sempre, isso a gente faz sempre, em todas as pacientes. Mesmo que ela peça analgesia de cara a gente tenta outros métodos, tenta a banheira um pouco, espera umas três contrações para ver se melhora. Às vezes ela entra, tinha pedido analgesia, entra na água e melhora e para outras mesmo assim não resolve, daí o último passo é a analgesia. (ODETE)

Cesariana eletiva

O que vemos nas entrevistas é uma supervalorização dos benefícios da cesariana e subestimação dos riscos apresentados pelos médicos. Apenas dois profissionais disseram que a cesariana feita de forma eletiva não apresenta vantagens. Para os outros ela é menos traumática por ter menos dor e ser mais rápida, diminuir o risco de incontinência urinária e rotura de períneo. Há quem a considere mais saudável para o bebê e que diminua o risco de hipóxia. As desvantagens apresentadas são os riscos cirúrgicos e são contra-indicadas para mulheres que querem ter muitos filhos.

O parto normal, por sua vez, no discurso deles, é algo que pode ser perigoso, dolorido e que na medida do possível deve ser evitado. Apesar de apontarem o fato de a recuperação do parto normal ser mais tranqüila para a mãe e de o bebê nascer em melhores condições, eles atribuem ao parto normal um maior risco de lesões no assoalho pélvico, maior prólapso genital e incontinência urinária e complicações a

longo prazo. Para o bebê dois deles apontam maior risco de hipóxia, consideram as possíveis complicações piores do que da cesárea. Vale ressaltar que eles relacionam experiências ruins de parto normal, na maioria das vezes, ao setor público.

Isso é minha opinião, mas não é nada comprovado, é uma polêmica mundial. Minha impressão, minha opinião particular baseada basicamente na minha experiência, na minha vivência. Para um feto eu acho que existe um risco um pouco maior no parto normal. Durante o trabalho de parto e parto normal, eu acho que existe um risco discretamente maior desse feto ter alguma complicação, uma hipóxia neonatal durante o trabalho de parto. (ALLAN)

Um dos entrevistados associa ainda um maior risco por danos causados pelo fórceps e episiotomia, ou seja, as intervenções não são colocadas em pauta e sim o parto normal.

Na verdade assim, o parto normal tem que ser muito normal, como o próprio nome diz e geralmente, na maioria dos casos, ele nem chega a ser normal, ele é vaginal. Geralmente é um trabalho de parto prolongado, com sofrimento, principalmente em hospital público, não tem analgesia, os pacientes sofrem com dor. Depois do parto tem uma tendência a prolapso genital, incontinência urinária, uma tendência maior do que para as pacientes com cesárea. Durante o trabalho de parto tem mais tendência ao sofrimento fetal, tem vários fatores que eu acho que a cesárea... Uma cesárea bem indicada, bem feita, bem realizada, tem vários fatores que fazem a cesárea se sobrepor ao parto normal. (HELOISA)

Parece haver um conflito de interesses que justifica esse excesso de intervenções. O tempo do profissional é valioso e, como costumamos dizer, *tempo é dinheiro*. Assim, há um interesse financeiro em acelerar o parto; isso importa mais do que pensar se aquela intervenção será ou não benéfica para a paciente. Há uma hierarquia de tempo, o tempo do profissional é mais valioso do que o da paciente, portanto justifica-se a cesariana agendada, a indução com ocitocina a abreviação do parto com o fórceps, episiotomia e a manobra de Kristeller.

Eu costumo brincar com as mães que o parto normal é bom para a mãe, para o bebê e é ruim só para o obstetra. O obstetra fica lá horas e horas acompanhando a paciente, fazendo os controles, tem

que ficar do lado, faz parte da analgesia do parto, tem que ficar acompanhando os sinais vitais, fazendo toda uma monitoração fetal, dos sinais maternos e fetais. É um processo que pode demorar 6, 8, 10, 12 horas, dependendo do caso. Então para o obstetra é uma coisa um tanto desgastante, mas eu gosto muito de acompanhar trabalho de parto e fazer parto normal. (DIMITRI)

Há uma contradição na fala de Dimitri, que parece apontar para um discurso “politicamente correto”; o profissional não se sentiria autorizado a dizer que então é porque é mais prático que ele opta por fazer cesarianas.

Além disso, a formação médica tem papel importante na manutenção dessa relação de gênero. Boa parte dos entrevistados formou-se na mesma Universidade, uma das mais conceituadas do Brasil, onde aparentemente a medicina baseada em evidências não tem estado na agenda de estudos. É uma formação que propõe uma comunicação unilateral e prescritiva em que o paciente não tem nenhuma autoridade para decidir sobre seu próprio corpo. E essa não é uma questão recente, Breno, formado há 31 anos disse:

“Eu sou de uma época que meus professores falavam algumas coisas para o paciente e não davam direito de resposta, então quando o paciente argumentava alguma coisa ele contra-argumentava e dizia ‘quem estudou aqui fui eu, eu sei das coisas’.” (BRENO)

4.3. Comunicação entre profissionais e pacientes

A comunicação entre profissionais e pacientes parece ser a questão central que molda as expectativas das mulheres com relação ao parto e o nível de conhecimento que terão sobre ele.

Iremos traçar um breve panorama de como essa informação é passada para as pacientes nos diferentes grupos e no que isso implica com relação à qualidade de suas experiências de parto.

Comunicação entre profissionais e pacientes típicos

Parece haver um bloqueio à comunicação neste grupo. As pacientes não perguntam, os médicos não respondem e todos saem satisfeitos, como se houvesse uma conspiração do silêncio.

Na verdade ela nem discutiu isso comigo, ela não perguntou o que eu achava, eu também não perguntei. O corte também ela falou que é uma coisa mais da hora, mas a gente também nem discutiu. Eu acho assim, eu tenho muita confiança nela, o que ela tivesse que fazer ela ia fazer, entendeu? Então eu também não falei se queria o corte ou não queria o corte. Isso é uma coisa que eu acho que a médica tem que decidir, eu acho que é uma coisa que a gente não tem... Eu sou leiga total, então eu não tenho nem como opinar, o que é bom, o que é melhor, o que não é. Então eu acho que se ela falasse para mim eu ia concordar de qualquer jeito. (CAROLINA)

No serviço público eles alegam não discutirem nada com as pacientes. Já no privado há uma crença de que a mulher escolhe a via de parto que terá, mas o que percebemos é, novamente, um discurso que superestima os riscos do parto normal. Normalmente esse risco é colocado para o bebê, de que ele entrará em sofrimento fetal se não fizerem a cesariana, e qualquer mulher, principalmente as menos informadas, tem poucas condições de criticar essa informação ou contradizer o médico.

Tem médicos que até deixam passar mais uma ou duas semanas, mas ela não, ela é bem radical, porque ela acha que o bebê pode começar a correr algum risco. E no dia que completou 40 semanas eu fui fazer um exame e deu que a placenta já estava grau 2, o líquido da placenta já estava envelhecido e ele poderia começar a sofrer um pouco com isso e eu não tive nenhum... Nada de trabalho de parto, nada de contração, nada de dilatação, não rompeu minha bolsa, não aconteceu nada. Daí nesse mesmo dia que eu fiz o exame eu fui para o consultório dela, daí ela me

examinou e viu que não tinha nada de dilatação mesmo e daí ela falou que não daria para esperar, que de lá eu já ia direto para o hospital e por isso que foi cesárea. Ela falou que ela até pensaria em induzir, mas como eu não tinha nada de dilatação e a placenta estava envelhecendo, ela falou que eu poderia demorar muitas horas e o bebê ficar em sofrimento, então por isso ela resolveu optar pela cesárea. (FERNANDA)

Uma pesquisa mostrou que a maioria das mulheres opta inicialmente por ter parto normal (DIAS, 2001). Este dado também apareceu em nossa pesquisa. De sete entrevistadas típicas seis optaram inicialmente pelo parto normal; dentre elas apenas duas o tiveram. É difícil estimar quantas dessas indicações foram inapropriadas e não é esse o propósito deste trabalho. O fato de elas não terem tido a via de parto inicialmente desejada não foi necessariamente motivo de descontentamento; muitas pareceram convencidas de que foi a melhor decisão.

Quando a informação é baseada apenas no que o médico passa no pré-natal o risco de viés aumenta muito. Os profissionais defendem que a paciente esteja bem orientada para que ela contribua mais com o parto, mas que tipo de orientação eles querem que elas tenham? Tantos nos casos típicos quanto nos atípicos interessa que sejam informações condizentes com as linhas de pensamento deles, a fala seguinte de Dimitri mostra isso de forma bastante clara:

A paciente em primeiro lugar tem que estar muito bem orientada, porque toda paciente que está muito bem orientada e bem informada, seja pelo obstetra, seja pela enfermeira, ou seja pela família ou quem for, uma paciente que está bem informada é uma paciente mais segura, mais tranqüila. Ou seja, ela não tem medo da dor, não tem medo da medicação, não tem medo do soro, da anestesia, do médico.

A informação que ele quer passar neste caso é: esteja preparada para tomar medicação, ocitocina e anestesia. A possibilidade de não intervenção nem é posta. Há a construção, nesses casos, de uma relação entre paciente e profissional baseada apenas na confiança de que o que ele fala e faz é certo:

É óbvio que tem que discutir certas coisas, mas você tem que confiar e saber que o médico quer o melhor pra você. E eu já conheço ela há muito tempo e eu já confio no que ela me fala. E isso eu tenho e acho que é importante você ter confiança no seu médico. Eu acho que é a coisa mais importante, daí você sabe que ele vai fazer o melhor para você. (CAROLINA)

Comunicação entre profissionais e pacientes atípicos

A relação proposta pelos profissionais e pacientes atípicos difere da dos típicos principalmente em um aspecto, o do protagonismo da paciente, a paciente tem voz. A comunicação não é unilateral como no grupo anterior, há uma negociação entre o que a paciente quer e o que o profissional defende e acredita ser melhor para ela. Há uma confiança de que essa mulher também tem um saber importante e que precisa ser colocado.

Então ela coloca lá no plano de parto, que seriam preferências para aquele trabalho de parto, parto e nascimento, o não uso da anestesia, a não ser que ela pedisse, então ela está assumindo para ela o compromisso de “não me ofereçam anestesia, analgésicos”, como elas colocam no plano de parto, mas se ela julgar pertinente ela vai pedir, então elas colocam para si a responsabilidade de uma possível complicação da anestesia, caso ela ocorra. (BRENO)

Vale ressaltar que há, sim, uma divisão de responsabilidades, que não isenta o profissional (como parece querer Breno) da responsabilidade sobre o que ocorre no parto; mas ainda que haja complicações, a paciente foi informada dos riscos de suas escolhas.

Tânia conta sua impressão sobre sua primeira consulta com uma médica atípica:

Com ela foi tudo diferente, pra começar ela sentou de frente pra gente, sem mesa entre a gente e ela já falou “então, o que você quer saber?” eu falei um pouco e ela já começou a perguntar se eu já tinha pensado na opção de não fazer anestesia, eu perguntei se dava, ela falou que tinha outras opções de alívio da dor, água quente, chuveiro, umas coisas que eu nem fazia idéia que existiam. E ela “e você pensa em levar uma doula? É bom, vai te

ajudar muito, por causa disso e daquilo.” E eu perguntei onde ia ser, porque eu era muito curiosa para saber dessa sala do delivery e pro outro médico eu tinha perguntado e ele disse que era uma sala como outra qualquer, só mudava a decoração. Ela me explicou que tinha chuveiro, banheira, a bola, ela falou até que eu tinha a opção de ter o parto na água e eu falei “nossa, como assim?” para mim era muito exótico. E foi um bate papo muito bacana. Eu saí de lá com dois livros para ler, me emprestou dois vídeos, um foi “O dia de nascer”, da Naoli e eu assisti com meu marido e chorei tanto, fiquei super emocionada.

O profissional nesse caso assume o papel de “professor”; é do interesse dele que a paciente se informe sobre práticas baseadas em evidências e sobre suas possibilidades no parto para que possam tomar uma decisão conjunta.

Há também uma fala tranquilizadora, semelhante ao “deixa acontecer” das típicas, mas que adota outro caráter. Não é um “não pense nisso”, mas um “fica tranqüila” acompanhado por informações que baseiam a justificativa para que a paciente não se preocupe:

Mas ela sempre falou, “confia, porque você tem 90% de chance de não precisar de nada, então confia nesses 90% e relaxa. Ela sempre teve uma conduta assim, “não se preocupa, fica tranqüila”, porque a mente influencia muito. Ela nunca quis me deixar preocupada, ela me falava o que podia acontecer, mas dizia que quase nunca acontecia. (RUTH)

Há uma grande diferença de postura quanto à busca de informação para basear suas decisões nos dois grupos. As típicas ficaram mais passivas, esclarecendo suas dúvidas (quando havia dúvidas) com seus médicos no pré-natal. Três entrevistadas buscaram informações adicionais, na Internet e em cursos.

Eu não sei, eu acho que eu nunca tive nenhuma dúvida. Eu não sei se porque eu também sou da área da saúde, mas eu não sei, eu não tive nenhuma dúvida para perguntar e se ele me falou alguma coisa... Como uma rotina do pré-natal... Ele deve ter falado sim, porque ele é meio minucioso nessas coisas, mas eu não me lembro. (JULIA)

A busca por informações não pareceu ser uma questão importante para elas; a posição de submissão ao dizer do outro parece trazer certo conforto para algumas mulheres: *“Mas ela me deixou tranqüila no sentido de deixa acontecer. Não fica nervosa pensando qual tipo de parto que vai ser. Vai chegar na hora pode ser que você tenha parto normal, ou que tente e não consiga e tenha que fazer cesárea. Então eu parei de pensar, deixa acontecer, o que será, será.”* (KELLY)

Por outro lado as pacientes atípicas tiveram uma preocupação muito grande em buscar informações. Todas procuraram informações adicionais àquelas dadas pelos profissionais que as atenderam, através de livros, listas de discussões na Internet, cursos e com amigos e familiares.

Eu comecei a pesquisar e pensava que o parto na água devia ser menos traumático para o bebê, porque ele sai da água para a água, eu achava que isso seria bacana. E eu comecei a pesquisar e vi que um parto sem drogas seria bacana para não ter droga para o bebê, eu não queria anestesia nem nada disso, justo para não prejudicar o bebê. Não é que eu acho legal sentir dor, era por ele mesmo. E daí eu comecei a me informar e ler sobre essa coisa de você ter o protagonismo do processo ser um fator que minimiza a possibilidade de ter uma depressão pós-parto. Então eu quis correr atrás desse tipo de coisa, eu achei que seria uma boa idéia eu me esforçar para não ter uma depressão. Todos os fatores que pudessem contribuir para a minha saúde e para a saúde dele eu quis correr atrás. (RUTH)

Houve uma preocupação ainda em buscar informações referentes aos profissionais que as atenderam, como quais eram suas taxas de cesariana, e buscaram contato com mulheres que já haviam tido parto com eles. Quando insatisfeitas com os profissionais, por considerarem que eles não atenderiam às suas expectativas, fizeram mudanças. Três delas mudaram de médico ao longo da gestação, sendo que duas o fizeram com 34 e 36 semanas de gestação. Houve também um caso em que a entrevistada não ficou satisfeita com nenhum médico com quem fez pré-natal e acabou optando por ter seu parto em uma casa de parto pública, apesar de ter convênio de saúde.

Assim como nos casos típicos, confiança também é fator importante na relação entre profissionais e pacientes atípicos. Todavia, essa fé é menos cega. Há a necessidade de entrega por parte da paciente e de que ela se sinta segura com o profissional que a atende, mas essa confiança é baseada em acordos mútuos em que a paciente também tem voz e participa das decisões.

A desconfiança nesses casos acabou por acarretar na mudança do profissional, ainda que em estágios avançados da gestação. Essa mudança de profissional pode ter sido desencadeada porque a pessoa não achou abertura para negociação do que ela queria; o que ela queria não podia ser verbalizado. É uma mudança em busca de satisfação:

Eu perguntava do parto e ele falava “o que você quer saber?”, eu falava que queria saber como ia ser e ele “você não tem que se preocupar com isso, tá muito cedo ainda.” Eu perguntava se estava tudo bem para ter parto normal e ele dizia que sim. Como eu cheguei falando que queria parto normal ele nem explicou nada de cesariana, falou que o normal era melhor e ponto, ele era muito lacônico, sempre respondia muito breve. E eu até achava bom que ele era na dele e não ficava falando coisa que não tinha a ver, eu gostava até de ele ser calado porque ele não falava besteira. Tudo ele respondia “mas está muito longe, não se preocupe com isso agora, a gente vai ver no decorrer da gestação” e ele falava “o que mais a senhora quer saber?” e com isso eu travava, porque não era uma coisa pontual, eu queria saber tudo. (...) Isso parecia mais um “estou com pressa, seja objetiva ou vá embora”, ele não dava abertura para saber se eu estava com medo ou preocupada. (...) Eu perguntei se dava para fazer parto sem analgesia e ele falou “hoje em dia não existe parto sem analgesia”, só respondeu isso. “E episiotomia?”, ele falou “faço, faço de rotina, porque senão o que pode acontecer é que com o esforço você vai ter uma ruptura da vagina até o ânus e a episiotomia é um corte controlado mais fácil de suturar”, daí eu já fiquei meio assim e ele também. Meu marido perguntou, eu não tinha coragem, ele falou “qual sua taxa de cesárea?” daí ele falou que hoje em dias as mulheres preferem agendar a cesariana, é mais conveniente porque as mulheres trabalham e não podem ficar esperando, na vida moderna é tudo planejado, para ter a família perto, mas não falou a taxa. Meu marido repetiu a pergunta e eu suava, só queria sair de lá correndo, ele não falou. (TANIA)

São mulheres que resistem mais a serem colocadas na posição passiva, que estranham esse lugar. A mesma frase “não se preocupa com isso”, que tranquiliza e relaxa a paciente típica, soa como ofensa para a atípica:

Ah, e teve uma frase dele que foi péssima também, que coroou, ele falou “por que você está tão preocupada com o parto? Eu acho que você devia se preocupar com a decoração do quarto, com as roupas do bebê, deixa que do parto cuide eu”. Me pareceu aquela coisa machista de quando você está no trânsito e falam “Dona Maria, vai lavar roupa no tanque”, sabe? Como se a mulher não pudesse estar inserida nessas coisas, ainda mais em um evento desses que é da mulher. Agora eu já estou mais envolvida e já estou com um discurso mais politizado, mas na época me causou uma estranheza, detestei isso. (TANIA)

Além disso, as pacientes atípicas têm uma relação diferente com a tecnologia, valorizam o aspecto natural do parto e não acreditam que quanto mais tecnologia houver, melhor o atendimento oferecido.

Co-responsabilidade, versus expropriação da autonomia.

Há uma idéia de que no setor privado a paciente tem a palavra final sobre a escolha de sua via de parto e que no setor público a palavra final é do médico: “*A indução indevida pelo profissional deve ser combatida. Mas assume-se que as mulheres que têm plano de saúde são menos suscetíveis dessa indução por terem maior grau de instrução e informação.*” (CECHIN, 2008, p.8)

O que notamos, no entanto, é que no SUS há uma dificuldade em lidar com a paciente que quer cesárea, já no setor privado o problema está na paciente que quer parto normal. São dois modelos estruturados de maneiras bastante distintas e pouco flexíveis. A chance de uma mulher ter uma cesárea no setor público, porém, é maior do que de ter um parto normal no setor privado.

É importante ressaltar que nenhum dos grupos de profissionais estudados faz uso de termo de consentimento informado com suas pacientes. Entre os profissionais atípicos foi argumentado que o consentimento informado é necessário para intervenções e o parto normal é um evento fisiológico. Apenas uma entrevistada achou que deveria usar para se proteger quando faz cesárea eletiva e dois disseram que o uso de termo de consentimento atrapalha a relação entre o médico e a paciente:

Eu acho que isso atrapalha a relação médico-paciente, ela confia no que estou falando e eu confio no que ela está dizendo. E eu não estou fazendo nada que seja um risco para a paciente. Eu não estou colocando em risco nada, eu estou seguindo o que é recomendado pela OMS, então eu não acho que cabe aí um consentimento informado, porque é uma coisa que vai fluir. Consentimento informado é uma coisa que tinha que ter para uma cesárea agendada, por exemplo. (ODETE)

A cesariana eletiva é uma prática contra-indicada pelas evidências científicas, por apresentar maior risco para mãe e bebê. Segundo Ferrari (2009), em sessão plenária realizada em 2008 no Rio de Janeiro, os conselheiros do *Cremerj* aprovaram parecer sobre o direito de a mulher escolher o tipo de parto que querará. No referido parecer concluíram que a cesariana eletiva será ética *“desde que a decisão seja compartilhada pelo médico/ equipe e paciente/família e esta for considerada a melhor opção, depois de esgotadas todas as alternativas relacionadas”*.

É imperativa a necessidade de que a paciente seja informada sobre os riscos e benefícios dessa decisão e é aí que o consentimento livre e esclarecido tem papel importante. De acordo com o Código de Ética Médica (2009), artigo 22, *“é vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”*.

4.4. Como são os profissionais que as pacientes querem

4.4.1 Pacientes típicas

Foram considerados bons tratamentos dados pelos profissionais: acolhimento pela equipe médica, ser tratada com carinho, gentileza, educação, equipe atenciosa, dar apoio e tranquilidade, segurar a mão, ficar conversando, explicando o que estavam fazendo. Enfermeiras no pós-parto foram consideradas uma escola, ensinaram a cuidar do bebê. Houve uma entrevistada que gostou do fato de ter sido cuidada quando passou mal durante o parto: *“Eu me senti muito acolhida pela equipe médica e isso eu achei muito legal, eu senti como se eles estivessem carinho por mim, estivessem cuidando de mim em um momento que estava muito, muito difícil.”* (CAROLINA).

“Foi muito bom, apesar de saberem que eu sou da área e que não precisavam ter me explicado nada, aquele tratamento psicológico diferenciado de ‘ah, mãezinha, é a primeira vez’ faz uma diferença na hora.” (ISABELA).

“A médica ficou conversando comigo. O anestesista também, foi muito bom, ficou conversando comigo o tempo todo. Me explicando o que ele estava fazendo, ‘olha, agora eu vou aplicar o medicamento para você dormir por 10 minutinhos’. Então eu acho que foi mais isso, mais os cuidados que as pessoas tiveram comigo.” (KELLY)

Quatro entrevistadas queixaram-se do atendimento dado pelas enfermeiras no pós-parto e uma do anestesista, que teria demorado muito para chegar. Duas entrevistadas não tiveram queixas.

O nenê estava mamando há quatro horas e nada, e eu com medo de ter uma hipoglicemia e “é normal”. Então enquanto eu não dei uma carteirada e falei, “não é normal, eu sou médica”, não

atenderam minha filha de forma adequada. Eu cheguei a cogitar “vai ter que convulsionar de hipoglicemia para vocês irem atrás de um médico”. Então eu achei isso ruim, eu imagino uma mulher que é leiga, ela teria passado um apuro feio. (ISABELA)

Todas disseram sentir confiança nos profissionais que as atenderam, elemento que consideraram essencial. Nesses casos a confiança no profissional se sobrepunha à necessidade de controle sobre o que estava sendo feito.

Controle [eu não senti que tinha] não, porque eu não via nada. Mas eu tinha confiança. Não senti “ah, o que eles estão fazendo comigo?”. Eu estava tranqüila. E o meu marido ia me contando. Eu senti cheiro de queimado e perguntei “que cheiro de queimado é esse?” e daí o meu marido falou é você, eles estão passando o bisturi. E aí eu acho que já vai cauterizando. Eu não tinha controle por não ver nada, mas também não tive medo. (KELLY)

Há uma valorização por parte deste grupo de relacionamentos baseados no afeto, no carinho. Uma das entrevistadas, quando questionada sobre bons exemplos de tratamento que lhe foram dados descreveu uma manobra de Kristeller feita pelo anestesista: “*E ficou a equipe toda em volta, o anestesista ficava fazendo força na minha barriga, empurrando o bebê para ele descer*” (CAROLINA). É curioso notar que se trata de uma manobra proscrita e que envolve riscos para mãe e bebê e, ainda assim, talvez pela falta de informação, foi vivida por esta mulher como algo bom, foi percebida como expressão de carinho e de cuidado.

Nenhuma das mulheres deste grupo considerou que foi tratada de maneira injusta. Nota-se que é um grupo pouco crítico. Relataram más experiências, sendo algumas delas aparentemente bastante sofridas, mas ainda assim não as classificaram como injustas.

Quando questionadas sobre seu papel no parto, sobre como poderiam contribuir para a qualidade do desfecho da experiência, disseram que é importante confiar na equipe e fazer o que eles pedem, bem como tirar dúvidas antes do parto, pois na hora do parto isso atrapalha a equipe. Não se pode ficar nervosa, ter medo nem expectativas negativas. É preciso estar bem informada e orientada.

Quanto ao papel dos profissionais, elas acreditam que eles devem tirar dúvidas, criar um ambiente tranquilo e explicar o que está acontecendo, passando confiança. Não podem se atrasar nem ficar nervosos e têm de ser bem humorados.

Mais uma vez vemos a postura que as pacientes típicas adotam frente a seus processos de parto, seu papel é confiar, não atrapalhar e não ter medo; o resto fica por conta dos profissionais. Parece interessante para elas que haja alguém assumindo todas as responsabilidades por elas.

4.4.2 Pacientes atípicas

Foram consideradas boas formas de tratamento: acolhimento, carinho, passar sentimento de segurança, de que o profissional a defenderia, respeito pelo tempo dela e do bebê, não ruptura do processo de parto com mudança de sala, manter uma expressão que indique que está tudo sob controle, basear-se em evidências científicas, incentivar a paciente e poder falar sobre seus medos. Assim como no grupo anterior, carinho e acolhimento são valorizados, mas não apenas isso; deve haver embasamento científico e incentivo ao protagonismo da paciente.

As entrevistadas apontaram como tratamentos ruins dados pelos profissionais que as atenderam: médico não explicar tudo e fazer intervenções ruins que acarretaram em cesárea, doula não a defender e depois dizer que o desfecho do parto poderia ter sido diferente, médicos no pré-natal receitarem medicações não indicadas, doula não realizar visita no pós-parto, dificuldade com a equipe de enfermagem no pós-parto, equipe essa que dava pouca atenção e era inconveniente. Apenas uma entrevistada não se queixou de nada.

Além disso, foram consideradas más formas de tratamento: enfermeira disse durante o trabalho de parto que o bebê estava em sofrimento, anestesista ofereceu anestesia sem que ela pedisse e ultrassonografista disse que o bebê não estava

encaixado. Estes são exemplos claros do “efeito nocebo” da comunicação, sendo consideradas “efeito nocebo” as reações danosas, prejudiciais, desagradáveis ou indesejadas.

Algumas entrevistadas relataram bem este efeito nocebo da comunicação, vivências de tratamento bastante danosas, em que a comunicação atuou como causadora de mal estar e sofrimento.

Ele estava com uma volta, uma volta só no pescoço. Daí a enfermeira chegou e eu estava com todos aqueles cardiotocos na barriga e ela falou “o bebê está sofrendo, eu vou ligar para o doutor”. Sabe assim, meio... Eu fiquei meio... Daí eu comecei a chorar, foi umas 3 horas antes de ele nascer. Daí eu comecei a chorar “meu, será que eu estou fazendo alguma coisa de errado? Eu idealizei tanto esse parto, que eu quero um parto normal, um parto natural, não é mais tão natural porque eu estou tomando ocitocina, mas tudo bem. Será que eu estou viajando?” (MIRIAM)

Eu sentia que estava tendo contração e a menina falava “não tá sentindo nada, não mostra aqui que você está tendo contração”, tipo a pressão tava elevada, porque estava em momento de contração, eu sabia e falei para ela “mas eu estava tendo uma contração”, “ah, mas na maquininha não estava” ela achava até que eu estava com pressão alta, talvez eu até estivesse por causa da raiva. (VERÔNICA)

Por outro lado há o efeito placebo, entendido como procedimento inerte, e que apresenta efeitos terapêuticos pela crença do paciente de que está sendo tratado. Desta forma podemos pensar nos efeitos da comunicação, mesmo que não seja via palavras, o quanto ela pode ser fortalecedora e por outro lado seu poder de desestabilizar. A comunicação adquire um caráter de cuidado, ações aparentemente irrelevantes adquiriram efeitos bastante positivos para as puérperas, como:

Era a minha opção, eu sabia dos meus riscos, eu sabia que isso tudo era uma possibilidade, mas durante as contrações e tudo, olhar para a cara dela era uma coisa impressionante, eu até brinquei com ela depois e falei “você é uma anestesia natural”, porque ela tinha uma cara de que estava no controle, que não tinha nada de errado acontecendo. (RUTH)

Seis entrevistadas disseram sentir confiança no profissional que as atenderam. Apenas uma, que havia passado por uma primeira experiência de parto ruim, ficou com medo da médica que a estava atendendo e não a deixava chegar perto, mas sentiu confiança na doula.

Duas puérperas deste grupo sentiram que foram tratadas de maneira injusta, uma queixou-se da demora para que levassem seu bebê para o quarto e outra sentiu que foi tratada com descaso na admissão. Enfermeira ao fazer cardiotoco dizia que ela não estava sentindo nada quando ela sentia contrações e depois considerou o mau atendimento das enfermeiras no pós-parto injusto. Parece haver uma maior crítica ao atendimento, ou elas se sentem autorizadas a reclamar.

Quanto ao papel das pacientes no parto, elas consideram que as pacientes contribuem para que a experiência de parto seja boa estando bem informadas, não aceitando tudo o que lhes é imposto; se a paciente não gostar de algo, deve se manifestar, não tendo vergonha de fazer o que o corpo pede, cuidando de sua saúde, se preparando emocionalmente, escolhendo bem o profissional.

Como no outro grupo, algumas das entrevistadas também se colocaram na relação com o profissional em uma posição de maior passividade, achando importante não ficarem muito nervosas porque isso contagia a equipe, tendo bom humor e disponibilidade para fazer o que o profissional pede, e se desligando de tudo e confiando que as pessoas em volta vão resolver tudo e ela não vai “precisar pensar”. Vale ressaltar que a mesma paciente que disse que é importante se desligar de tudo e confiar que as pessoas em volta vão resolver tudo foi a única que disse não ter sentido confiança na médica que a atendeu, ela sentiu como ruim a experiência de não poder confiar e se entregar.

No caso, autonomia não é estar no comando do parto o tempo todo, mas ser respeitada em seus desejos, ser ouvida e levada em consideração, o que não significa que sempre o que a paciente pedir poderá ser feito. Pode ser que a paciente não tenha o parto exatamente como queria, mas pode ter a assistência que queria se escolheu

uma pessoa em quem confia. O fato de a paciente ter dúvida se o profissional fez alguma intervenção porque precisava ou porque não respeitou o seu desejo pode ser um problema.

Para elas os profissionais contribuem para que a experiência de parto seja boa acolhendo, confortando, passando segurança e explicando o que está acontecendo, estimulando a pessoa a falar sobre o que tem medo, estando preocupado com a saúde mental da paciente, dando carinho e atenção. Também acham importante que ele cuide do ambiente e o torne acolhedor, que não fique interferindo a toda hora e nem faça nada sem perguntar e tendo consciência de que ele assiste o parto, mas quem o faz é a mãe. Além disso, elas valorizam consultas de pré-natal longas para esclarecer as dúvidas.

Percebemos que não só os profissionais atípicos colocam as pacientes em uma posição diferente da padrão, mas as pacientes atípicas fazem o mesmo com os médicos, estabelecendo uma relação diferente com eles: elas se colocam no centro do processo e eles aceitam e querem que elas fiquem nesse lugar.

4.5. Expectativas e satisfação no parto sob a perspectiva de puérperas

4.5.1 As pacientes típicas

Os medos e fantasias que surgiram nas entrevistas com as pacientes típicas durante a gestação, foram: problemas de saúde do bebê, medo da dor, de não saber quando estava em trabalho de parto e medo do parto normal, por achar que ele oferecia muitos riscos para o bebê e da cesárea pelos riscos cirúrgicos. Uma das

entrevistadas disse não ter tido nenhum medo. Os medos denotam bem o nível de informação que pacientes tinham e o que valorizavam mais na experiência.

Como expusemos, inicialmente seis das puérperas típicas queriam ter parto normal, por acharem que era melhor para mãe e bebê, mais tranqüilo, natural, por vir na hora em que o bebê está pronto e por apresentar uma melhor recuperação no pós-parto. Apenas uma delas optou inicialmente pela cesárea, por temer possíveis seqüelas neurológicas de um parto normal. Curiosamente esta parturiente é médica e, apesar de preferir a cesárea para si, achava que para suas pacientes o melhor parto era o parto normal.

Apesar desse desejo inicial, apenas duas das seis entrevistadas tiveram partos normais. Ainda assim, as quatro que não tiveram seus desejos iniciais realizados ficaram satisfeitas com seus partos. Três os avaliaram como melhores do que o esperado, pois não sentiram dor, e uma o avaliou igual ao esperado, porque disse que não tinha expectativas prévias: *“O primeiro eu não imaginava nada, então eu achei que foi ótimo, maravilhoso, até saí do parto falando ‘Nossa, pode ter cesárea porque não é nada’.* (JULIA)

Entre as duas que tiveram parto normal, uma o avaliou como melhor do que esperado porque “não sentiu nada” e a outra ficou dividida, considerando a dor pior do que esperava, mas achando gratificante ter passado pela experiência.

A única entrevistada que avaliou o parto como pior do que o esperado foi a médica que optou inicialmente pela cesariana, porque, apesar de ter tido o parto desejado, o bebê nasceu um mês antes do previsto e ela teve alergia aos pontos da cirurgia. A expectativa de via de parto, nestes casos, não influenciou a satisfação com a experiência. O fato de o parto ter sido indolor foi valorizado.

Daí a médica começou a conversar comigo e ela falou “agora vamos deitar”, “mas e a anestesia?”, “já foi”. Eu até brinquei na hora, “se parto for assim, eu vou ter uns dez”. Nossa, foi muito tranqüilo, eu não senti nada, não senti dor nenhuma, foi muito

tranquilo. Eu só me senti mal depois, para voltar da anestesia. Eu passei mal no quarto, com enjoô, só. Durante a cesárea eu não senti nada, nada, nada. (KELLY)

Apesar de avaliar seu parto como bom, uma entrevistada em especial nos chamou a atenção. Luana desejava muito ter parto normal, mas sua médica disse que isso não seria possível porque o bebê não tinha virado: *“Eu fiquei frustrada quando eu fiquei sabendo que ele estava sentado, eu fiquei fazendo aqueles exercícios estúpidos para ver se desvirava e não virou e eu não sei se teria sido melhor o parto normal”*. A partir daí ela passou a adotar uma postura de frieza frente ao parto, o que fica bastante marcada por uma de suas frases: *“Tem gente que faz um romance do dia do parto e não é um romance, é uma cirurgia. Anestesia, corta e tira”*. Há aí a possibilidade de uma insatisfação velada, que não pôde ser nomeada.

Perguntamos às entrevistadas o que elas mais gostaram em seus partos, as respostas dadas foram: do contato com a equipe no pré-parto, de ver o bebê, da hora em que ele saiu e a barriga ficou lisinha, do som do primeiro choro, da ausência de dor, do fato de o bebê estar bem, da amamentação e da janelinha para a família acompanhar o parto:

“Aí eu quis só depois que o bebê nascesse, daí quando ele nasceu abriu a cortina e logo eu olhei assim e me senti muito em casa, porque logo eu olhei e já vi a minha família inteira e o meu marido também ficou do meu lado o tempo inteiro, então foi tudo muito gostoso na hora.” (FERNANDA)

Carolina passou por um parto normal, em que sentiu bastante dor (seu anestesista se atrasou bastante para chegar, deixando-a em uma situação em que considerava a dor insuportável). Disse que gostou mais da hora em que o parto acabou. Quando perguntada sobre o que menos gostou, ela mencionou a dor e a demora e disse que acha que mulheres que optam por não tomar anestesia “são loucas”.

Em resposta à mesma pergunta uma puérpera disse que não gostou de ter passado mal no parto; acha que a sensação ruim pode ter sido passada para o bebê. Outra

disse não ter gostado de vomitar no pós-parto. Duas outras não gostaram de não terem sentido as pernas por causa da anestesia; uma delas achou ruim não sentir que estava fazendo força e a outra ainda acrescentou que não gostou de ter ficado trancafiada, “jogada em um cantinho” no centro cirúrgico. Duas não souberam apontar nada de que não tenham gostado.

Para reforçar e talvez eleger aquilo de que menos gostaram, perguntamos o que elas mudariam e elas responderam que mudariam de anestesista, teriam demorado mais para ir ao hospital, deixariam o filho em alojamento conjunto e não no berçário, pediriam que a filha nascesse mais tarde, teriam uma gestação saudável, sem intercorrências, não queriam ter passado mal e queriam que os maridos as tivessem acompanhado no pós-operatório. Ficar sozinha no pós-operatório foi considerado altamente insatisfatório.

E depois, mas daí também é coisa de hospital, depois que eu fiz o parto eu fiquei sozinha na sala de recuperação. Sozinha com as pessoas que tinham sido operadas. Ali você se sente sozinha. Você fica uma hora, uma hora e meia, duas horas sozinha lá. Isso sob efeito de anestesia, meio grogue. Eu acho que podia ter um acompanhante, uma pessoa que fique perto de você. Você quer fazer uma pergunta, saber quanto tempo falta, você fica na dúvida. Não tem quem te responda, porque a enfermeira fica longe.
(KELLY)

Nota-se que Kelly tem uma reclamação importante, sobre direito a acompanhante. O assunto tem estado nas pautas de discussões sobre bem-estar no parto, mas para ela era algo desconhecido, de forma que ela acabou tendo tal direito negado, situação à qual ela se submeteu sem reclamar. Ela reclama pouco até mesmo na entrevista. Além disso, diferente do que prevíamos, apenas duas entrevistadas mudariam aquilo de que gostaram menos. Apesar de duas delas relatarem incômodo intenso com as sensações decorrentes da anestesia, a possibilidade de não utilizá-la nem é colocada em questão. Elas preferem o incômodo da anestesia a sentir a dor, elas parecem nem cogitar a possibilidade de sentir a dor e de que ela possa ser algo suportável. Talvez ninguém nunca tenha dito a elas que é possível lidar com essa dor.

Além de Kelly, Isabela também teve uma reclamação semelhante, de ter ficado “jogada em um cantinho” no pós-operatório. Ambas haviam tido partos cesarianas e não tiveram acesso aos seus acompanhantes no pós-parto. Esta pode ser uma vivência bastante sofrida, como as duas relatam. Kelly chorou e Isabela mostrou indignação e impotência:

Mas o seu bebê acabou de nascer, eles te mostram, levam o nenê embora e tudo o que você quer é estar com o nenê do seu lado. E você não pode nem mexer a perna para dar uma fugida, né? Você está com a ráqui, eu falo que se não fosse a ráqui eu teria levantado e teria ido ver o nenê. Então isso é ruim, porque você está em uma ansiedade de 9 meses. Quando nasce você quer estar do lado, você não quer saber se está lá para ficar no quentinho, no berço. Traz o berço para cá, não tem tomada aqui? Então isso é ruim. (ISABELA)

Eu tomei anestesia para não sentir dor, mas eu fiquei com um pouco de aflição porque você não sente a perna. Você faz força sem sentir que está fazendo força, é esquisito. A perna fica completamente mole e jogada. Eu acho que só o que me incomodou foi isso, de não sentir minha perna. (GUILHERMINA)

Pedimos que elas descrevessem como seria o hospital em que gostariam de ter seus futuros partos, para obter dados sobre como avaliaram o ambiente em que tiveram seus partos e ter uma perspectiva do que elas valorizam no atendimento. As respostas dadas foram bastante interessantes. Boa parte delas valorizou questões de hotelaria, como sala de espera para visitas, janelinha para acompanhar o parto, equipe de fotografia e filmagem, recepção acolhedora, um ambiente tranquilo que não parecesse o de um hospital, com acesso ilimitado para visitas, deixar os bebês visíveis para as visitas no berçário. Uma das entrevistadas também ficou preocupada com a segurança do bebê, então ela gostaria que houvesse um chip ligado a ele para evitar que fosse roubado.

Quanto à organização do hospital elas gostariam que houvesse mais quartos estilo *delivery*, infra-estrutura para o pós-operatório, equipe de pediatria e enfermagem que falassem a mesma língua e fossem menos frias, e mudariam a atenção dada no pós-parto da cesariana, não deixariam a mãe ficar sozinha e deixariam o bebê mamar até

fechar a barriga. No hospital de Isabela a atenção primeira também seria feita ao lado do bebê, no entanto é curioso notar que, apesar de ela ser a maior defensora da cesariana do grupo, ela pagaria mais ao profissional que fizesse parto normal.

Nota-se que há uma preocupação maior em manter o parto enquanto evento social do que com o bem-estar da parturiente, pouco colocado em questão. Talvez uma das razões para que isso aconteça seja, como já vimos, o fato de as pacientes típicas tenderem a se colocar, e serem colocadas, em uma posição de passividade frente ao parto, deixando as decisões para o médico. Além disso, a passividade de certa forma as tira do parto, quase as tornando expectadoras, em especial nas cesarianas, e isso pode trazer certo conforto, já que a passividade não exige performance. Em outras palavras, seu próprio desempenho não é colocado em cheque; você só será julgado se tiver um papel ativo. Danilo descreve algo semelhante se referindo a uma declaração que a Hortência, ex-jogadora de basquete, fez quando engravidou, “*a cesárea está marcada, a babá está contratada e a mamadeira está comprada*’, não tem conflito, está resolvido o modelo.”

Tratam-se de escolhas, que podem se dar porque há falta de informação ou porque ouviram a informação e optaram por não levá-la em consideração. Por mais que digam que há maior risco na cesárea, talvez elas não achem que isso vá acontecer em um hospital de alto nível com um médico bem conceituado. Ainda que a escolha tenha se dado sem as informações adequadas, não dá para desresponsabilizar parcialmente essas mulheres pelas escolhas feitas, já que elas optaram, inclusive, por não buscar informações.

Como veremos a seguir, a submissão à vontade do outro para as puérperas atípicas é incômodo e por vezes inaceitável. Já para as integrantes do grupo típico, submeter-se parece trazer certo alívio, já que, em um momento novo e emocionalmente desafiador, o máximo de controle externo esvazia sua responsabilidade e consequentemente permite relaxar. E para se colocar assim, nas mãos de outra pessoa, há que ter, de fato, muita confiança.

4.5.2 *As pacientes atípicas*

De maneira geral as integrantes deste grupo temiam intervenções médicas desnecessárias, serem afastadas de seus bebês e terem cesáreas desnecessárias. Para elas o hospital era visto como ameaçador.

Eu tinha bastante medo, principalmente em função das informações que eu fui pegar, eu peguei bastante coisa na Internet e com conhecidas também e daí eu fui ficando com medo dos hospitais, dos procedimentos todos, de cesáreas desnecessárias, de ficar longe do bebê logo depois do parto. Esse era um medo muito grande que eu tinha, eu queria que ele ficasse comigo logo que nascesse. (QUITÉRIA)

Duas entrevistadas, que tiveram experiências prévias ruins de parto temiam que tudo se repetisse. Além disso, apareceu o medo de que o bebê fosse nascer no carro antes de chegar à maternidade e medo da dor. Uma disse que não pensava muito nisso.

Todas escolheram inicialmente parto normal e todas assim o tiveram, exceto Úrsula e Yasmin que tiveram um e dois partos cesariana respectivamente, em experiências anteriores. No entanto, em suas experiências mais recentes tiveram parto normal. Neste grupo não há apenas o desejo de que o parto seja normal, mas também de que ele seja natural, sem intervenções.

Para duas puérperas que tiveram de fazer uso de ocitocina em seus partos, isso foi motivo de grande insatisfação. De maneira oposta às puérperas típicas, que se responsabilizaram pouco por seus partos e, portanto, planejaram muito pouco, as atípicas planejaram cada detalhe e quando alguma coisa não saiu conforme haviam idealizado isso pareceu ter sido vivido como insatisfatório. As duas entrevistadas que fizeram uso de ocitocina foram as que pior avaliaram seus partos; ambas consideraram o parto poderia ter sido melhor, enquanto as outras ficaram bastante satisfeitas.

Quando questionadas sobre o que mais gostaram em seus partos, as sensações corporais contribuíram para grande satisfação, como “poder sentir a contração” e “bebê passando”:

“Por mais que possa parecer louco, é muito gostoso sentir a contração. Não é gostoso de ai, é uma puta dor, né? Mas você sentir que ele está chegando, sabe, o bebê”. (MIRIAM);

“Eu fiquei feliz de ter conseguido e de ter passado consciente por isso, de ter sentido cada etapa dela nascendo, ter sentido cada pedacinho dela passando. Doeu um pouco porque eu tive uma laceração razoável, mas foi a melhor parte.” (VERÔNICA)

Poder ficar com o bebê sem pressa também foi valorizado, bem como o respeito de ter podido viver o parto da maneira que queria, de ter podido ter o filho em casa e da sensação de realização no final do parto. Fica claro o que foi dito anteriormente sobre a importância do protagonismo da paciente e o quanto isso pode ser empoderador.

O que as entrevistadas não gostaram foi em geral associada às escolhas ou contingências da assistência ao parto: de ter tomado ocitocina, de o bebê não ter nascido na água, de não saber quanto tempo levaria para o bebê nascer, de não ter tido uma banqueta para parir, das pessoas que estavam em sua casa, não queria que tivesse ninguém além da equipe, de ter dado à luz em um hospital e não em casa e da maneira com que foi tratada no pós-parto. Uma delas ficou chateada com o fato de seu bebê ter nascido pequeno; as pessoas questionavam se ele era prematuro e isso a deixou chateada. Curiosamente, a puérpera Yasmin ao mesmo tempo em que não gostou de ter vomitado no parto pela dor excessiva disse que também não gostou do fato de ele ter sido curto demais. Nota-se que a dor no parto não precisa necessariamente ser vista como algo ruim, como trataremos mais adiante.

Algumas pacientes queixaram-se de questões que fogem do controle delas e mesmo dos profissionais que as atenderam. Há no parto uma imprevisibilidade inerente. Ao invés de buscarem o controle da tecnologia, como fariam as típicas, buscam um controle de si mesmas, como saber quanto tempo durará o parto, controlar o peso do bebê, etc.

Quando perguntadas sobre o que mudariam, a maioria deu a mesma resposta dada à pergunta sobre o que menos gostaram, exceto por duas entrevistadas, a primeira tentaria ficar com menos medo e se arrepende de não ter dado de mamar “de cara”, e a segunda contaria para sua mãe sobre o parto para ela não ficar chateada. Úrsula falou apenas sobre as mudanças relativas ao seu primeiro parto, em que teria escolhido outro médico, teria pedido para não colocar soro e teria esperado mais.

Tânia considerou seu parto muito satisfatório. Todavia, ela enfrentou graves problemas no pós-parto, mesmo em um dos melhores e mais caros hospitais da cidade. Ela deu à luz de madrugada e quando tudo acabou levaram seu filho para avaliação de rotina no berçário, protocolo hospitalar, com a promessa de que o devolveriam em três horas. Não havia quarto disponível para ela, então a deixaram temporariamente em uma sala sem espaço para seu acompanhante ficar. Além disso, não foi fornecida alimentação a nenhum dos dois; por mais que pedissem, demorou mais de uma hora para chegar. Não bastasse tamanho transtorno, quando colocada em um quarto, ela teve de aguardar mais de dez horas para que fosse entregue seu filho, o que só aconteceu após ela “fazer um escândalo” nos corredores do hospital.

O hospital estava lotado, não tinha sala para mim, mas eu tinha que desocupar o delivery, eu fui para uma salinha apertada de pré-parto e fiquei lá. Eu estava morrendo de fome, a enfermeira falou que estava fora do horário, mas ela ia ver se conseguia alguma coisa. Eu não tinha jantado estava morrendo de fome, ela falou “eu vou providenciar, mas é só pra você, não tem pro acompanhante. Meu marido também estava morrendo de fome, ele não tinha jantado, ele ficou nervoso “não tem lugar para eu sentar, eu não posso comer, então eu vou sair e depois eu volto”, eu falei “não sai”, ele ficou nervoso e saiu e eu fiquei lá sozinha. Tinham levado o bebê, não tinha lugar pro marido e não me traziam minha comida e ela falava “descansa”, mas eu não queria, estava elétrica.

Já tinha passado mais de três horas e eu queria meu filho e ela falava “não, ele está no berçário, de lá ele vai subir para não sei onde e já vem”. Arrumaram um quarto para mim, eu fui e nada do bebê. Eu ligava e eles falavam que ele já estava subindo, para aguardar. Nisso meu marido ia lá ver o bebê e falava não sei o que, as avós iam ver “ah, ele é lindo” e eu “ah, tá, cadê meu filho?”. Chegou meu almoço, eu almocei, isso porque ele nasceu 2h30 da manhã, ficou na sala de parto até 3h30 e foi para o berçário por aí. Eu almocei 12h00 e nada de ele chegar. [...] Eu me lembro de pegar o telefone pelo menos umas 2 ou 3 vezes e ligar lá. Diante disso eu falei “eu vou lá”, eu estava de camisola e saí, abri a porta e fui lá. Cheguei lá na porta do berçário, olhei pelo vidro e vi ele lá dentro, ele estava se esgoelando de chorar. Meu marido me garante que todo o tempo ele ficou calminho dormindo. Pelo vidro eu via meu filho se esgoelando e eu não podia ter acesso a ele. Eu falei “eu quero meu filho”, tinha um segurança na porta do berçário, acho que para não roubarem os bebês e ele falou “minha senhora, se acalme” e eu “que se acalme, eu quero meu filho! Vocês falam que vão levar ele e não levam, eu estou desesperada”, eu ameacei fazer um escândalo, chorei pra caramba. Daí começou a causar uma situação ali, todo mundo olhando. Falaram para eu ir pro quarto que já iam levar, eu fui e em 5 minutos o bebê estava lá, trocado, bonitinho.

Um cenário como este mostra que os hospitais particulares não estão preparados para atender as mulheres que têm partos normais, fato que é confirmado pela altíssima porcentagem de cesárea realizadas neles. Mais tarde ela descobriu que não havia quartos porque todos estavam lotados de pacientes com cesarianas agendadas, ela havia sido a única a ter parto normal naquele dia.

Quando questionadas sobre como seria o local onde gostariam de ter seus próximos partos a preocupação não foi com a parte estética e social, como vimos com as típicas. A estrutura que elas propõem serve para que elas tenham um maior conforto. Muitas gostariam de ter seus próximos partos em casa, para poderem estar mais livres para tomar suas decisões, ou ao menos em um ambiente que se parecesse com uma casa.

Uma questão chamou muito nossa atenção pela frequência com que apareceu: boa parte das puérperas atípicas teve receio em contar sobre suas decisões de parto

para seus familiares e amigos, temendo criar um clima de apreensão ou mesmo de oposição à escolha feita:

“Eu nem comentava muito dos detalhes, de tudo o que eu tinha pensado, de episódios, de todos os procedimentos. Da doula, eu não contava para ninguém. Era eu e meu marido só. Eu queria segurar a energia.” (MIRIAM)

“Eu tive um pouco de estresse com a família, porque a família não sabia que eu ia ter em casa, eu resolvi não falar para ninguém mesmo, porque senão ninguém ia deixar. A minha família é muito paranóica, muito, muito, muito, a família do meu marido sabia, sempre apoiaram, mas para a minha família eu resolvi nem contar.” (RUTH)

“Porque eu fiquei com medo de fazer mal para o meu pai e minha mãe. Meu pai é médico, ele ia procurar só os riscos e os perigos e ele tem um problema de saúde e eu não queria expô-lo a isso. Depois contando assim para ele, ele entendeu perfeitamente e falou ‘ainda bem que você não me contou, porque eu acho que eu teria infartado’, mas a minha mãe ficou um pouco magoada.” (YASMIN)

São mulheres que vão contra tudo o que é estabelecido pela sociedade enquanto atitudes a serem tomadas frente ao parto, elas enfrentam os paradigmas, mas sofrem as conseqüências disso. Enfrentam a hegemonia médica, seja através do ultrassonografista, da responsável pelo cardiotoco, ou da enfermeira que acompanha o parto, que constantemente dizem a elas que não conseguirão. É preciso estar muito segura e decidida para enfrentar tudo isso. Percebemos, porém, que quando se trata das pessoas de seus círculos de convivência esse enfrentamento fica ainda mais difícil.

Privacidade e intimidade

Há uma diferença grande entre os dois grupos com relação à noção de privacidade. A cesariana aparece como um parto destituído do caráter sexual; é

asséptico. Há pouco contato entre aqueles que participam do parto, mesmo entre mãe, pai e bebê.

O parto normal pressupõe uma maior proximidade e as puérperas atípicas pareceram incentivar mais que isso acontecesse. Yasmin contou que ela e o bebê ficaram “se lambendo” logo que ele nasceu. Ruth falou sobre a intimidade com seu marido no parto como transformadora da relação:

No dia seguinte a gente se olhou e falou “a gente é outro casal agora, depois de passar por essa experiência.” Porque assim, na banheira eu cheguei a fazer cocô na banheira, porque no começo, na hora de fazer empuxo saiu cocô na banheira e ele dentro da banheira e ele sempre foi “mister nojinho” e nesse dia ele nem aí, “cocô, dane-se cocô”. Então realmente, no dia seguinte a gente era outro casal, a gente olhou e “uau, que *upgrade* no relacionamento”, foi bem bacana.

Por outro lado, a sensação de falta de privacidade pode ser muito incômoda:

Tem aquela janelinha que eles abrem quando o neném nasce e eu estava do avesso, estava tudo aberto lá e eles olhando. E disseram para mim que não dava para ver nada, mas era assim que eu estava me sentindo, um pouco invadida. Mas eles fecharam, na hora em que eu pedi eles fecharam. (LUANA)

A dor sob as diferentes perspectivas

Como já apontamos brevemente, a dor parece ter diferentes significados nos dois grupos estudados. Diversos estudos apontam que para muitas mulheres a ausência de dor não está necessariamente associada à satisfação com o parto. Esses estudos mostram que a dor tem menor importância do que a sensação de controle sobre si e a relação com o provedor de saúde (HODNETT, 2002) e é exatamente isto que pudemos perceber nas parturientes atípicas, mas também em um caso típico. Carolina foi a única do primeiro grupo a se submeter a um grau maior de dor, dado que a outra entrevistada que também teve parto normal logo tomou anestesia e o anestesista de Carolina demorou a chegar.

(O que você mais gostou) Do trabalho, da sensação de falar “nossa, eu consegui, acabou e deu tudo certo”. Eu acho que isso foi muito legal, eu tenho uma lembrança muito boa. Apesar de todo o sofrimento eu penso mais na parte boa do que na dor. Eu acho que foi bem legal, bem positivo. Eu acho que isso eu devo ao parto normal e à equipe médico, que foi uma coisa bem especial.

No grupo de pacientes atípicas a questão da dor foi abordada com maior naturalidade, como bem retrata Ruth, *“o bom humor é fundamental pra você encarar. E eu consegui isso, durante as contrações eu falava assim ‘ai, que mariquinha, por que eu tô reclamando? Normal, é só uma contração, eu não estou morrendo, não tem ninguém morrendo, é só uma contração, beleza’.”*

Parece que a dificuldade em lidar com a dor no parto é maior por parte dos profissionais do que das próprias pacientes. Dimitri considera *“O limiar de dor é uma coisa muito individual, tem pacientes que suportam isso bem, o que é a minoria, não chega a 5% e fazem o parto normal sem anestesia.”* De onde surgem estimativas com estas? A porcentagem de partos sem anestesia feitos pelos profissionais atípicos é muito superior a tais 5%. Mas é este o discurso que as pacientes ouvem, e, portanto, sentem-se aliviadas quando vivenciam uma cesariana, que é indolor no momento do parto, mas que apresenta um pós-operatório que pode ser bastante complicado e que é mais arriscado segundo as evidências.

Apesar de as pacientes típicas terem gostado do fato de não terem sentido dor no parto, queixaram-se bastante de dor no pós-parto em decorrência da episiotomia e da cesariana, bem como incômodo com a anestesia no pós-parto imediato.

A primeira noite eu achei horrível, horrível, horrível, horrível, horrível. Eu não quero nem me lembrar da primeira noite. Me incomodou muito, porque assim, passou a anestesia e começou a me incomodar o corte. Isso na primeira noite, foi muito ruim. Na segunda noite já foi melhor. Mas na primeira noite foi muito ruim, eu não dormi direito, ainda que eu fiz a besteira de colocar a criança para dormir no quarto comigo. (GUILHERMINA)

O neném chora de hora em hora, os pontos doem, você não consegue levantar, seu peito doendo, o bico cortado, a visão do

inferno. E eles não dão medicação adequada para você agüentar. Se você for deixar via normal mesmo a pessoa não vai cuidar direito do bebê. Eu me auto-mediquei, dentro do que eu sabia que podia pra conseguir cuidar direito. (ISABELA)

Para mim o maior incômodo foi o de não poder tomar banho logo na sequência por causa da anestesia, porque na verdade eu acho que você não pode se levantar, não sei... Acho que por 10 horas, uma coisa assim. Você fica muito suja, apesar de eles fazerem uma higiene em você depois do parto, a minha vontade era de tomar banho, porque você fica sangrando para caramba e você não controla o xixi direito, então você se sente imunda, precisando tomar banho. (CAROLINA)

O sofrimento decorrente das intervenções no parto, no entanto, é algo que pode ser prevenido. Quanto menos episiotomias forem feitas, cesarianas de rotina e outras intervenções, mais tranqüila será a experiência no pós-parto e maior a possibilidade de que elas estejam disponíveis para estabelecer uma boa relação com seus bebês:

Eu não tive episio, o corte... Então eu tive ardência na manhã seguinte quando eu fiz xixi e no banho, à noite eu já não tinha, nem no outro dia. Eu me recuperei super bem, eu fiquei 24 horas internada, daí vim para casa com meu marido e o bebê, meu marido ficou de férias alguns dias depois, e daí nesse dia eu saí com o bebê no colo, meu marido do lado, para registrar ele, assim, andando, sabe? Para o cartório a gente foi caminhando, então no dia seguinte ao parto eu estava caminhando com o bebê e nunca parei, me recuperei super rápido e não tive dificuldade nenhuma. (QUITÉRIA)

Yasmin vivenciou ambas as vias de parto e relata bem as diferenças na recuperação:

Eu tive muito dificuldade nas cesárea, eu tive retenção de urina, por causa da cirurgia anterior de cálculo, então minha uretra teve dificuldade, tirando a sonda eu não conseguia urinar, foi uma coisa muito horrível e no parto normal foi diferente, acabou a sutura de pequenas lacerações que eu tive, que foi uma coisa bem rápida, a neném tinha acabado de mamar, eu falei “quero fazer xixi”, meu marido me levou andando para o meu banheiro, eu sentei e fiz normal, não senti nada! Foi maravilhoso! No dia seguinte eu evacuei normal, não senti nada, nem desconforto, ardência, nada.

4.6. O parto emocionalmente traumático: Diferentes perspectivas

Como dissemos anteriormente, não buscamos ativamente puérperas que haviam avaliado suas experiências de parto como traumáticas, mas ainda assim encontramos dois casos que serão explorados a seguir. No entanto, mesmo em uma amostra de pessoas saudáveis e de alta renda e que de maneira geral avaliaram seus partos como bons, notamos que por diversas vezes elas usarem palavras muito negativas para descrever momentos do parto, demonstrando não terem gostado de diversas partes dele.

De maneira geral, a diferença entre a amostra de pacientes típicas e atípicas é o nível de crítica em geral, as atípicas acabam por apontar mais momentos de que não gostaram em seus partos. Já as típicas comumente descrevem seus partos como bons, elas relatam experiências ruins, mas parecem convencidas de que a experiência foi ótima, ou outras vezes parecem jamais ter parado para pensar e avaliar o que aconteceu.

Quanto aos profissionais, todos os integrantes dos dois grupos consideraram o parto pode ser emocionalmente traumático, no entanto o que eles consideram que contribuiria para isso acontecer muda bastante em cada grupo.

Todos os profissionais típicos apontam dor excessiva no parto como possível causa desse sofrimento. Além disso, a falta de informação sobre o que está acontecendo no parto, partos muito longos, o fato de o bebê não nascer bem, gestações indesejadas, pacientes muito jovens e patologias obstétricas também seriam fatores desencadeadores de experiências traumáticas. Também consideram que atitudes por parte dos profissionais podem levar a uma vivência traumática de parto, tais como agressão à integridade da paciente e não dar ouvidos a ela.

Eles tendem a considerar que o parto no serviço público de saúde é mais traumático, pela falta de estrutura, falta de analgesia.

Na pública, além de ter os problemas das gestações de alto risco, ainda tem a questão do parto humanizado, que muitos hospitais fazem questão de que a paciente tenha o parto humanizado e são muitas mulheres que não têm o preparo para isso. Então elas não têm o preparo para um parto normal e muito menos para um parto humanizado. (DIMITRI)

Já o parto no setor privado é visto como melhor, para Allan *“Em uma estrutura particular é muito mais difícil ela ter um parto traumático, a menos que seja uma situação de emergência, como a gente tem às vezes uma doença, uma infecção médica.”*

Uma das entrevistadas colocou a possibilidade de trauma no setor privado quando a paciente tem vontade de ter parto normal e não consegue tê-lo. Foi a única deste grupo que associou expectativa ao trauma: *“Se o neném nasce bem, depois eu acho que tudo se recupera. Mas tem algumas pacientes que eu vejo que ficam realmente bem chateadas porque não foi parto normal.”* (SILVIA)

Nota-se que a dor foi colocada como fator importante que acarretaria esse trauma, e na tentativa de evitar a dor e conseqüente trauma, a cesariana aparece como solução que envolve menor sofrimento, não sendo colocado em questão as dificuldades que essas mulheres enfrentam no pós-parto, como vimos anteriormente.

Então hoje em dia essa é a recomendação da OMS e tudo o mais, mas pessoalmente eu não concordo muito com essa questão de parto humanizado não, porque assim, é muito bonito na teoria, mas na prática, aquela paciente, quando ela está sentindo a dor, rolando de dor, isso pode ser uma experiência traumática. Então na hora em que você oferece a analgesia e ela para de sentir dor, no minuto seguinte ela já começa a sorrir, ela já sente um alívio, um conforto enorme, então ela diz que agora já consegue aguardar o parto normal. (DIMITRI)

Já os profissionais atípicos apontam questões um pouco diferentes que contribuiriam para que o parto seja vivido como uma experiência traumática. Apenas uma das entrevistadas apontou a dor como complicador, ela compartilha a idéia de que no setor público a mulher precisar de analgesia e não poder ter pode ser devastador.

Eu acompanho muito parto sem analgesia, a analgesia é vinculada à necessidade da paciente, então em 40% dos partos eu acabo fazendo analgesia, mas 60% sem analgesia e é uma opção da paciente, ela tem direito disso e ela fica feliz por não ter usado. Agora um parto em que a mulher tem um parto sem analgesia, mas ela queria analgesia e estava além do limite dela aquela dor, é um parto traumático. (ODETE)

Outro profissional compartilha com Odete a idéia de que o setor público é mais propiciador de trauma. Os outros motivos que eles apontam são a falta de opções e a falta de informação sobre o que está acontecendo com o corpo delas.

Principalmente no serviço público, quando a mulher não tem consciência, porque ela não foi informada, de tudo o que está acontecendo no corpo dela, ela não sabe que aquela dor é uma dor porque vai dilatar, é uma outra interpretação. E quando ela não tem apoio durante o pré-natal e o parto. Eu acho que um parto no serviço público onde a mulher não teve acompanhamento pré-natal ideal pode ser um parto traumático. (ODETE)

Contraopondo ao grupo anterior, os atípicos consideram que independentemente da via de parto o trauma pode vir em decorrência de expectativas frustradas, três entrevistados apontaram, assim como o fez Silvia, que quando a mulher quer muito o parto normal e acaba tendo cesárea isso pode ser traumático: *“Mulher que se prepara muito para o parto e não tem o parto para o qual ela se preparou, geralmente sofre muito, independente do que seja, mulher que esperava uma cesárea e tem parto normal eu acho que deve ser punk.”* (DANILO)

Consideram ainda que vulnerabilidade emocional e social, assistência ruim, falta de conhecimento sobre o que é ser mãe e pai, falta de conhecimento sobre os cuidados com o bebê e possíveis intercorrências no parto que causem danos para mãe

e bebê podem contribuir para o trauma emocional e, nesse sentido, o papel da equipe é atender e respeitar os desejos da paciente e adotar práticas baseadas em evidências científicas na tentativa de prevenir o trauma.

De desrespeito, de violência mesmo, seja ela uma violência de cunho psicológico, seja uma violência ativa mesmo, uma violência física, porque uma mulher que está naquele grau de sensibilidade naquele momento, você empurrar a perna dela para que essa perna se mantenha aberta é uma violência, você empurrar o útero com a frase “ah, eu vou te dar uma ajudinha” e tem gente que monta em cima da barriga da mulher, então enfim, estas violências são o que eu chamo de grandes tragédias. (SHEILA)

Dois casos de partos traumáticos

Úrsula e Yasmin são duas pacientes pertencentes ao grupo de atípicas, com histórias bastante semelhantes. Ambas queriam partos normais em seus primeiros filhos, mas pelo que avaliam ter sido mau uso de intervenções, acabaram tendo partos cesarianas. No caso de Yasmin duas cesarianas. Elas classificaram seus partos como bastante traumáticos: *“O primeiro em que a indução não funcionou, eu fui chorando do quarto e fiquei chorando por alguns dias e, no segundo, na hora em que eu percebi que a anestesia pegou pesado, eu comecei a chorar e fiquei muito chateada”*. (YASMIN)

Essas experiências ruins de parto acabaram por afetar a relação delas com seus bebês e consigo mesmas, atribuindo o fracasso do parto normal aos seus corpos, que seriam incapazes, falhos:

No momento eu estava feliz com ele, mas eu estava chateada com o que tinha acontecido, mas eu estava realizada de ser mãe, o neném era lindo. Mas eu não engolia aquilo lá, eu tinha a sensação de que o meu corpo tinha algum defeito, né? E aquela dúvida “será que foi necessário mesmo? Será que seu eu tivesse esperado mais um pouquinho?” (ÚRSULA)

A primeira semana de vida deles foi terrível, eu estava péssima no pós-parto, completamente dependente de todo mundo e tentava ser independente, porque sou independente desde muito cedo e isso foi uma luta interna, porque meu corpo não conseguia, minha cabeça queria, realmente na primeira semana eu não conseguia nem cuidar direito deles. (YASMIN)

Na tentativa de re-significar a experiência, ambas optaram por tentar mais um parto normal, e buscando evitar que a história se repetisse acabaram por envolver-se mais com o movimento a favor do parto natural e de assegurar que os profissionais que as atenderiam no parto compartilhavam desse ideal. Havia um temor muito grande de que passassem novamente pela experiência da cesárea e que se frustrassem nessa nova tentativa, o que, em ambos os casos levou-as a optar pelo parto em casa, temendo não terem tanto controle no ambiente hospitalar.

As duas entrevistadas apresentaram comportamentos semelhantes; afastaram pessoas próximas da experiência de parto (como vimos ser comum entre as pacientes atípicas), alegando não querer que elas se frustrassem se novamente algo desse errado. Queriam evitar o sofrimento do outro. Será que, além disso, reescrever essa história ficava mais difícil diante de tantos olhares que sabiam do que havia ocorrido?

Ambas conseguiram ter o parto desejado, embora Úrsula tenha enfrentado maior dificuldade, ela não só afastou seus familiares mais próximos, como também teve muita dificuldade em deixar que a médica participasse:

Ela falava “tenta colocar o pé no chão” e eu “que pé no chão! Tá doendo pra caramba, eu quero ficar na ponta do pé”, eu não queria nem saber do que ela falava. Eu até falei para ela “eu estou com medo de você” e ela não entendia por quê. Imagina, ela é super doce e eu confio nela e me sentia à vontade com ela, eu falei que tinha medo de que ela me desse uma má notícia, de que não estava evoluindo.

Os bons desfechos dos partos mais recentes pareceram ter servido para redimir a experiência traumática e mostrar a elas suas potências e a potência de seus corpos. Foi a partir daí que a experiência ruim pôde ser re-significada, mas ao mesmo tempo

em que isso fez cair o discurso do corpo falho, evidenciou a falha na atenção ao parto, o que também pode ser motivo de grande frustração:

O terceiro parto em si foi muito legal e para eu sentir que eu era capaz, porque eu tinha uma sensação de incapacidade, mas ao mesmo tempo eu também tenho meio que uma coisa de “se eu consegui agora, que droga, fiquei com mais raiva dos outros que eu não consegui.” (YASMIN)

Ela atribui a si o fato de o parto não ter sido como gostaria, e se coloca como responsável pelo acontecimento. A cesárea em alguns casos é indicada corretamente (não sabemos afirmar se foi esse o caso) e o fato de ela acontecer não precisa ser entendido como um fracasso. Além disso, a desconfiança da mulher de que o profissional não agiu como deveria pode ser um fracasso da relação dela com o profissional.

Tânia não teve uma experiência traumática de parto, mas também pôde usar a boa experiência de parto para re-significar um trauma. Ela passou por muitas dificuldades em seu pós-parto, por um problema de saúde do filho que o levou para a UTI por uma semana. Ela relatou que seu protagonismo no parto e a boa experiência a deram forças para lidar com essa situação difícil:

Mas eu acho que o que me segurou, me deu um eixo foi pensar “a gente passou por esse parto juntos, a gente vai passar por isso daqui juntos”, eu conversava muito com ele, eu falava “filho, você é forte, você nasceu na água, do jeito mais lindo, você aguenta, a gente vai sair dessa”. Eu falava muito pra ele, mas eu acho que eu estava falando para mim mesma. Eu acho que se eu tivesse tido um parto violento e depois tivesse tomado uma dessas em seguida eu teria desmontado total, talvez eu fosse uma mãe muito insegura, frágil e medrosa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos recentes apontam para a possibilidade de o parto ser vivido como uma experiência emocionalmente traumática. Essa vivência depende da percepção que a mulher teve do evento em si, de forma que mesmo um parto aparentemente tranquilo pode ser experienciado como emocionalmente devastador. Dor extrema e sensação de perda de controle seriam os fatores principais que desencadeariam o trauma (REYNOLDS, 1997).

Tendo isso em vista, o profissional que atua na atenção ao parto tem papel importante na qualidade do desfecho da experiência. Dor extrema pode ser evitada pelo uso de métodos alternativos de alívio da dor, assim como pela não utilização de procedimentos invasivos desnecessários, como episiotomia, anestesia, ocitocina e manobra de Kristeller. A sensação de perda de controle, por sua vez, está associada ao não entendimento do que está sendo feito ao corpo da mulher e falta de comunicação com a equipe. É, nesse sentido, imperativo que o profissional proponha uma relação bi-lateral, em que, caso assim o queiram, as pacientes assumem o protagonismo de seus processos de parto. É preciso ainda que ele se atente para os aspectos psicossociais da paciente e não apenas para as questões biológicas.

O cenário de atenção ao parto no Brasil é preocupante, com altas taxas de morbimortalidade materna e desrespeito ao direito a acompanhante de livre escolha da mulher no parto. Vemos cada vez mais uma discussão sobre o que constitui uma boa assistência ao parto e qual via de parto é mais benéfica, a normal ou a cesariana. O parto normal comumente praticado é cheio de intervenções danosas e dolorosas feitas de rotina, que beneficiam o profissional.

Já a cesariana é vista como bem de consumo, e responsável por mais de 80% dos partos no setor privado. No entanto, estudos mostram que ela oferece maiores riscos para a saúde da mãe e do bebê. Frente a partos vaginais assustadores, a cesárea de

rotina pode até parecer uma boa opção, já que, ao menos na hora do nascimento em si, a dor e a ansiedade são reduzidas, ainda que seu pós-parto costume ser bastante sofrido.

Em contraposição a este modelo, apoiado por uma formação profissional baseada no modelo intervencionista, há o modelo da medicina baseada em evidências científicas, também chamado no Brasil como “humanizado”, que propõe outra forma de enxergar o corpo feminino, vale dizer, como pronto para parir, e de reconhecer o papel da parturiente em seu parto, dividindo a responsabilidade pelas decisões com os profissionais.

A responsabilidade pela melhoria no quadro da atenção ao parto não cabe apenas a uma das partes envolvidas, mas a todas. Cabe aos gestores que as façam valer em suas jurisdições, aos profissionais de saúde, que, na ponta da assistência têm papel fundamental de transformação das práticas, e às pacientes, que conheçam e exijam seus direitos.

No entanto, para os profissionais típicos, não parece ser interessante adotar o modelo baseado em evidências, já que este propõe uma desestabilização nos construtos de gênero, e de relação médico-paciente tão presentes nas relações no parto. Ele busca desconstruir a idéia de um corpo feminino ameaçador para o bebê, de que a mãe sentirá uma dor excruciante e insuportável. O modelo que a medicina intervencionista propõe inclui a superestimação do sofrimento, dos riscos do parto normal, atribuindo a ele danos perineais importantes, e uma superestimação dos benefícios das intervenções. Há uma cegueira com relação aos danos causados pelas intervenções. O parto em si é visto como um problema, não a intervenção feita sobre o parto. Este modelo pressupõe ainda uma crença de que o corpo feminino é incompetente para passar pelo parto e sempre necessita da tecnologia para conseguir fazê-lo. Não negamos o fato de que muitas das intervenções, salvo a proscrita manobra de Kristeller, são úteis em alguns casos, podendo até salvar a vida de mãe e bebê. Não há, porém, necessidade de que sejam realizadas rotineiramente.

O bem-estar materno vem sendo um assunto negligenciado. Foca-se mais na saúde física da mãe e bebê, bem como em métodos de evitar dor, tratando-se a satisfação com a experiência como um assunto de menor ou nenhuma importância.

Tendo isso em vista, propusemos no presente trabalho descrever e analisar comparativamente as diferentes percepções sobre o que profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto no setor privado e usuárias desses serviços consideram ser um bom parto e bem-estar materno, e um mau parto, em última instância um parto emocionalmente traumático, e o que acham que contribui para que cada um deles ocorra.

Para podermos analisar melhor as diferentes concepções de parto e corpo os dois modelos de atenção obstétrica, intervencionista e baseado em evidências científicas, propõem, procuramos dividir nossa amostra de sujeitos entre os dois grupos, contemplando tanto profissionais quanto puérperas com essas diferentes concepções, que chamamos provisoriamente de “típicos” e “atípicos”.

Os resultados obtidos neste trabalho nos permitiram levantar questões importantes a serem discutidas. Os profissionais típicos valorizam a passividade em suas pacientes, querem que elas sejam calmas e submissas. Eles adotam uma postura de saber frente a elas, propondo pouca informação e aquelas que parecem ser convenientes a eles. A comunicação é bastante enviesada, supervalorizando a intervenção e desvalorizando a experiência corporal. As pacientes típicas, por sua vez, parecem sentir conforto nessa posição de passividade, valorizando o profissional que toma as rédeas da situação.

Para justificar a supervalorização da necessidade de intervenções no parto o profissional típico precisa negar as evidências científicas. Estabelece-se assim um conflito de interesses. Para que as pacientes “compre” um modelo de atenção ao parto em que elas não podem opinar, no qual não têm escolha, a elas é passada a idéia de que seus corpos são incapazes e que, portanto, necessitam de tutela. Justifica-se, assim, que elas se submetam a cirurgias eletivas para que o bebê nasça.

A cesariana é interessante para o profissional porque lhe ocupa menos tempo, tornando-se, assim, mais rentável, e propõe um modelo de parto asséptico, tirando as características sexuais do mesmo.

No setor privado isso é feito da maneira da boa hotelaria, que foi muito valorizada pelas puérperas típicas de nossa amostra. A elas interessava mais o parto enquanto evento social, cosmético. A janelinha, o chip, a sala de espera, dentre outras coisas, denotam status, e são entendidos como boas formas de atenção ao parto.

Há uma crença de que no setor público o médico escolhe a via de parto que a paciente terá e no privado é a paciente que faz essa escolha. No entanto, não é o que percebemos. Fica evidente que a paciente que quer uma cesariana no setor público causa desconforto, mas o mesmo acontece no setor privado com aquela que quer o parto normal. Os médicos e hospitais não estão prontos para lidar com isso e a chance de que ela consiga é bastante pequena.

Por outro lado, os profissionais atípicos valorizam a autonomia de suas pacientes, co-responsabilizando-as pelas decisões frente ao parto e buscando proporcionar a maior quantidade de informações possível. Nesse caso, as pacientes problemáticas são aquelas que jogam para o profissional o protagonismo da experiência. A paciente atípica busca colocar-se no centro de seu processo de parto, e tem participação ativa nas tomadas de decisão relativas ao evento.

As expectativas das entrevistadas com relação aos seus partos modelaram sua satisfação. As típicas informaram-se menos e tinham menos expectativas quanto ao desfecho e tenderam a ficar mais satisfeitas com seus partos, mesmo quando eles foram diferentes do que haviam imaginado. Já as atípicas, de maneira geral, planejaram cada detalhe de seus partos e tudo o que saiu fora do planejado pareceu ser vivido como um sofrimento, maior ou menor dependendo do caso. Por outro lado, a dor não foi associada a insatisfação por elas e sim como parte do processo.

As concepções do que seria um parto emocionalmente traumático também é diferente nos dois grupos de profissionais, há uma supervalorização da dor como potencialmente traumática no caso dos típicos, em especial quando eles se referem ao serviço público, já os atípicos apontam a frustração das expectativas como maior causa de sofrimento emocional.

Apesar de as evidências apontarem para maiores benefícios para mãe e bebê em um parto fisiológico, não podemos definir um dos dois modelos como ideal. Enquanto para as pacientes típicas a vivência de um parto atípico poderia ser bastante violenta, por envolver dor e um nível de exposição para os quais elas talvez não estejam preparadas, para uma paciente atípica um parto típico também pode ser uma experiência traumática, como vimos.

Não apenas as pacientes típicas fazem escolhas com relação aos seus partos. Não querer decidir e se informar também é uma escolha. Percebemos que as pacientes buscam os profissionais que mais se encaixam no tipo de atendimento que elas querem ter: as típicas parecem se tranquilizar com a idéia de que alguém está se responsabilizando por elas; já as atípicas demandam maior participação.

Ao mesmo tempo, os profissionais típicos e atípicos também valorizam pacientes que se colocam na posição que eles consideram mais adequada, de passividade ou maior autonomia, respectivamente.

Os paradoxos dos discursos

Podemos perceber que há dois discursos sobre o parto nos diferentes grupos estudados. Os típicos entendem o parto como arriscado, potencialmente ruim, causador de dor e seqüelas. A experiência, portanto, deve ser suprimida - eles propõem um “não parto” através das cesarianas de rotina

Então geralmente o mais indicado para a mulher é o parto normal, mas ele tem algumas desvantagens quando ele não é normal,

porque nem todo parto normal é normal, ele é só vaginal como eu te falei, pode evoluir para um sofrimento fetal e o neném não fica bem, ou na hora do parto tem um sangramento aumentado e às vezes coisas que a gente pode evitar com uma cesárea. (HELOISA)

Os atípicos, por sua vez, têm o parto vaginal como objetivo. Pode até envolver dor, mas é o que consideram bom.

Eu não gostei também porque eu tive vômitos de dor, mas é normal isso e hoje, avaliando, eu acho que eu teria gostado mais se fosse mais longo para eu aproveitar mais as fases, mas é como tem que ser, então... Na verdade eu gostei tanto que não tem uma coisa que eu não gostei. (YASMIN)

Há discursos paradoxais nos dois grupos, tanto das pacientes típicas que ficam felizes por “não terem sentido nada” no parto, mas se queixam de pós-partos bastante dolorosos (mas parecem não fazer a associação dor-parto), quanto das atípicas que lutam contra o discurso vigente e às vezes, não sem contradições, voltando à idéia de que a mulher estará mais segura sendo passiva:

Ela ficar nervosa pode contribuir. Porque o nervosismo contagia. Apesar de eu estar com medo, estar tensa, eu não dei nenhum piti, não fiquei gritando, sabe? Porque a equipe não gosta disso. Eu acho que a mulher tem que ser natural, extravasar, mas às vezes você exagerar faz com que a equipe às vezes, sei lá... Agora eu to pensando, eu ia falar que você exagerar, extravasar, né, gritar e tal atrapalha o médico, do tipo “mãe, vamos colaborar, vamos contribuir”, sabe? Ao mesmo tempo é o momento da mãe, está nascendo, se ela quer gritar, deixa ela gritar. (MIRIAM)

Este estudo mostra que o modelo intervencionista desestimula o protagonismo da paciente e que a satisfação se dá em função de expectativa que ela tinha de seu parto. Criou-se uma expectativa de não protagonismo. Basta que ela fique satisfeita com aspectos cosméticos e de hotelaria. Por outro lado, a eventual busca por uma experiência mais ativa implicará em maiores responsabilidades e, se isso pode render uma oportunidade de viver o parto de maneira mais intensa, é preciso que a paciente seja bastante generosa consigo mesma caso as coisas não aconteçam como planejado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: *Quem o deseja? Em quais circunstâncias?* **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1611-1620, 2003.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília, DF, 2001.
- BRASIL, PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher), Brasília, DF, 2006.
- CECATTI, J.G.; PIRES, H.M.; GOLDEMBERG, P. Cesárea no Brasil: Um direito? In: GALVÃO, L.; DIAZ J. (Coords.). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998.
- CECHIN, J. Diferenças assistenciais no pré-natal, parto e puerpério entre as mulheres que utilizaram plano de saúde X SUS: *Dados da PNDS 2006.* **Instituto de estudos da saúde suplementar**, p.1-8, dez. 2008.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM No. 1.931, de 17 de setembro de 2009. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção I, p. 90-2.
- DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American rite of passage.** Los Angeles: University of California Press, 1992.
- DE BARBIERI, T. - Sobre la categoria género. Una introducción teórico-metodológica. In: AZEREDO, S. e STOLCKE, V. (Coords.) **Direitos Reprodutivos.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas/PRODIR - São Paulo, 1991.
- DIAS, M.A.B. **Cesariana: epidemia desnecessária?** A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do Município do Rio de Janeiro. 2001. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma**

releitura médico-social. 1997. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- DINIZ C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites das propostas de humanização do parto. 2001. Tese (Doutorado) em Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- DINIZ, C.S.G. **Parto normal ou cesárea?** O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Editora UNESP, 2004.

- 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.** v.1, n.1, p.80-91, 2006.

- DINIZ C.S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,** v.19, n.2, p.313-326, 2009.

- D’OLIVEIRA, A.F.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: *an emerging problem.* **The Lancet.** v.359, n.9318, p.1681-1685.

- FAUNDES, A.E.; CECATTI, J.G. Operação Cesária no Brasil: *Incidência, Tendência, Causas, Consequência e Propostas da Ação.* **Cadernos de Saúde Pública.** v.7, n.2, p.150-173, 1991.

- FERRARI, J. A autonomia da gestante e o direito pela cesariana a pedido. **Revista Bioética.** v.17, n.3, p. 473-495, 2009.

- FREIDSON, E. **Profession of Medicine:** A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dood, Mead & Company, 1972.

- GALVÃO, V. Pai tem que pagar para ver parto do filho. **Folha de São Paulo,** São Paulo, 25 abril 2010. Caderno Cotidiano.

- GOODMAN, P.; MACKAY, M.C.; TAVAKOLI, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. **Journal of Advanced Nursing.** v.46, n.2, p.212-219, 2006.

- GREEN, J.; BASTON; H. Feeling in control during labor: *concepts, correlates and consequences.* **Birth.** v.30, n.4, p.235-246, 2003.

- HODNETT, E.D.; GATES S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library.** Oxford: Update Software, 2006.

- HODNETT, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: *a systematic review*. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.186, n.5, p.160-72, 2002.
- HOWELL, E.; CONCARO, J. Obstetric patient satisfaction: *Asking patients what they like*. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v.190, n.1, p.175-182, 2004.
- HOTIMSKY, S.N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. Tese (Doutorado) em Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- KITZINGER, S. **Ourselves as mothers: The universal experience of motherhood**. Sydney: Transworld Publishers, 1992.
- MARTINS-COSTA, S.; RAMOS, J.G.L. A Questão das Cesarianas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 27, n.10, p. 571-574, 2005.
- MCCALLUM, C., REIS, A. P. Users' and providers' perspectives on technological procedures for 'normal' childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. **Salud Publica de México**. v.50, n.1, p.40-48, 2008.
- MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. v.9 n.3, p.239-262, 1993
- MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- REYNOLDS, J.L. Posttraumatic Stress after Childbirth: *the phenomenon of traumatic birth*. **Canadian Medical Association Journal**. v.156,1997; 156(6) 831-835.
- ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.
- RUBIN, G. **The traffic in women: Notes on the political economy of sex**. In R. Reiter (Ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review; 1975. p. 157-210.
- SCHRAIBER, L.B. Pesquisa Qualitativa e saúde: *reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica*. **Rev. Saúde Pública**. v.29, n.1, p.63-74, 1995.

- SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- WIJMA, K., SBDERVUIST, J. Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth: *A Cross Sectional Study.* **Journal of Anxiety Disorders.** v.11, n.6, p.587-597, 1997.

7. ANEXOS

7.1 Resultados – Categorização

7.1.1 Pacientes Típicas

O quadro seguinte é uma caracterização das entrevistadas (nota-se que os nomes são fictícios):

Nome	Idade	Estado Civil	Número de filhos	Escolha inicial de via de parto	Que via de parto teve	Profissional responsável pelo parto	Onde teve o parto
Carolina	31	Casada	1	Normal	Normal com anestesia e episiotomia	Médico Obstetra	Hospital Particular
Fernanda	31	Casada	1	Normal	Cesárea	Médico Obstetra	Hospital Particular
Guilhermina	28	Casada	1	Normal	Normal com episiotomia, ocitocina e anestesia	Médico Obstetra	Hospital Particular
Isabela	31	Casada	1	Cesárea	Cesárea	Médico Obstetra	Hospital Particular
Julia	32	Casada	2	1º normal e	Duas cesáreas	Médico Obstetra	Hospital Particular

				2° cesárea			
Kelly	31	Casada	1	Normal	Cesárea	Médico Obstetra	Hospital Particular
Luana	30	Casada	1	Normal	Cesárea	Médico Obstetra	Hospital Particular

Seguem as questões que permearam as entrevistas e as respostas dadas por cada participante:

. Medos e fantasias durante a gestação com relação ao parto

Julia e Guilhermina disseram que não sentiram medo.

Fernanda tinha medo de não saber quando estava em trabalho de parto.

Kelly e Isabela relataram medo de ter parto normal (ambas passaram a idéia de que ele é perigoso para a criança), Kelly ao mesmo tempo tinha medo de fazer cesárea por ser cirurgia e envolver anestesia.

Carolina ficava preocupada em como estava o bebê e tinha medo de sentir dor, medo este que também foi compartilhado por Luana.

. Planejamento das gravidezes

Isabela, Julia e Kelly não planejaram suas gravidezes (Julia teve dois filhos e nenhuma das gravidezes foi planejada).

Todas as outras entrevistadas planejaram suas gravidezes.

. Apoio no cuidado com os filhos

Carolina teve ajuda apenas do marido.

Fernanda conta com a ajuda do marido e seu filho frequenta um berçário.

Guilhermina respondeu – marido, avó, tia, todo mundo.

Isabela, Julia e Luana tiveram ajuda da mãe e de babás. A última ainda conta com o apoio da sogra.

Mãe e marido de Kelly a ajudam.

. Vias de parto inicialmente escolhidas

Carolina, Fernanda e Luana queriam parto normal por acharem que era melhor para o bebê. Além disso, Fernanda e Luana tomaram essa decisão pensando na melhor recuperação delas no pós-parto.

Guilhermina optou pelo parto normal “porque diziam que era mais tranquilo”.

Isabela queria cesariana por temer que seu filho tivesse seqüelas neurológicas decorrentes de um parto normal.

Julia queria que seu primeiro parto fosse normal por ser mais natural. Já o segundo ela optou por cesárea por achar que como tinha tido um primeiro parto cesariana não seria indicado que o segundo fosse normal.

Kelly queria ter a vivência de um parto normal.

. Vias de parto que tiveram

Fernanda, Julia, Kelly e Luana queriam ter tido partos normais e acabaram tendo cesarianas.

Fernanda passou da 40^a semana de gestação e sua médica não permite que isso aconteça por acreditar que assim o bebê estaria correndo risco.

Julia em sua primeira gestação havia optado pelo parto normal, mas seu médico alegou que isso não seria possível porque ela estava com pouco liquido. No segundo a opção dela nem foi discutida, foi cesárea direto.

Segundo a médica de Kelly a cesárea foi indicada porque ela estava com 40 semanas de gestação e o bebê não estava encaixado.

O bebê de Luana estava sentado.

. Fontes de informação que basearam as escolhas

Julia não buscou qualquer fonte de informação.

Carolina e Kelly colheram suas informações apenas com os médicos no pré-natal.

Isabela não buscou informações adicionais por ser médica.

Fernanda, Guilhermina e Luana buscaram informações no pré-natal, duas pesquisaram na Internet, Fernanda e Guilhermina fizeram cursos, Fernanda e Luana buscaram informações também na Internet, sendo que a última também obteve informações com o marido, que é médico.

Informações passadas no pré-natal

Carolina achava que não tinha que dar opinião quanto ao parto. Sua médica dizia que faria de tudo para que fosse normal, mas se precisasse seria cesárea. Não disse nada sobre anestesia e episiotomia.

Julia e Isabela achavam que não precisavam de nenhum esclarecimento (Isabela disse que por ser médica ela não tinha dúvidas)

A médica de Fernanda falou que era a favor do parto normal e que esperaria até a 40^a semana de gestação, senão o parto não seria normal. Explicou quais os “sintomas” do parto normal para ela poder identificar, não falou nada sobre os possíveis procedimentos a serem realizados. Fernanda se sentiu esclarecida com relação às suas dúvidas.

O médico de Guilhermina disse que ela podia querer o parto normal, mas tinha de ver se dava. Não orientou mais nada.

A médica de Kelly a esclareceu pouco, disse que se o bebê passasse de 4 kg ela não aconselharia o parto normal.

Luana disse que perguntava muito e seu médico só respondia apenas o que lhe havia sido perguntado. Segundo ela, ele “não falou nada de especial”.

. Parto foi melhor, igual ou pior do que o esperado

Guilhermina, Kelly e Luana avaliaram seus partos como melhores do que esperavam, porque não sentiram dor. Luana sentiu dor apenas no pós-operatório.

Fernanda respondeu que foi igual porque não tinha expectativas prévias;

Isabela disse que foi pior porque o bebê nasceu um mês antes do esperado e ela teve alergia aos pontos.

Para Julia sua a primeira experiência de parto foi melhor e a segunda pior do que a expectativa, porque passou mal com a anestesia.

Carolina ficou dividida, achou que a dor foi pior do que imaginava, mas a experiência de ter passado pelo trabalho de parto foi gratificante

. Bons tratamentos dados pelos profissionais de saúde

Carolina achou que o apoio da obstetrix da equipe a ajudou a não desistir do parto normal. Ela sentiu-se acolhida pela equipe médica, sentiu que tinham carinho por ela. Julia disse que se sentiu bem atendida porque quando passou mal e logo fizeram a sensação passar.

Luana gostou do atendimento dado pelas enfermeiras no pós-parto; acha que foram uma escola, que a ensinaram a trocar, amamentar e dar banho. Além disso, disse que a equipe que a atendeu era atenciosa.

Fernanda considerou a equipe que a acompanhou no pré-operatório a deu muito apoio e tranquilidade. Achou sua médica carinhos, ficou segurando sua mão.

Guilhermina achou que a enfermeira obstetra que a acompanhou a apoiou, deixando-a tranqüila.

Para Isabela a equipe que a atendeu era muito acolhedora, gentil e educada, dando-a paz em um momento de vulnerabilidade.

Kelly valorizou o fato de sua médica e anestesista ficarem conversando com ela, explicando o que estavam fazendo. Sentiu que tinham cuidado com ela.

. Tratamentos ruins dados pelos profissionais

Kelly e Luana não tiveram nenhuma queixa.

Carolina queixou-se do anestesista, que demorou muito para chegar e por isso ela teve muita dor.

Fernanda, Guilhermina, Isabela e Julia queixaram-se do atendimento dado pelas enfermeiras no pós-parto. Guilhermina sentiu-se confusa porque cada enfermeira que entrava no quarto dava uma orientação diferente. Uma achou que com seu segundo filho foi pouco orientada. Isabela achou que as enfermeiras no berçário fizeram seu bebê passar fome, já que ela não estava produzindo leite. Julia acha que em seu segundo pós-parto ela foi muito pouco orientada. E Fernanda queixou-se de que diagnosticaram erroneamente um problema na língua que dificultaria que o bebê mamasse, que demoravam muito para aparecer quando ela chamava e quando vinham queriam acordar o bebê com métodos com que ela não concordava, como fazê-lo passar frio.

. Nível de confiança nos profissionais

Todas disseram que tiveram confiança nos profissionais que as atenderam.

Carolina acha que a equipe quer o melhor para as pacientes e você tem que confiar neles.

Kelly disse que não sentia que tinha controle sobre o que estavam fazendo com ela porque não via nada, mas sentiu confiança.

. Sentimento de injustiça

Nenhuma sentiu que foi tratada de maneira injusta.

. O que mais gostaram

Carolina gostou mais da hora em que acabou o parto.

Fernanda elegeu três momentos: o contato com a equipe no pré-parto, a hora do nascimento e da família ter acompanhado o parto pela janelinha do hospital.

Guilhermina disse que gostou mais da filha e de ter ficado com a barriga reta logo que o neném saiu.

Para Isabela e Julia o melhor momento foi quando ouviram o primeiro choro de seus nenéns.

Kelly e Luana gostaram de não terem sentido dor. Kelly ainda acrescentou como momento predileto ter ouvido a médica falando ao seu marido para ele ir ver o bebê cabeludinho. E Luana também gostou do fato de o bebê ter nascido bem (temia que ele fosse prematuro) e da amamentação.

. O que menos gostaram

Carolina considerou que as piores partes de toda a experiência são a dor e a demora; ela acha que quem opta por não tomar anestesia é louca.

Guilhermina não gostou de não sentir a perna por causa da anestesia; ela não sentia que estava fazendo força.

Isabela não gostou de ficar trancafiada, sem sentir as pernas, jogada em “um cantinho” no centro cirúrgico no pós-parto.

Julia elegeu como pior momento ter passado mal na hora do nascimento do bebê; acha que a sensação ruim pode ter sido passada para ele.

Kelly não gostou de ter passado mal no pós-parto e ter vomitado;
Fernanda e Luana responderam que não houve nada de que não tenham gostado.

O que mudariam

Carolina trocaria de anestesista, porque além de ele ter se atrasado, a “picou” cinco vezes até achar o ponto da anestesia e esperaria mais em casa o desenrolar do trabalho de parto, como sua médica havia orientado.

Fernanda deixaria seu filho no quarto e não no berçário; não gostou do atendimento dado pelas enfermeiras.

Guilhermina gostaria que a filha tivesse nascido mais tarde, já que ela nasceu com três semanas de antecedência.

Isabela mudaria a gestação; gostaria que ela tivesse sido saudável, sem intercorrências; com relação ao parto não mudaria nada.

Julia não queria ter passado mal.

Kelly queria que seu marido tivesse ficado com ela no pós-operatório; ela ficou insegura sozinha, chorou.

Luana deixaria seus familiares verem menos coisas através janelinha do hospital, estava toda aberta, sentiu-se invadida.

. Como seria um próximo parto

Fernanda gostaria de vivenciar o parto normal.

Guilhermina quer que seu próximo parto seja igual ao primeiro.

Isabela e Kelly gostariam de ter outra cesariana.

Luana gostaria que fosse igual (cesariana), mas acha que talvez haja uma pressão para que seja normal;

Carolina e Julia não responderam.

. Como seria o serviço de atendimento ao parto no qual gostariam de ser atendidas

Carolina faria mais quartos estilo *delivery* e gostaria que as enfermeiras fossem menos frias (ao mesmo tempo relaciona essa frieza ao profissionalismo).

Para Fernanda fatores importantes são ter uma recepção que recebesse bem, ambiente de parto com toda a equipe, inclusive fotógrafo e cinegrafista, janelinha para a família acompanhar o parto e quarto com sala de espera para as visitas.

Guilhermina realizaria um treinamento para as enfermeiras e pediatras darem as mesmas informações e não deixarem as pacientes confusas. Além disso, gostaria de um ambiente tranquilo, que não parecesse um hospital.

Isabela daria a atenção primária ao bebê do lado da mãe e pagaria mais aos profissionais que fizessem parto normal para incentivá-los.

O hospital de Julia seria um ambiente limpo, com acesso ilimitado para as visitas e chip para garantir que os bebês não sejam roubados e permitiria que o bebê mamasse assim que fechassem a barriga.

Para Kelly, o marido teria que ficar junto o tempo todo; nunca poderia deixar a mãe sozinha, porque ela tem dúvidas.

Luana deixaria os bebês visíveis para os visitantes no berçário. Também garantiria a presença de acompanhante e montaria uma boa estrutura para pós-operatório, com equipe de enfermagem.

. Como pacientes contribuem para o parto ser bom

Carolina, Fernanda e Julia acham importante confiar na equipe e fazer o que eles pedem. Para Fernanda, as dúvidas têm de ser tiradas antes do parto, porque fazer perguntas demais na hora do parto atrapalha. Julia ainda acrescentou a importância de não ficar nervosa, não ter medo, nem expectativas negativas.

Guilhermina acha importante ficar calma e tranquila; nervosismo demais atrapalha. Kelly acha que a mulher tem que saber e expor o que quer e que uma pessoa muito insegura, com muito medo, pode atrapalhar.

Isabela e Luana acham que a mulher tem de estar bem orientada, bem informada. Isabela ainda acrescentou que pacientes muito jovens não estão preparadas para o parto.

. Como profissionais contribuem para o parto ser bom

Fernanda acha que o profissional deve tirar dúvidas, criar um ambiente tranquilo e explicar o que está acontecendo à paciente.

Guilhermina acredita que ele tem que passar confiança, conversar muito e dizer como está a dilatação.

Para Julia o profissional não pode atrasar nem ficar nervoso; ele tem que estar bem humorado.

Kelly acha que os profissionais tem que saber o que estão fazendo; têm de estar seguros para passar segurança.

Carolina e Isabela não responderam.

. Contato com o bebê na primeira hora de vida

O bebê de Carolina ficou direto no peito; ela acha que por 10 minutos, o que considerou bastante tempo, achou a parte mais maravilhosa. Ele teve os primeiros cuidados do lado dela. Para ela a equipe que a atendeu teria favorecido essa experiência, não o hospital.

Mostraram o bebê de Fernanda, ela deu um beijo nele e o levaram; quando o trouxeram para mamar ele estava dormindo. Assustou-se por não sentir um amor imenso logo de cara.

Enfiaram uma “coisa” no nariz do filho de Guilhermina, pesaram-no e o deixaram com ela por um tempo. Ele mamou na sala de pré-parto.

Mostraram o bebê de Isabela durante cinco minutos, fizeram foto e vídeo e o levaram embora; ele só ficou com ela quatro horas depois.

Quando o primeiro filho de Julia nasceu, colocaram-no perto, ela fez carinho e o levaram. O segundo ela amamentou na sala de parto e achou isso melhor.

Mostraram a Luana seu bebê, que estava roxo. Ela ficou com medo de ele não estar bem. Aspiraram e ele chorou, levaram-no para pesar e, assim que fecharam Luana, colocaram-no para mamar. A amamentação foi dolorida, mas ela achou “bárbara”.

Kelly não respondeu.

. Presença do acompanhante

Todas foram acompanhadas pelo marido.

Carolina, Guilhermina, Julia e Luana ficaram com eles o tempo inteiro.

O marido de Fernanda só entrou após a anestesia e saiu para acompanhar o filho no pós-parto.

Kelly ficou sozinha no pré e pós-parto.

Isabela também contou com a presença da mãe, mas ficou sozinha na sala de recuperação.

. Pós-parto?

Carolina sentiu dor por causa da episiotomia, ela ficou incomodada por não poder tomar banho por 10 horas após a cirurgia, sentia-se imunda.

Fernanda teve dificuldade para se levantar por causa do corte da cesárea, levou um mês para se recuperar.

O primeiro dia de Guilhermina foi horrível, o corte da episiotomia a incomodava muito, não conseguiu dormir e sentia aflição para ir ao banheiro. Arrependeu-se de não deixar o bebê no berçário na primeira noite.

Isabela disse que não sentiu muita dor porque se automedicou, achou o remédio que passaram fraco. “O neném chora de hora em hora, os pontos doem, você não consegue se levantar, seu peito doendo, o bico cortado, a visão do inferno”.

Julia em seu primeiro parto sentiu incômodo com o corte da cesárea e ardência para fazer xixi, no segundo não sentiu nada. Acha que nada disso atrapalhou nos cuidados com o bebê.

Kelly sentiu incômodo por 15 dias, como se tivesse feito abdominal, acha que não atrapalhou nos cuidados com o bebê.

Luana conseguiu ficar em pé e ter segurança para carregar o bebê no segundo ou terceiro dia. Foi para casa ainda medicada para dor. Acha que a médica foi cruel por tê-la mandado andar, mas acha que isso ajudou na recuperação.

. Retomada da vida sexual?

Carolina ainda estava de quarentena.

Fernanda, Julia e Luana acharam que foi difícil não pelo parto, mas pela rotina de cuidados com o bebê. Além disso, Julia teve dificuldade por estar se sentindo gorda.

Isabela também estava se sentindo gorda e flácida e acha que isso a atrapalhou, apesar de perceber seu marido como mais carinhoso após o parto.

Guilhermina achou a primeira vez um horror, acha que a lubrificação mudou.

Kelly não respondeu.

. Reação dos maridos à experiência de gestação e parto

O marido de Carolina adorou.

O de Fernanda achava que a decisão sobre a via de parto deveria ser da mulher. Ela sentiu que ele a estava apoiando, ficou encantado com o bebê, virou um “paizão”.

O marido de Guilhermina também queria parto normal. O apoio dele deixou-a mais tranqüila.

Isabela optou pelo parto cesariana, mas seu marido tinha preferência pelo parto normal. Ela acha que ele virou outra pessoa depois do parto, mais carinhoso e participativo.

O marido de Julia acompanhou os dois pré-natais, amou tudo.

O de Luana gostou bastante, sentiu confiança na equipe médica. No pós-parto ele cobrava da equipe de enfermagem do hospital que trouxessem o bebê na hora certa.

Kelly não respondeu.

. Impressões sobre as entrevistadas

Carolina – Muito pouco informada. Considera a equipe que a atendeu no parto bastante “natureba”, mas relatou um parto cheio de intervenções, como anestesia, episiotomia e manobra de Kristeller. Parecia não se sentir no direito de ter opinião quanto ao parto, isso cabia apenas à médica.

Fernanda – Muito pouco informada. Bastante preocupada com a parte “social” do parto, com a melhor forma de receber os convidados.

Guilhermina – Relatou um parto normal agendado e com muitas intervenções sem que ela as tivesse demandado, por exemplo, não sentia dor, mas lhe foi dada anestesia.

Isabela – Discurso paradoxal. Ao mesmo tempo em que considerou seu parto bom e disse que não mudaria nada, relatou momentos “infernais”, de extremo sofrimento, físico e psicológico. Como médica acha que o parto normal é a melhor via de parto, mas optou para si, com bastante convicção, o parto via cesariana.

Julia – Parece que até o momento da entrevista não havia pensado em como haviam sido seus partos e por que tomou as decisões que tomou.

Kelly – Não questionou nada em momento algum, apesar de queixar-se de algumas coisas.

Luana – Pareceu inicialmente frustrada por não ter tido parto normal; sempre se refere ao parto como apenas uma cirurgia, não um romance.

. Impressões a satisfação das pacientes com seus partos

Carolina – Parto foi uma guerra, sentiu muita dor, mas acha que no final deu tudo certo.

Fernanda – Gostou de seu parto, apesar de ter sido diferente do que havia planejado.

Guilhermina – Tranqüilo, gostou de poder ter o marido presente e de contar com a presença de familiares e amigos através da “janelinha”.

Isabela – Muito difícil, não só na hora, mas teve complicações importantes na gestação.

Julia – Acha que o primeiro parto foi bastante tranqüilo. O segundo nem tanto, relatou uma relação semelhante a uma crise ansiosa no meio da cirurgia cesariana, quando sentiu o cheiro de queimado.

Kelly – Gostou, principalmente por não ter sentido dor.

Luana – Parto foi bastante diferente do que esperava. Parece ter fantasiado muita coisa que não se realizou e depois disso acabou racionalizando demais a experiência.

7.1.2 Pacientes Atípicas

O quadro seguinte é uma caracterização das entrevistadas (nota-se que os nomes são fictícios):

Nome	Idade	Estado Civil	Número de filhos	Escolha inicial de via de parto	Que via de parto tiveram	Profissional responsável pelo parto	Onde teve o parto
Miriam	32	Casada	1	Normal	Normal com ocitocina	Médico Obstetra	Hospital Particular

Quitéria	28	Casada	1	Normal	Normal	Enfermeira Obstetra	Casa de Parto
Ruth	26	Casada	1	Normal	Normal	Obstetiz	Em casa
Tânia	35	Casada	1	Normal	Normal	Médico Obstetra	Hospital Particular
Úrsula	34	Casada	2	Normal nas duas gestações	1º cesárea e 2º normal	Médico Obstetra	1º em Hospital Particular e 2º em casa
Verônica	33	Casada	1	Normal	Normal com ocitocina	Médico Obstetra	Hospital Particular
Yasmin	31	Casada	3	Normal nas três gestações	1º e 2º cesáreas e 3º normal	Parteira	1º e 2 em Hospital Particular e 3º em casa

Seguem as questões que permearam as entrevistas e as respostas dadas por cada participante:

. Medos e fantasias tiveram durante a gestação com relação ao parto

Tânia disse que não pensava nisso.

Miriam temia que seu neném fosse nascer no carro antes de chegar à maternidade.

Quitéria, Ruth, Úrsula, Verônica e Yasmin tiveram medo de intervenções desnecessárias realizadas em hospitais e principalmente medo de ter que fazer cesárea.

Quitéria também relatou medo de ficar longe do bebê depois do parto.

Úrsula e Yasmin temiam que suas primeiras experiências de parto, que consideraram ruins, se repetissem. Além disso Yasmin temia ter rotura uterina. Úrsula também tinha medo de sentir dor.

. Planejamento das gravidezes

Apenas Yasmin teve uma gravidez não planejada, do primeiro de seus três filhos.

. Apoio nos cuidados com os filhos

Tânia e Miriam têm ajuda de suas empregadas, mas Miriam demorou para adquirir confiança nela, no começo não deixava que ninguém a ajudasse.

Verônica e Quitéria contam com o apoio de seus maridos e de babás.

Ruth é ajudada por seu marido e por uma faxineira.

Úrsula só recebe ajuda de seu marido.

Yasmin não tem ninguém que a ajude no cuidado direto com seus filhos, mas tem uma pessoa que a ajuda nos cuidados com sua casa.

. Vias de parto inicialmente escolhidas

Todas as entrevistadas tiveram preferência inicial por parto normal.

Miriam acredita que a mulher está pronta para parir. Temia cirurgia e acredita que a recuperação de um parto normal é melhor. Queria que seu bebê escolhesse a hora de nascer, queria respeitá-lo.

Quitéria acreditava que o parto normal era mais saudável para ela e para o bebê, quer ter muitos filhos e acha que para isso essa é a melhor via de parto. Além disso, todas as mulheres de sua família preferiam o parto normal. Yasmin também optou pelo parto normal por ser uma preferência entre as mulheres de sua família.

Ruth pesquisou e achou que o parto na água seria menos traumático para o bebê. Não queria anestesia para não passar droga para o bebê. E queria ser protagonista de seu parto para minimizar as chances de sofrer de depressão pós-parto.

Tânia acha que era mais natural.

Úrsula não queria ser operada por conta dos riscos, acreditava que se isso acontecesse sua recuperação seria pior. Além disso, queria passar pela experiência do parto normal.

Verônica sabia que os riscos da recuperação e riscos de morte e outras enfermidades para a mãe e o bebê são menores no parto normal. Achava uma violência com seu corpo fazer uma cirurgia grande sem necessidade. Ela queria passar pelo processo hormonal natural, inclusive pelo histórico que tinha de depressão, queria que o processo natural acontecesse para criar uma relação de vínculo inicial com o bebê.

Vias de parto que tiveram

Apenas Úrsula e Yasmin tiveram partos por vias diferentes das inicialmente escolhidas. Ambas desejavam que seus primeiros partos fossem normais e acabaram tendo cesarianas.

O primeiro parto de Úrsula não evoluiu, ela tomou ocitocina, precisou de anestesia o que acabou desencadeando na necessidade de fazer uma cesárea.

O primeiro parto de Yasmin foi induzido com 41 semanas e a indução não deu certo. No segundo ela tomou uma anestesia muito forte e perdeu completamente a sensibilidade e motricidade das pernas. Isso aumentou o risco de rotura e a médica não quis arriscar.

Fontes de informação que basearam as escolhas

Miriam, Quitéria, Ruth, Tânia e Yasmin buscaram informações no Gama (Grupo de Apoio à Maternidade Ativa), fizeram pesquisas na Internet e participaram de listas de discussão de usuárias. Além disso Quitéria procurou orientação com sua mãe e sua avó, Ruth manteve contato via e-mail com um médico em quem confiava, Tânia e Yasmin buscaram orientações em seus pré-natais e Yasmin conversou com amigas ligadas à humanização.

Úrsula leu livros, relatos de parto e informações encontradas na Internet.

Verônica também participou das listas de discussão, leu bastante, buscou informações no pré-natal e fez curso de ioga para gestantes.

Informações passadas no pré-natal

Quitéria não fez pré-natal com um médico específico.

Miriam negociava com seu médico, ele dizia que faria o que ela queria se o bebê estivesse bem, não faria parto normal com o bebê sentado.

Ruth conversou com a obstetrix sobre dor, possíveis intercorrências e em que circunstâncias ela seria levada para o hospital (optou pelo parto em casa). Sentiu um esforço por parte da profissional em não deixá-la preocupada.

Tânia mudou de médico no pré-natal com 36 semanas de gestação. O primeiro dizia para ela só se preocupar com a decoração do quarto, etc., não se sentia a vontade para tirar dúvidas. A segunda médica a esclareceu quanto a métodos de alívio de dor e presença de doula.

Verônica também mudou de médico ao longo da gestação, com 34 semanas. O primeiro médico disse que esperaria seis horas com bolsa rota e partiria para indução. Ela sentia que ele respondia apenas porque e o que ela perguntava.

Úrsula teve dois médicos, um em cada gravidez. Na primeira gestação gostava do fato de o médico não falar nada, não examinar e não pedir exame. Na segunda queria que fosse mulher, se sentiu mais a vontade, médica insistia para que conversassem.

Yasmin teve três partos, os dois primeiros com a mesma médica, ela falava muito de “perfumaria”, falou da necessidade de fazer exercícios, nunca falou de humanização.

. Parto foi melhor, igual ou pior do que o esperado

Ruth considerou que foi igual, achou a possibilidade de o marido participar maravilhosa. Nota-se que ela já tinha uma expectativa bem alta de como seria seu parto.

Quitéria e Tânia consideraram que foi muito melhor. Quitéria achou que foi mais rápido e menos dolorido do que imaginava e Tânia considerou ter experienciado uma coisa que ela nem sabia que existia.

Para Verônica houve aspectos que foram piores do que imaginava, ela idealizou um parto na água ou de cócoras que não aconteceu e queria ter tido o bebê em casa e não no hospital.

Miriam não soube responder, achou bom, mas podia ter sido melhor.

Úrsula e Yasmin relataram primeiras experiências de parto piores do que esperavam e experiências recentes que superaram muito as expectativas; Úrsula porque achava que não conseguiria ter parto normal e o teve e Yasmin porque achou que o parto seria mais longo do que foi.

. Bons tratamentos dados pelos profissionais

Miriam achou sua doula muito acolhedora e carinhosa, defendia-a de tudo “como uma leoa”. Sentiu-se segura com o médico, acha que graças a ele teve um tratamento diferenciado no hospital. Equipe da recepção foi carinhosa.

Quitéria gostou do fato de não ter tido ruptura do seu processo de parto com mudança de sala, sentiu que a equipe que a atendeu respeitou o tempo dela e do bebê. Ruth elogiou o fato de sua obstetrix estar sempre com cara de que estava sob controle, era como uma anestesia natural. Além disso, foi importante o fato de ela se basear em evidências científicas em sua prática. Achou a equipe toda que a acompanhou muito carinhosa.

Tânia também considerou sua doula acolhedora. Ficou à vontade para se expressar com a equipe e sentiu que era muito incentivada por eles. Sentiu-se respeitada, ninguém fez nada que ela não quisesse. O médico assistente passou muita segurança para ela.

Úrsula teve dificuldade para evoluir a dilatação, como havia tido no primeiro parto que acabou sendo cesárea, mas nessa segunda experiência sua médica fez massagem no colo do útero e o trabalho de parto evoluiu, ela considerou isso um bom tratamento dado. Além disso, achou que falar sobre seus medos com a doula a tranqüilizou.

Verônica gostou do fato de nada ter sido feito sem consultá-la antes, sentiu que a médica a respeitou. “Tudo foi feito de uma maneira muito delicada, com muita tranqüilidade, sem nenhuma violência desnecessária.” Auxiliar visitou-a no pós-parto e a ajudou a lidar com uma preocupação sobre o peso do bebê.

Yasmin sentiu muita confiança na equipe que a atendeu, sentiu que estavam dedicando atenção a ela.

. Tratamentos ruins dados pelos profissionais

Miriam queixou-se da enfermeira que durante o trabalho de parto falou que o bebê estava em sofrimento, isso a fez chorar e questionar suas decisões. Além disso, quando já estava quase no período expulsivo um anestesista entrou no *delivery* e ofereceu anestesia a ela, ela acha que não precisava ter feito isso, que ela teria pedido se quisesse, teria sido difícil resistir se sua doula não a tivesse defendido.

Ruth não gostou do fato de o ultrassonografista, no dia anterior ao parto, ter dito a ela que o bebê não estava encaixado e que ela não conseguiria ter parto normal, isso a deixou insegura.

Tânia teve problemas com o atendimento oferecido pelo hospital no pós-parto. Não tinha quarto para ela, foi mandada para uma sala sem ter onde o acompanhante ficar e sem comida para nenhum dos dois. Era protocolo do hospital que o bebê passasse pelo berçário para avaliação, mas demoraram mais de dez horas para que o levassem de volta para o quarto: "Me violentou muito essa coisa de eu não ter poder sobre o meu filho depois que ele nasce e dentro da minha casa mando eu."

Úrsula em seu primeiro parto acha que o médico não explicou tudo para ela, que fez intervenções ruins que acarretaram e cesárea e que a doula não a defendeu. Após o ocorrido sua doula falou que não precisava ter sido cesárea e isso a deixou deprimida.

Verônica ficou insatisfeita com muitas atitudes por parte dos profissionais. Médico do pré-natal receitou remédios não indicados para gravidezes de baixo risco, por estarem ligados a pesquisa que ele desenvolvia; Médica do convênio passou remédio para descer menstruação quando ela já estava grávida; No início do trabalho de parto começou a ter contrações, foi fazer exames no hospital e passou muito tempo lá, tudo demorava muito, sentia que não davam atenção a ela, ao mesmo tempo em que via que as "mãezinhas" que chegavam para fazer cesárea eram bem atendidas; Irritou-se com enfermeira que queria buzinar no cardiotoco, não queria ter parto no hospital depois disso, acha que isso travou o parto; Ficou chateada porque a doula não a visitou no pós-parto; Teve dificuldade com a equipe de enfermagem no pós-parto, chamava e ninguém aparecia ou aparecia muito tempo depois quando já não precisava mais. Chegou a precisar de ajuda com a amamentação. Para tirar dúvidas se a pega estava direita, chamou alguém para dar uma olhada e, quando chegavam, o bebê já tinha mamado e estava dormindo. Maioria das enfermeiras era bem desagradável; entravam sem bater de manhã "bem cedinho".

Quitéria não se queixou de nada.

Yasmin não respondeu.

. Nível de confiança nos profissionais que as atenderam

Seis disseram que sentiram confiança, uma disse que como teve uma primeira experiência de parto ruim, em que não sentiu confiança no médico que a atendia, ficou com muito medo da segunda médica; não a deixava chegar perto, mas sentiu confiança na doula.

. Sentimento de injustiça

Miriam, Quitéria e Ruth não sentiram que foram tratadas de maneira injusta.

Tânia e Verônica consideraram que foram tratadas com injustiça. Tânia queixou-se da demora de mais de 10 horas para levar o bebê do berçário ao quarto e Verônica sentiu que foi tratada com descaso na admissão, enfermeira no exame de cardiotoco dizia que ela não estava sentindo o que ela dizia sentir e no pós-parto sentiu que foi deixada de lado, chamava e ninguém vinha.

Úrsula e Yasmin não responderam.

. O que mais gostaram

Miriam gostou de sentir a contração, apesar da dor sentia que o bebê estava chegando e da emoção de fazer a força de expulsão. Indo na mesma linha Verônica elegeu como momento preferido ter conseguido dar a luz, ter passado por isso de maneira consciente e de ter sentido cada etapa do nascimento e cada pedacinho do bebê passando.

Quitéria e Yasmin gostaram do momento em que o bebê nasceu e que puderam ficar com ele, sem pressa.

Ruth preferiu a sensação de realização ao final do parto.

Tânia elegeu o respeito como o preferido, de ter tido o parto como ela quis, ninguém fez nada que ela não quisesse.

Úrsula gostou que tenha sido em casa;

. O que menos gostaram

Miriam não gostou que seu parto tenha sido muito longo e de ter tomado ocitocina, acha que isso pode ter aumentado a dor.

Quitéria não gostou de não saber quanto tempo ia durar o trabalho de parto.

Ruth queria ter parido na banqueta e isso não foi possível porque não havia uma disponível; teve de parir na cama.

Tânia não gostou do pós-parto, que descreveu como violento.

Úrsula não queria que tivesse pessoas em casa (empregada, marido e filhos).

Verônica não gostou de não ter tido o parto em casa como queria, queria que o bebê tivesse nascido na água e que ela não tivesse tomado ocitocina. Também queria que o bebê tivesse nascido maior.

Yasmin gostaria que a equipe tivesse chegado antes, queria que o parto tivesse sido mais longo para ela aproveitar mais e não gostou de ter vomitado de dor.

. O que mudariam

Miriam tentaria ficar com menos medo e se arrepende de não ter dado de mamar para o filho logo que ele nasceu.

Quitéria só gostaria de ter sabido quanto tempo ia durar.

Ruth gostaria de ter tido a banqueta.

Tânia mudaria essa história de separação no pós-parto.

Úrsula teria escolhido outro médico no primeiro parto, teria pedido para não tomar soro e teria esperado mais antes de operar, no segundo não mudaria nada.

Verônica não teria tido filho no hospital.

Yasmin contaria para sua mãe sobre o parto para ela poder estar junto.

. Como seria um próximo parto

Miriam espera ficar mais calma, não tomar ocitocina e dar de mamar para o neném assim que ele nascer.

Quitéria optaria por ser atendida por um médico que conheceu recentemente, com a assistência de uma doula.

Tânia teria um próximo parto em casa.

Verônica pensaria duas vezes antes de engravidar de novo por causa da relação difícil que teve com seu marido durante a gestação, mas se fosse ter outro filho teria em casa.

Yasmin fica incentivada a ter mais um filho por causa da boa experiência recente.

Úrsula e Ruth não responderam.

. Como seria o serviço de atendimento ao parto no qual gostariam de ser atendidas

Miriam, Ruth, Tânia, Úrsula e Verônica se preocuparam em ter um lugar com bola, banheira, música, sofá, banquetas e alimentos à disposição. Ruth acha que isso seria em casa, Miriam, Tânia e Úrsula defendem a ampliação dos quartos de delivery nos hospitais, sem cara de hospital e Verônica acha o ambiente de uma casa de parto o mais adequado.

Miriam acha importante que haja profissionais que acreditem no parto natural.

Quitéria garantiria que tivesse um curso para as gestantes sobre preparação física e emocional para o parto, voltado para o parto natural, e um curso sobre cuidados com o bebê.

Tânia defende ainda que haja berçário apenas para quem precisa.

Úrsula e Verônica acham que os profissionais deveriam ser quem a pessoa escolhesse, o importante é sentir-se à vontade.

Yasmin disse que só teria parto em casa, porque tudo o que precisa está lá. Viu um filme que mostra um lugar com salas em que fica só o casal e quem eles querem, colchão no chão, frigobar, uma casinha para a pessoa, próximo a um centro de emergência caso fosse necessário, mas não dentro do hospital.

. Como pacientes contribuem para o parto ser bom

Miriam, Ruth e Tânia acham que é preciso estar bem informada.

Miriam ainda acha importante cuidar da saúde e não ficar muito nervosa porque isso contagia a equipe. Ruth também acha importante ter bom humor e disponibilidade para fazer o que o profissional pede.

Quitéria acredita que a mulher não pode aceitar tudo o que é imposto, dependendo do lugar vai ter que lutar para que não haja intervenções desnecessárias.

Úrsula acha que é preciso se desligar de tudo e confiar que as pessoas que estão em volta dela vão resolver tudo e que ela não vai precisar pensar. Que ela possa se desligar, se integrar com o ambiente para poder ter a interiorização necessária.

Para Verônica a atitude é mais prévia do que na hora, o preparo emocional, a escolha dos profissionais que vão atender e do local em que terá seu bebê. Também acha que

é importante procurar ficar tranqüila e não ter medo ou vergonha de fazer o que o corpo pede.

Yasmin acha que a paciente tem que ter a consciência de que o parto e o filho são dela, então se não gostou de alguma coisa tem que falar e não ter atitude “mãezinha”.

. Como os profissionais contribuem para o parto ser bom

Miriam acha que o profissional tem que acolher, confortar, passar segurança e ir explicando o que está acontecendo.

Ruth acha importante o profissional passar um semblante de confiança, estar preocupado com a saúde mental da paciente e dar carinho e atenção. Além disso, é essencial que realizem consultas de pré-natal longas para esclarecer as dúvidas.

Úrsula acha que eles não podem fazer a pessoa pensar em coisas que não têm a ver com a hora e tem que estimular a pessoa a falar sobre o que tem medo.

Para Verônica o profissional tem de tornar o ambiente o mais acolhedor e confortável possível, sem frio, interrupção, barulho. Acha que um profissional que fica interferindo a toda hora atrapalha e que não devem fazer coisas sem perguntar nem explicar.

Yasmin defende que o profissional tenha consciência de que ele está fazendo assistência ao parto, mas quem faz o parto é a mãe, o útero, ou até o pai junto, apoiando.

Quitéria e Tânia não responderam.

. Como foi o contato com o bebê na primeira hora de vida

Miriam não quis dar de mamar e hoje se arrepende.

Quitéria logo ficou com o bebê pelo tempo que quis, amamentou e só quando autorizou elas o levaram para limpá-lo e pesá-lo.

O bebê de Ruth nasceu, foi direto para o peito, dormiu e depois mamou. Ela achou incrível, mas um pouco estressante porque teve bastante sangramento. Marido foi o primeiro a pegar o neném.

O bebê de Tânia foi direto para o colo dela. Ela e o marido não sabiam o sexo do bebê e foram os primeiros a ver. Ele mamou na sala de delivery, e depois o levaram porque é protocolo do hospital.

O primeiro bebê de Úrsula não estava muito esperto, a pediatra não queria deixar o neném mamar, mas a doula trouxe, foi bom ter visto, ter colocado ele, mas ele não quis mamar. Ela se emocionou. Depois o levaram, enfiaram o caninho nele, aquelas coisas que ela considera que não eram necessárias. O segundo neném ficou com ela o tempo todo, mamou e dormiram juntos.

O neném de Verônica mamou e ficou um bom tempo com ela. Só saiu quando passou pro quarto. Eles ficaram bastante tempo na delivery porque os quartos estavam todos ocupados. Recebeu os primeiros cuidados no delivery com ela, tomou banho do lado dela. Passou pelo berçário enquanto ela ia para o quarto, começou a demorar um pouquinho, mandou o marido ir lá ver e um pouquinho depois levaram. Yasmin teve contato com seu primeiro filho quando ele tinha seis horas de vida e com o segundo com 4 horas de vida. O último nasceu, foi para o braço dela e eles ficaram se lambendo. O bebê procurou a mama, mas não mamou. Cortaram o cordão. A pediatra pegou o bebê só para ajudar a mãe a levá-lo para a cama. Marido levou, secou-a, colocou uma touquinha e ficaram juntos até o bebê não querer mais mamar. Depois, ao lado da cabeça dela o bebê foi pesado, medido, trocado e voltou para o colo.

. Presença de acompanhante

Todas tiveram o marido e uma doula acompanhando o parto.

Além disso, Quitéria também contou com a presença de uma amiga, Ruth com uma cunhada, Úrsula com a empregada da casa e filho mais velho e Yasmin com seus dois filhos mais velhos.

Todas tiveram acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto, com exceção de Tânia que não pode ficar com o marido no pós-parto imediato porque a colocaram em uma sala em que ele não cabia.

. Pós-parto

Miriam considerou seu pós-parto fisicamente tranquilo, mas ficou emocionalmente mexida. Teve uma laceração, tomou ponto, mas se recuperou bem.

Quitéria sentiu ardência na manhã seguinte, mas logo passou, sentiu pouca dor no útero, se recuperou muito rápido.

Ruth teve sangramento acentuado e anemia, sem laceração, só com um pouco de ardência para fazer xixi. Marido ajudou muito nos cuidados com o bebê porque ela ficou de cama, isso a ajudou a confiar na capacidade dele de cuidado.

O bebê de Tânia ficou na UTI por uma semana com desnutrição, acha que a força da experiência do parto a ajudou a lidar com essa situação.

Após o primeiro parto de Úrsula, que foi cesariana, ela ficou tomando analgésico, não tinha posição para dormir, demorou dois meses para cicatrizar, teve depressão pós-parto, acha que isso não afetou sua capacidade de cuidar do bebê. No segundo teve laceração e não quis tomar ponto, marido ficou incomodado com isso, o que a irritou, ardia para urinar, cicatrizou em uma semana. Acha que as cólicas interferiram na possibilidade dela de cuidar do bebê.

Verônica não teve dificuldade de se movimentar. No dia ficou “ligada”, nem dormiu. Teve laceração, que necessitou de pontos, e hemorróidas; ambos eram incômodos. Teve um pouco de incontinência no início, mas fez exercícios e voltou ao normal.

Depois da segunda cesárea Yasmin teve depressão pós-parto, ficava chorando, acha que isso atrapalhou a relação com os filhos nos primeiros meses. Após as cesáreas teve retenção de urina, só urinava com sonda, sentia dor, o leite não descia e ela não conseguia dormir. Teve pequenas lacerações após o parto normal que foram suturadas, conseguiu urinar rapidamente, evacuou normalmente, sem desconforto nem ardência.

. A retomada da vida sexual

Miriam achou que a relação melhorou após o parto.

Quitéria teve bastante dor no começo, canal vaginal ardia, acha que era hormonal. Ela também acha, assim como Ruth e Úrsula, que os cuidados com o bebê atrapalham a vida sexual, não o parto.

Tânia relatou que o problema de saúde do filho no pós-parto afetou a vida do casal, um ficava culpando o outro, eles ainda moram em casas separadas.

Verônica teve um pouco de dor nas primeiras relações.

Yasmin ainda estava de quarentena, mas relatou que nos primeiros partos, não sabe se por causa da cesárea ou da depressão, teve dificuldade na retomada da vida sexual, não sentia dor, mas não tinha vontade, era psicologicamente difícil.

. Reação dos maridos à experiência de gestação e parto

Miriam ficou muito arisca com o marido e isso o deixou assustado; ele não sabia como agir, mas ela sente que ele apoiou suas decisões.

O marido de Quitéria achava que as decisões tinham que ser tomadas pela mulher e que ele as apoiaria. Achava ela chata por sempre trazer informações demais. Inicialmente ele não queria participar do parto, achava íntimo demais, mas participou e gostou.

Ruth acha que a experiência de parto melhorou a relação do casal, eles foram se informando juntos sobre as opções de parto, no começo ele ficou com receio do parto em casa, mas hoje é militante do parto natural.

O marido de Tânia não a acompanhava no pré-natal, mas a acompanhou e ajudou na tomada de decisão da mudança de médico. Participou do parto.

Úrsula disse que seu marido acha que ela é obcecada pelo tema parto, a acompanhou, mas como viu a frustração dela com o primeiro parto cesárea, achou que as decisões teriam de ser tomadas por ela. No primeiro parto ela o quis por perto, no segundo o afastou, temia que ele sofresse. Ficou chateado por não ver a cabeça do bebê saindo.

O marido de Verônica acompanhou muito pouco a gravidez, participou muito pouco, apoiou as decisões dela muito pouco. Não queria que ela mudasse de médico, ficou sem falar com ela por uma semana.

Marido de Yasmin levantou a idéia de parto em casa, mas depois ficou com um pouco de medo, mandou construir uma banheira em casa para facilitar o processo.

. Impressões sobre as entrevistadas

Miriam – Muito bem informada, sabia o que queria, mas estava insegura. Não quis contar sobre suas decisões de parto para seus amigos e familiares. Ficou muito fragilizada na hora do parto, deixou que a doula a defendesse. Emocionou-se durante a entrevista quando falou sobre como foi bem cuidada pela doula.

Quitéria – Bem informada e decidida. Por medo de sofrer intervenções desnecessárias e não ter encontrado nenhum profissional em quem confiava optou por ter seu parto na Casa de parto de Sapopemba, mesmo tendo convênio médico.

Ruth – Muito bem informada e decidida. Conseguiu sustentar decisões difíceis, a gestação durou 42 semanas, o médico que fez sua última ultrassonografia disse que o bebê não estava encaixado e que ela não conseguiria ter parto normal, mas mesmo com medo e insegura ela não mudou de idéia. Não quis contar a seus familiares sobre a decisão de ter parto em casa, achou que seria mal aceita.

Tânia – Ter conseguido ter o parto como ela queria foi muito empoderador. Relatou detalhadamente cada momento, desde o início do trabalho de parto. Pós-parto muito difícil, desde os cuidados oferecidos pelo hospital, que segundo ela parecia não estar preparado para atender pacientes que optam pelo parto normal, até o desenrolar do problema de saúde do seu filho, que foi acarretado por um mau manejo da amamentação. Mudou de médico com 36 semanas de gestação, saiu da posição passiva para a ativa.

Úrsula – Se fechou muito no segundo parto em decorrência do trauma sofrido no primeiro. Não permitiu que seus pais, seu marido e sua médica se aproximassem dela durante o segundo trabalho de parto. Temia que o marido e os pais fossem se decepcionar de novo e fossem sofrer. Acha que o pai não agüentaria a idéia de ela ter parto em casa. Disse que quis ter o segundo filho para tentar ter um parto que considerasse bom.

Verônica – Apesar de ter se apresentado quando convocada para a entrevista como alguém que teve um bom parto, humanizado, hospitalar, começou a chorar desde o início da entrevista. Teve muita dificuldade de relacionamento com seu marido durante a gestação e toda sua família mora em outras cidades, sentiu-se muito só. Não conseguiu tomar as decisões que queria com relação ao seu parto, mas conseguiu mudar de médico com 34 semanas de gestação, para isso enfrentou seu marido, que passou uma semana sem falar com ela. Engravidou logo que terminou um tratamento medicamentoso para depressão, mas permaneceu em acompanhamento psicológico. Parto hospitalar pareceu bastante traumático, queixou-se muito do tratamento que recebeu. Acha que o fato de ter sido “impelida” a ter seu parto em um hospital, e não em casa como queria, travou-a e afetou as contrações, levando-a a necessitar de ocitocina, isso a incomodou muito nos primeiros dias após o parto.

Yasmin – Seus dois primeiros partos foram cesáreas, temia muito que o terceiro também acabasse sendo. Foi chorando para seus dois primeiros partos quando descobriu que seriam cesarianas. Afastou seus familiares na terceira experiência com medo de que eles se frustrassem se ela não conseguisse ter parto normal.

Cinco entrevistadas mudaram de profissional ao longo da gestação, quando perceberam que estes não seguiam a linha de atendimento que elas buscavam. Duas delas fizeram essa mudança quando já estavam com mais de 34 semanas de gestação.

. Impressões sobre a satisfação das pacientes com seus partos

Miriam – Ficou muito ansiosa e com muito medo, isso pode ter dificultado o trabalho de parto. Bastante arrependida de ter pedido ocitocina.

Quitéria – Ficou muito satisfeita com o parto que teve.

Ruth – Adorou seu parto, apesar de ter tido um pós-parto complicado.

Tânia – Achou muito gostoso. Sentiu-se muito empoderada no parto, sentia que estava comandando. Experiência transformadora. Acha que o parto ter sido como foi a ajudou a lidar com problema de saúde que seu filho apresentou nas primeiras semanas de vida;

Úrsula – Primeira experiência de parto foi extremamente traumática, sofreu de depressão pós-parto, tinha a sensação de que seu corpo era falho. Apesar do grande medo que sentiu de que a primeira experiência se repetisse no segundo parto, o fato de ele ter saído como ela planejava fez com que ela voltasse a se sentir bem consigo mesma.

Verônica – Frustrada com a experiência de parto, apesar de ter dificuldade de dizer isso. Chorou bastante ao longo da entrevista ao se lembrar da relação difícil que se estabeleceu entre ela e seu marido durante a gestação. Sentiu que graças a esta dificuldade ela não pôde escolher aquilo que realmente queria para o seu parto, como por exemplo, realizá-lo em sua casa.

Yasmin – Dois primeiros partos foram muito ruins e frustrantes. Em ambos ela tinha a expectativa de ter partos normais que acabaram evoluindo para cesáreas. Ela atribui isso ao despreparo da equipe que a atendeu. Seu terceiro parto foi tudo o que ela

queria. Isso a fez sentir-se bem por um lado, mas por outro lado ficou com ainda mais raiva de as primeiras experiências terem sido como foram.

7.1.3 Profissionais Típicos

O quadro seguinte é uma caracterização dos entrevistados (nota-se que os nomes são fictícios):

Nome	Profissão	Formado há quantos anos	Em que setor trabalha	Que via de parto teriam ou tiveram
Allan	Médico ginecologista e obstetra	8	Privado	Indicaria cesárea para companheira
Bernardo	Médico ginecologista e obstetra	3	Privado e Público	Não tem preferência
Dimitri	Médico ginecologista e obstetra	22	Privado e Público	Esposa teve duas cesáreas. Ele queria parto normal.
Heloisa	Médico ginecologista e obstetra	5	Privado e Público	Teria cesárea
Nair	Médico ginecologista e obstetra	3	Privado	Teria cesárea
Silvia	Médico ginecologista e obstetra	2	Privado e Público	Teria parto normal
Wilson	Médico	4	Privado e	Esposa prefere

	ginecologista e obstetra		Público	parto normal
--	-----------------------------	--	---------	--------------

Seguem as questões que permearam as entrevistas e as respostas dadas por cada entrevistado:

. A boa assistência ao parto

Allan acha que a cesárea é o melhor para mãe e bebê.

Para Bernardo o importante é o conforto materno, e ver a mãe e bebê bem, independente da via de parto.

Para Heloisa é necessário que haja um médico e enfermeira presentes, controle freqüente de evolução e acesso a anestesia.

Dimitri, Nair e Silvia consideram que o ideal é o parto normal. Dimitri ressalta que dentro disso ele pode ser convencional ou humanizado. Nair acha que o porém é que as complicações do parto normal são piores que as da cesariana, e ressalta ainda a importância de um pré-natal bem feito. Silvia defende, ainda, que deve haver parte médica coerente, com monitoração fetal, profissionais que a paciente já conhece, analgesia e boa assistência neonatal e acompanhante.

Para Wilson uma boa assistência ao parto é aquela adequada, sem exageros vaginalistas extremos, de quem quer o parto normal a todo custo, o objetivo é a criança e a mãe saírem bem.

. A paciente que cria problema

Bernardo costuma ter problemas com pacientes resistentes às condutas médicas, que querem impor as delas, acha que os médicos têm mais boa vontade de atender quando elas colaboram.

Dimitri considera as pacientes que dão mais trabalho as poliqueixosas, com problemas de base emocional, familiar e profissional e que acabam por demandar muita atenção dos médicos.

Heloisa tem mais problemas com pacientes do setor público pela falta de leito e analgesia.

Nair e Wilson consideram que a paciente que cria problema é aquela que quer cesariana logo de cara, mesmo sendo indicado o parto normal, elas não querem nem tentar. Um deles ressalta a importância da participação da mulher no parto normal e que isso acaba dificultando.

Allan e Silvia acreditam que gestantes muito jovens, adolescentes, são mais complicadas, que não têm estrutura. Além disso, Silvia também enfrenta dificuldades com pacientes que não querem a gestação e o bebê nasce e não há afinidade.

. A paciente ideal

Para Allan a paciente ideal é perfeitamente calma, acha que pacientes de cesárea, por terem hora marcada, são mais tranquilas, além disso, prefere aquelas que já tiveram outros filhos.

Bernardo gosta daquela paciente que confia e tenta fazer o que é pedido.

Para Dimitri a ideal é a paciente que teve um bom pré-natal, tem a saúde boa, quer parto normal, o tem e fica satisfeita.

Nair acha que o ideal é que haja uma boa relação médico-paciente.

A paciente ideal para Nair é aquela que tem relacionamento estável com o marido, que quer a gravidez, consegue reduzir a carga horária de trabalho, faz atividades físicas e tenta não engordar.

Para Wilson ideal é a paciente que está disposta a fazer o que é melhor, não o que ela quer;

Heloisa disse que não há como responder essa pergunta, porque cada paciente “é de um jeito”.

. Considerando que a mãe e o bebê ficaram bem, o que mais o parto tem que ter para ficarem satisfeitos

Para Allan o bebê tem de ter nascido bem, tem de haver uma boa estrutura hospitalar, profissionais calmos, tratando bem a paciente e acompanhando bem o trabalho de parto.

O ideal para Bernardo é parto normal com analgesia.

Dimitri fica satisfeito com um parto sem intercorrências, tranquilo, que não precisa de medicação, fórceps e analgesia. Sem dor e no qual a paciente fica satisfeita, chora de emoção e felicidade.

Para Heloisa a mãe tem de estar satisfeita e o neném tem de nascer bem, sem complicações.

Para Silvia o parto tem que ser como a mãe quer.

Wilson acha que em um parto normal a paciente tem de estar “direitinha”, a evolução do parto tem de ser tranqüila e a criança tem de nascer. Para ele a via de parto não importa tanto quanto o resultado final.

Nair não conseguiu pensar em nada além de o bebê e a mãe estarem bem.

. Porcentagem de parto vaginal que acompanham

Allan e Heloisa não responderam.

Bernardo – 70% no público e 40% no privado (acha que faz uma quantidade alta de partos vaginais).

Dimitri – 50% a 60% no privado.

Nair – Público 70%, privado de 30% a 40%.

Silvia - 70% no público plantão em hospital particular 60% e no consultório 50%.

Wilson - 80% de parto normal no geral, no privado há muito mais ocorrência de cesárea.

. O que orientam no pré-natal

Allan coloca os prós e contras das duas vias, mas diz que prefere cesárea e por quê. Se paciente quer parto normal ele a encaminha.

Bernardo diz que parto normal tem menos complicação, fala sobre monitoração contínua e anestesia no período expulsivo.

Dimitri incentiva que a paciente tente o parto normal, mas se na última consulta ela fiz querer cesárea ele faz. Ele acha que no setor privado a palavra final sobre a via de parto é da paciente, no público a palavra final é do médico. Acredita que no setor público não se estabelece relação médico-paciente, as pacientes que não apresentam nenhum problema ficam desassistidas.

Heloisa não orienta nada no serviço público; alega que lá é “normal e ponto” e há muito pouca possibilidade de uso de analgesia; no privado pergunta sobre a preferência de via de parto e se a paciente está disposta a enfrentar esse tipo de parto que é prolongado e não é simples.

Nair acha que informação diminui o risco de trauma, fala sobre as vantagens e desvantagens de cada via.

Silvia tenta incentivar o parto normal, a convencer a pelo menos entrar em trabalho de parto, acha que pacientes têm medo da dor, fala sobre a possibilidade de uso de analgesia. Paciente fala sobre o que tem vontade e ele diz que tem que ver na hora.

Wilson fala que dor é normal, que se fosse fácil seria “férias de parto” e não “trabalho de parto”. Acha que as pacientes de convênio geralmente querem mais cesárea, principalmente por não quererem sentir dor. A paciente do setor público é a empregada dessa mulher que quis cesárea e por isso considera a cesárea melhor.

. O parto emocionalmente traumático

Todos consideram que o parto pode ser emocionalmente traumático.

Para Allan isso acontece se a mulher sentir muita dor e não souber direito o que está acontecendo. Para ele, no setor privado é mais difícil que o parto seja emocionalmente traumático, a menos que sejam em situações de emergência, no público a falta de estrutura favorece que isso aconteça;

Bernardo cita como possíveis causas de trauma agressão à integridade da paciente, não dar ouvidos a ela e não conseguir fazer analgesia.

Heloisa acha que o medo da dor é potencialmente traumático e por isso as mulheres optam por fazer cesáreas.

Nair acha que trabalhos de parto demorados, muita dor e quando a paciente é muito jovem são situações que podem causar um parto traumático.

Para Silvia isso poderia ser causado por dor ou pelo fato de o bebê não ter nascido bem, ou se acontecer alguma coisa diferente do que a mulher planejou, como querer ter parto normal e não ter, além de gestações indesejadas. Acha que trauma no serviço público é mais ligado à dor e no privado à possível frustração de não ter tido parto normal. Crê que o parto indesejado é mais comum no público.

O que desencadearia um parto emocionalmente traumático segundo Wilson seria a desorientação da paciente, não entender as dores das contrações, ela precisa entender que se não tiver dor não nasce.

Dimitri acredita que em 95% dos casos o dia do parto é o dia mais feliz da vida da mulher. Para ele patologias obstétricas poderiam tornar o parto traumático. Acha que em hospitais públicos há um despreparo para que as mulheres tenham partos humanizados, elas sentem muita dor, supervalorizam os sintomas e passam mal.

. Como as pacientes contribuem para a experiência de parto ser boa ou ruim

Allan, Dimitri e Heloisa apontaram a importância de elas estarem bem informadas. Além disso, Allan acha que elas têm que estar psicologicamente bem preparadas, conhecer o hospital em que vão ficar e terem boa relação com o médico. Dimitri ressaltou a importância de ficarem seguras e tranquilas, para não ficarem com medo do parto, assim elas não vão gritar nem fazer escândalo e tem que estar acompanhadas do marido.

Para Heloisa a informação vai contribuir para que elas colaborem no parto, principalmente no expulsivo, porque se não colaborarem pode haver um desfecho ruim.

Bernardo defende que as pacientes não devem ter questões corporais; ele acha ruim quando a família impõe cesárea.

Nair acha que a paciente tem que saber que vai sentir dor, tem que ajudar; ela não gosta quando as mulheres gritam e fazem show.

Silvia não respondeu.

. Como os profissionais contribuem para a experiência de parto ser boa ou ruim

Para Allan o profissional tem que estabelecer uma boa relação com a paciente, conversar bastante, ter paciência, principalmente no parto normal e boa relação entre os profissionais da equipe para que transmitam calma e segurança.

Bernardo acha que o profissional não pode ser mal educado.

Dimitri acha que é preciso estar calmo, tranquilo, disponível e seguro do que está fazendo.

Heloisa acha que não tem atitudes que contribuem para um parto se ruim, apenas talvez insistir em um parto normal sem a mulher ter condição para tal e se tratarem as pacientes mal, de forma fria. Precisam avaliar a paciente para ver como está a evolução.

Nair acha que é preciso ter paciência, informar e orientar as pacientes no pré-natal.

Silvia acha que o profissional tem de tentar “ir atrás” do que a mulher quer, ouvi-la, estar interessado e explicar tudo o que acontece.

Para Wilson o médico tem certa ansiedade para fazer a coisa se resolver e isso pode acabar prejudicando, acaba dando muita medicação para acelerar o parto. Acha que medo de processo judicial também pode desestabilizar o profissional.

. Injustiça no parto

Heloisa e Nair responderam que não presenciaram situações de injustiça.

Allan acha que injusta é a diferença entre a qualidade do atendimento no serviço público e no privado e o fato de a mulher poder escolher a via de parto que quer no setor privado.

Bernardo e Silvia apontaram a falta de educação de alguns profissionais, maltratando as pacientes, gritando com elas.

Dimitri não deu exemplos, mas disse que é muito raro isso acontecer.

Wilson disse que há pacientes que ficam descontroladas pela dor, ficam agressivas com os médicos e eles respondem de maneira agressiva; elas agem como bichos e os médicos as tratam como tal.

. Como montariam um serviço de atendimento ao parto

Allan disse que para uma cesárea agendada pode ser a estrutura hospitalar habitual. Para o parto normal uma sala de pré-parto, ambiente confortável e tranquilizador. Permitiria a presença de acompanhante, teria bons equipamentos e limpeza.

Bernardo faria igual a um que viu em Portugal, com cinco suítes com hidromassagem, quando a paciente começar a sentir dor passa o cateter de peridural. Cada paciente tem seu cardiotoco para monitoração constante.

Heloisa acha que precisa ter espaço adequado para o acompanhante, uma poltrona, não cadeira e ter uma sala de analgesia de parto.

Vantagens e desvantagens do parto normal para o bebê

Vantagens: Para Bernardo o bebê nasce com melhor condição respiratória.

Dimitri acha que é a via de parto ideal para o bebê, ele nasce em condições melhores, passa por um processo de preparação durante o trabalho de parto.

Desvantagens: Allan aponta maior risco de hipoxia. Ele disse que já viu bebês com complicações por parto normal, mas nunca por cesárea.

Nair acha que quando complica é pior do que cesárea;

Heloisa considera que o parto usualmente não é normal, mas apenas vaginal, o que pode evoluir para sofrimento fetal.

Wilson acha que pode complicar porque os profissionais não estão acostumados a fazer parto normal, então ficam menos aptos.

Silvia não soube responder se há diferença para o bebê.

. Vantagens e desvantagens do parto normal para o profissional

Vantagens: Bernardo acha que o profissional fica mais tranquilo porque há menos complicação.

Dimitri acha mais gostoso.

Nair acha uma vantagem você não correr o risco da cesárea, da anestesia.

Silvia acha mais gratificante.

Desvantagens: Silvia e Dimitri acham mais difícil, mais trabalhoso.

Allan, Bernardo, Dimitri e Wilson disseram que exige muita disponibilidade de tempo. Allan e Silvia ressaltaram a remuneração proporcionalmente ruim.

Nair acha que podem ocorrer complicações;

Wilson acha que os profissionais fazem mais cesárea e ficam menos aptos a fazer parto vaginal.

Heloisa não respondeu.

. Vantagens e desvantagens da cesariana para a mãe

Vantagens: Bernardo só acha interessante em situações clínicas em que a mulher não conseguiria ter parto normal. Acha que de forma eletiva não tem vantagens.

Dimitri acha que por ser uma cirurgia precisa ter uma boa indicação.

Nair acha que a cesárea é menos traumática, por ter menos dor e ser mais rápida.

Para Silvia diminui o risco de incontinência urinária e rotura de períneo.

Desvantagens: Allan acredita que haja risco discreto de infecção e de placenta prévia e rotura uterina.

Allan, Silvia e Wilson consideram a cesárea desvantajosa para mulheres que querem ter muitos filhos pelo risco de aderência e lesão. Wilson ainda acha que a cesariana pode ser prejudicial se a paciente precisar de cirurgia de abordagem pélvica no futuro.

Risco de placenta prévia e rotura uterina. De forma eletiva não tem vantagem

Para Dimitri a cesárea apresenta risco de morbidade cinco vezes maior do que no parto normal.

Heloisa apontou os riscos cirúrgicos de infecção e sangramento.

Nair considera a recuperação pior.

. Vantagens e desvantagens da cesariana para o bebê

Vantagens: Allan acha a cesariana mais saudável para o bebê, para ele não há desvantagens.

Dimitri, Bernardo e Silvia a consideram vantajosa quando bem indicada, Bernardo indica no caso de a mulher não ter condições clínicas de ter parto normal e Silvia quando o bebê pesa mais de quatro quilos e é pélvico.

Heloisa acha que pode diminuir o sofrimento fetal, principalmente quando o feto tem má-formação.

Wilson acha que há menos risco de hipóxia;

Desvantagens: Heloisa apontou os riscos cirúrgicos.

Silvia e Wilson disseram que cesárea eletiva aumenta os riscos de disfunção respiratória e nesses casos Wilson aponta o risco de a criança ter de ir para o berçário por desconforto respiratório e pegar alguma infecção.

Nair não respondeu diretamente a pergunta, só disse que é a favor da cesárea e não gosta do parto normal.

. Vantagens e desvantagens da cesariana para o profissional

Vantagens:

Allan e Bernardo acham que só tem vantagens, de tempo e dinheiro.

Dimitri acha que é mais cômodo para o profissional.

Nair acha bom porque dá para marcar hora.

Silvia e Wilson acham a cesariana mais fácil de fazer, tem menos imprevistos e o profissional não precisa ser tão habilidoso.

Desvantagens: Nair apontou os riscos da cirurgia e da anestesia

Heloisa não respondeu.

. *Consentimento informado*

Nenhum dos seis entrevistados que responderam a essa pergunta usa algum tipo de consentimento informado.

Dimitri disse que o hospital é responsável por isso.

Heloisa só usa no caso de ter que fazer algum procedimento delicado como histerectomia.

Silvia considera o consentimento uma defesa para o médico, mas acha que ele atrapalha a relação com a paciente.

Allan não respondeu.

. *Manejo da dor no parto?*

Allan acha que é ráqui com peridural.

Heloisa prefere bloqueio, peridural ou ráqui.

Nair é a favor da anestesia, o problema é que às vezes a mulher perde a prensa.

Silvia acha que anestesia, banheira e acupuntura podem ajudar no começo. Disse que não é ela que indica anestesia, é a mulher que pede e que isso não muda nada no desenrolar do trabalho de parto.

Bernardo acha que o ideal seria usar peridural com quatro ou cinco centímetros de dilatação, mas vai do conforto de cada paciente. Diz que a peridural pode atrasar o trabalho de parto.

Dimitri é contra parto sem analgesia; acha que a dor pode ser traumática para a paciente. Para ele apenas 5% das pacientes conseguem fazer parto sem analgesia porque a dor é muito intensa.

Wilson percebe que tem médico que aplica *buscopan* no pronto socorro e acha que isso com certeza não vai melhorar; é só pra tratar a angústia do profissional. Acha

que faltam alternativas para a analgesia em um hospital, como banheira de imersão, que é uma das únicas coisas que melhoram a dor da paciente, sem ser medicamentoso. Para ele cada paciente tem o seu limiar de dor. “Sempre há briga entre o anestesista e o ginecologista, porque às vezes o anestesista faz uma anestesia em que o trabalho de parto pára, a paciente fica totalmente sem dor e dorme e isso para a evolução do parto é péssimo. Então precisaria de um profissional bem treinado, que possa fazer uma peridural em que a paciente possa deambular, é difícil uma analgesia em que a paciente fica deitada, imobilizada.”

. Vantagens e desvantagens do uso da ocitocina

Vantagens: Todos responderam de forma similar, que é boa para quando o parto está lento, acelera o parto e ajuda a coordenar as contrações, dar ritmo. Silvia ressaltou ainda a importância do uso da ocitocina para induzir se a paciente quer parto normal, mas está com quarenta e uma semanas de gestação.

Desvantagens: Wilson, Heloisa e Allan falaram da importância de ser bem administrada, Wilson atribuiu essa má administração à pressa do profissional e que isso pode acarretar em o parto acabar evoluindo para outra via ou ter complicação. Ele acha que se as pacientes fossem mais tolerantes à dor e demorassem mais para aparecer no pronto socorro a internação ocorreria no momento adequado e a ocitocina seria menos usada.

Bernardo ressaltou o fato de gerar mais dor.

Dimitri e Silvia responderam que não é para todas as pacientes.

. Vantagens e desvantagens do uso do fórceps

Vantagens: Allan e Heloisa são a favor do fórceps de alívio no período expulsivo.

Bernardo e Wilson acham que é bom quando a paciente está estafada você abrevia o período expulsivo. Wilson ainda disse que ele ajuda a tirar a criança na hora certa em determinados casos, evitando sofrimento fetal, paralisia cerebral e hipoxia.

Dimitri acha que o uso é bom para quando o neném desce o canal de parto em posição inadequada, ou quando a mulher está anestesiada e não consegue fazer força e para períodos expulsivos com mais de trinta minutos.

Silvia acha que o fórceps é bom para pacientes cardiopatas e com cesáreas anteriores ou quando o neném está demorando a nascer.

Desvantagens: Allan acha que poucas pessoas sabem usar.

Bernardo disse que o fórceps pode elevar o períneo.

Heloisa acha que pode dar laceração e lesão no feto se a pega for feita errada. Ela prefere fazer cesárea a usar fórceps;

Nair teme o fórceps porque se você faz a pega errada pode dar problema.

Wilson acha que é uma ferramenta que ficou crucificada porque os acidentes com fórceps são muito traumáticos.

. Vantagens e desvantagens da episiotomia

Vantagens: Allan disse que não há evidências científicas que baseiem sua opinião, que não há consenso sobre isso, mas ele acha que é bom para a gestante, que diminui o grau de lesão.

Bernardo é adepto da episiotomia de rotina para primigestas, disse que ajuda a evitar lacerações maiores. Disse que os trabalhos científicos indicam o contrário, mas ele não acredita.

Dimitri acha a episiotomia boa quando o bebê não consegue passar pelo canal de parto.

Para Heloisa ela é indicada quando o períneo não é maleável.

Nair disse que a episiotomia é boa para primigesta porque evita lacerações.

Silvia indica se o neném é grande ou há risco de lesão de esfíncter retal, abrevia o expulsivo.

Para Wilson o não uso em determinadas pacientes pode dar lesões sérias, que juntam o ânus com a vagina e complica o pós-operatório, podendo deixá-la incontinente. “Se der para não fazer é melhor, mas se achar que tem a necessidade, é melhor que faça.”

Desvantagens: Para Allan a única desvantagem seria a dor no pós-operatório.

Dimitri, Silvia e Nair acham que não deve ser feito de rotina.

Silvia não gosta de fazer, só faz se necessário e só é possível saber na hora.

Se der para não fazer é melhor.

. Vantagens e desvantagens da manobra de Kristeller

Vantagens: Bernardo acha que ela é boa, apesar de os livros contra-indicarem, para ele a manobra salva o bebê.

Heloisa acha que só deve ser utilizado se a paciente não estiver fazendo força, o neném estiver quase nascendo e precisar de um empurrãozinho.

Wilson acha que ela é necessária, apesar de dizer que é proscrito pelo risco de trauma, tem paciente com história de rotura de baço, mas ele acha que sem exageros não tem problema nenhum, é interessante.

Desvantagens: Allan e Dimitri responderam que ela é proscrita e não deve ser utilizada.

Heloisa acha que geralmente é mais desvantajoso, pode dar lesão nos órgãos e rotura uterina.

Nair disse que pode comprometer mãe e bebê, romper algum órgão. Apesar de não ser indicado ela disse que já fez. “Às vezes a mulher toma anestesia e não consegue fazer força, então dão um empurrãozinho.”

Silvia também fala do uso do Kristeller em decorrência de uma anestesia mal orientada. A mulher pára de fazer força e o neném está quase saindo, não dá para alocar um fórceps porque está um pouco alto e ela não faz força. Há traumas relacionados ao Kristeller.

Apesar de ser proscrita, Dimitri, Heloisa, Nair, Silvia e Wilson disseram que vêem muita gente fazendo.

. O direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto

Quatro entrevistados acham que é bom. Allan disse que ajuda na comunicação entre a paciente e a equipe.

Dimitri e Nair ressaltaram que a presença do acompanhante acalma a mulher, para Dimitri o ideal é que seja o marido ou a mãe.

Silvia acha que a paciente não se sente sozinha, fica mais confiante.

Allan, Dimitri e Silvia disseram que é raro o acompanhante atrapalhar, para Silvia ele atrapalha quando questiona a conduta médica ou fica brigando.

Três entrevistados ficaram divididos, Bernardo acha que acompanhante que teve cesárea atrapalha o parto normal, melhor acompanhante é a mulher mais velha que teve parto normal. Acha que apenas a mãe ou o marido podem assistir; “outras pessoas vira festa”. Para ele às vezes o acompanhante atrapalha, tumultua.

Heloisa acha que às vezes ajuda, às vezes atrapalha, mas é um direito da mulher. Acha que a mãe costuma atrapalhar a equipe, mas para a paciente é um apoio.

Wilson disse que depende do acompanhante; ele pode ajudar, acalmar a paciente ou pode atrapalhar e estressar o profissional. Tem acompanhante inadequado, no setor público ele fica olhando para as outras mulheres e no privado fica querendo colocar a máquina fotográfica em cima da barriga da mulher que está fazendo cesárea, correndo o risco de a máquina cair dentro da barriga.

. A via de parto afeta a vida sexual da mulher e do casal

Bernardo acha que a cesárea pode afetar mais por dor pélvica, já o parto normal pode dar rotura perineal e sensação de vagina larga.

Heloisa disse que algumas pacientes acham que a vagina ficou mais larga e que não têm mais libido. Acha que o filho interfere na vida do casal.

Nair nunca ouviu ninguém reclamar, acha que se o parto for bem feito não atrapalha.

Wilson respondeu que se houver muita lesão no canal de parto afeta com certeza, tem paciente que fica lacerada com o parto normal, a musculatura fica mais flácida, o que interfere na relação sexual. Na cesárea ela pode ter dor pélvica associada a aderência, mas é raro.

Allan, Dimitri e Silvia não responderam.

. O parto orgásmico

Três entrevistados levantam a possibilidade de o parto estar relacionado a prazer, mas não orgasmo. Bernardo disse que nunca ouviu falar de parto orgásmico, mas acha que pode ocorrer um relaxamento profundo no expulsivo semelhante a um orgasmo. Wilson acha que o alívio do expulsivo pode gerar sensação de prazer, e pela liberação de endorfina, sensação semelhante ao orgasmo, ligada ao “grito primitivo” e Silvia acha que é outro tipo de prazer, não sexual.

Três foram bem contrários a essa idéia. Dimitri acha que é crendice, invenção; Heloisa acha que está bem longe de ser isso e Nair acha que isso não existe, que são situações bem diferentes.

Allan não respondeu.

. Impressões sobre os entrevistados

Allan – Não acredita nas evidências científicas, quando tem uma idéia diferente do que as evidências apontam, fala que não há consenso sobre o tema e que sua opinião é baseada em sua vivência.

Bernardo – Nega as evidências científicas quanto à episiotomia e a manobra de Kristeller.

Dimitri – Vê parto humanizado como algo ruim e potencialmente traumático. Dificuldade de perceber o lado emocional da mulher, a menos que ela esteja descontrolada.

Heloisa – Considera o parto normal potencialmente traumático pela dor que envolve. Atribui tudo de mal que pode acontecer ao parto normal, ao mesmo tempo em que diz que é o mais indicado para a mulher. Apresenta para suas pacientes o parto normal como algo penoso. Acha que mulheres optam pela cesárea pelo medo da dor.

Nair – Discurso paradoxal. Quer ter cesárea, mas diz que considera o parto normal a melhor forma de assistência ao parto. Pouco atenta para o lado emocional da paciente. Muito sucinta em suas respostas. Usa o termo “humanizado”, mas percebemos que ele não parece fazer muito sentido para ela, parece apenas repetir um certo discurso. Diz que é “fã” da cesárea.

Silvia – Está grávida. É contra o parto em casa.

Wilson – Nega evidências científicas. Pouco focado na saúde mental da paciente. Pareceu-me um tanto preconceituoso contra as pacientes de hospitais públicos. Diz algumas frases no estilo “tratamento de choque”.

7.1.4 Atípicos

O quadro seguinte é uma caracterização dos entrevistados (nota-se que os nomes são fictícios):

Nome	Profissão	Formado há quantos anos	Em que setor trabalha	Que via de parto teriam ou tiveram
Sheila	Pediatra	17	Privado e Público	Teve uma cesárea e adotou dois filhos
José Luiz	Médico ginecologista e obstetra	15	Privado	Esposa teve 3 partos naturais, um em casa
Breno	Médico ginecologista e obstetra	31	Privado e Público	Esposa teve 3 partos normais
Camila	Obstetiz	2	Privado	Teve uma cesárea e um parto normal
Danilo	Pediatra	18	Privado	Não tem filhos nem pretende ter
Odete	Médico ginecologista e obstetra	14	Privado	Teria parto normal
Paula	Médico ginecologista e obstetra	10	Privado e Público	Teria parto normal

Seguem as questões que permearam as entrevistas e as respostas dadas por cada entrevistado:

. *A boa assistência ao parto*

Sheila respondeu que é aquela assistência que tenha à disposição tudo aquilo que a mulher possa precisar, mas que essa tecnologia só seja usada de acordo com a necessidade da mulher, não da equipe. E que a mulher esteja no centro desse processo e saiba disso. Precisa estar bem informada e podendo fazer suas escolhas, encontrando eco na equipe.

José Luiz acha que o trabalho tem de ser feito em equipes e não cada paciente vinculada a um médico; não há como o médico estar disponível a toda hora. Para ele esse modelo seria o responsável pelo alto número de cesarianas que são feitas. Acha que o melhor modelo é o das casas de parto, com equipes de médicos e obstetrias e os partos que não pudessem ser atendidos seriam encaminhados para equipes obstétricas dos hospitais.

Uma boa assistência para Breno é aquela baseada em evidências científicas, evitando procedimentos inúteis ou danosos para mulher e bebê, tentando, na medida em que a segurança o permita, que a mulher seja protagonista do processo.

Camila disse que é aquela centrada nas necessidades da mulher e do bebê.

Para Danilo é quando mãe e filho saem vivos e felizes.

Odete defende uma assistência em que a mulher é informada de tudo o que está acontecendo, tira as dúvidas no pré-natal e tem apoio emocional durante o parto, tanto dos acompanhantes, quanto da equipe.

Paula disse que a mulher tem de ser o centro da atenção ao parto, sentindo-se segura e podendo dar opinião.

. *A paciente que cria problema*

Sheila disse que é aquela que não se encaixa no modelo que a equipe que a atende preconiza. No hospital público é aquela que se rebela, se nega, que “não ajuda”, que grita, geme, não fica parada quando está tomando soro, etc. No privado é aquela que não colabora, não quer sair da banheira, não consegue mais fazer força, que combinou que não ia tomar anestesia e a pede. Acha que há um cuidado maior no privado.

José Luiz tem dificuldade com a paciente que não está conectada com o parto, ela tem que estar presente e atuando, isso deve ser trabalhado no pré-natal. Acha que questões culturais interferem muito.

Quando Breno atendia convênio a mulher que dava trabalho era aquela que queria cesariana eletiva. Hoje quem dá trabalho é aquela que não tem protagonismo, joga para o profissional de saúde a responsabilidade pelo atendimento.

A paciente problema para Camila é aquela que não quer se informar, que deseja que o profissional faça as escolhas e se responsabilize por elas; “aí não dá nem para trabalhar”.

Danilo acha difícil quando a mulher está muito desesperada e muito assustada.

Odete disse que hoje em dia não acontece, mas quando trabalhava em hospitais públicos as piores eram as pacientes que queriam cesáreas eletivas.

Paula disse que as pacientes dão mais trabalho em hospitais públicos, às vezes por excesso de dor ameaçam o profissional se ele não fizer cesárea e são mais despreparadas no pré-natal.

. A paciente ideal

Para Sheila é aquela que tenha parto sem incidentes que possam ser prevenidos, que a mulher se sinta no centro do processo e fique feliz com o que aconteceu, fique feliz com ela mesma.

José Luiz disse que é a paciente que está conectada com o processo, internalizada. Acha que no serviço público isso acontece mais, pegam mais rápidos as orientações e as seguem com mais certeza.

Breno e Camila descreveram a paciente ideal como aquela que assume a responsabilidade pelas escolhas feitas junto com o profissional, que está bem informada e assim cria relação de confiança e cumplicidade com o profissional.

Danilo disse que paciente ideal não existe; “legal” é quando “rola” cumplicidade e comunicação com toda a equipe, quando ela entra em um outro nível de consciência e fica mais disposta a estabelecer uma linguagem não verbal, mais animalizada. Assim o bebê nasce e já se cria um vínculo diferente.

Para Odete não existe paciente ideal, é o profissional que tem que se adaptar, ela costuma criar vínculos de amizade com as pacientes que extrapolam o consultório.

Paula prefere as paciente com estrutura emocional “legal” e que tenham feito um bom pré-natal, e com uma doula a acompanhando no parto. Assim como José Luiz, ela acha que no público as pacientes são mais receptivas a informação.

. Considerando que a mãe e o bebê ficaram bem, o que mais o parto tem que ter para ficarem satisfeitos

Sheila acha que em um parto em que o bebê esteja bem ele tem que ficar com a mãe dele, e é bom que esta mãe esteja em boas condições físicas e emocionais de ficar com ele, com um bom colo para recebê-lo.

José Luiz acha que o melhor parto é o parto da paciente e o parto bom é aquele que deu certo, em que todos estão felizes no final.

Breno e Camila acham importante que a mulher fique satisfeita. Breno disse, ainda, que quer que o resultado seja o melhor possível, não só bom. Que a mulher tenha sido protagonista, que ela tenha parido seu bebê da maneira que julgou a mais conveniente possível, tendo liberdade de escolha e sem ficar presa a protocolos hospitalares, com práticas usadas sempre visando beneficiar a paciente, baseadas em evidências científicas.

Danilo, como pediatra, prefere partos com poucos profissionais assistindo, acha que assim o casal se acha melhor e ele também. A preocupação é em trazer o bebê como resultado, não importa o meio.

Odete fica satisfeita em um parto em que houve respeito, com um bom resultado para a mãe e para o bebê.

Paula quer mãe e bebê bem de saúde e emocionalmente satisfeitos. Acha importante que seja um parto normal.

. Porcentagem de parto vaginal que acompanham

Ambos pediatras só acompanham médicos naturalistas no setor privado. Sheila disse que vê 95% de partos vaginais, desses 60% com alguma intervenção, geralmente analgesia ou analgesia e ocitocina, o resto é parto natural. Acha que a taxa de parto normal tão alta assim coloca os bebês em risco. Conta que por isso perderam dois em menos de um ano. Danilo acompanha cerca de uma cesárea por semestre. Estima que o resto seja 60% natural e 40% com analgesia.

José Luiz não tem estatística, disse que a parteira que trabalhava com ele tinha 99% de parto normal, mas o índice vem diminuindo bastante. Nas casas de parto tem tido 30 a 40% de encaminhamento para cesárea.

Breno faz estatísticas há 10 anos. Faz cerca de 15% de cesárea, 4% de fórceps e 4% de vácuo-extração, o resto é parto normal. Dentre esses, 80% são chamados partos naturais, 20% acabam tomando anestesia, em 90, 95% por cento porque a mulher pediu.

Camila, por ser obstetriz, não pode fazer parto cesárea; dos que acompanha 90% são naturais e 10% acabam precisando de intervenções, para isso chama um médico que trabalha ela.

Odete tem uma taxa de 12% de cesáreas.

Paula faz 90% de cesariana no privado e 80% de parto normal no público.

. O que orientam no pré-natal

José Luiz disse que recebe muitas pessoas por indicação, que já ouviram o que aconteceu com outras pacientes. Incentiva que elas estejam presentes no parto, e que sejam menos cabeça e mais corpo. Diz que o que for acontecer lá vai ser o melhor que elas puderam, tanto faz se for cesariana ou parto normal.

Breno explica que o parto ativo implica em assumir responsabilidades pelas atitudes que a própria mulher está tomando. Faz plano de parto com as pacientes em que elas colocam o que querem ou não que aconteça no parto e em que momento. Oferece muita literatura, faz consultas freqüentes, pede que o marido acompanhe, acha que é importante que ele participe e esteja convencido de que esse é o melhor processo.

Camila disse que quem procura uma obstetriz necessariamente quer parto normal, então ela orienta sobre as opções que ela tem no parto, fala sobre as evidências científicas e as escolhas não baseadas em evidências que ela pode fazer. Fala sobre a importância de evitar drogas e intervenções no parto, na medida do possível.

Odete orienta bastante a mulher e o marido.

Paula passa sites de ONGs para terem uma melhor orientação, mas acha que às vezes a mulher já tem uma formação familiar, estrutural, a favor da cesariana. Ela orienta, mas as pacientes escolhem o parto que querem. Antigamente se negava a fazer cesarianas eletivas, mas já se cansou de lutar contra isso.

Todos os entrevistados que responderam essa questão incentivam que a paciente tenha parto natural, a menos que a gravidez seja de risco.

Essa pergunta não se aplica aos dois pediatras entrevistados.

. O parto emocionalmente traumático

Todos consideram que o parto pode ser emocionalmente traumático.

Sheila acha que a mulher se encontra em uma situação de vulnerabilidade emocional muito grande quer que as pessoas a sua volta cuidem para que o entorno não apresente qualquer problema, porque ter de lidar com um turbilhão de emoções novas já é algo que demanda muito.

José Luiz acha que mesmo o parto aparentemente bom pode ser traumático, dependendo de como ela imaginou que seria. Situações de vida difíceis, financeira, de relacionamento. Acha que o fato de isso não aparecer nas listas de discussão, de só aparecerem as coisas boas, contribui para essas mulheres identificarem seus partos como tendo sido ruins.

Breno disse que tanto o parto normal quanto a cesariana podem ser traumáticos, depende da expectativa que essa mulher tem e se a equipe que a atendeu respeitou seus desejos e fez práticas baseadas em evidências. Tem de haver um conhecimento profundo do que é ser pai e mãe, dos cuidados com o bebê. Também pode ser traumático porque o processo foi traumático, aconteceu algo com a mãe ou bebê.

Camila disse que não há dúvidas quanto à existência de partos traumáticos, desde um parto com complicações até uma assistência ruim e também quando as necessidades da mulher não são observadas e levadas em consideração.

Danilo, Odete e Paula disseram que acham que quando a mulher quer muito parto normal, natural e acaba tendo cesárea isso pode ser traumático. Para Danilo, nesses casos, quando há blues puerperal, que é muito comum, a justificativa para isso acaba sendo a cesárea ou a anestesia. Acha que mulheres que se preparam muito para um tipo de parto que acaba sendo diferente sofrem, independente de ser cesárea ou parto normal. Acha que para o bebê o importante não é a memória que eles terão do parto e sim o que é passado para eles quando crescem.

Danilo e Odete acreditam que o parto no setor público tende a ser mais traumático.

Danilo justifica dizendo que no setor privado o tipo de parto e equipe são opções do

casal na maioria das vezes, mas pode acontecer no privado de o casal contratar uma equipe para um parto que eles não querem ter e no público a experiência de parto ser muito boa. Já Odete acha que no setor público a mulher não é informada sobre o que está acontecendo com o corpo dela, não tem apoio no pré-natal e parto e o fato de ela precisar de uma analgesia e não a ter pode ser traumático também.

Para Paula fatores que contribuem para que isso aconteça são: despreparo emocional, criança não desejada, ou algum problema em partos anteriores que ela teme que se repita, que teme como será a vida dessa criança, ou como vai ficar seu corpo depois do parto, ou porque teve um parto vaginal monstruoso.

. Como as pacientes contribuem para a experiência de parto ser boa ou ruim

Sheila acha que mulheres que fazem escolhas da moda são as que têm os partos mais traumáticos. Para ela no setor público, em hospitais típicos, a chance de uma mulher não ter um parto traumático é pequena, ela precisa estar muito bem resolvida, ser muito resiliente para sair bem.

Breno acha que o parto será bom se a paciente estiver bem informada e fizer a parte dela, sem jogar para o médico ou enfermeiro o seu protagonismo, sem dizer “o senhor decide”.

Camila acha que a mulher que consegue relaxar diante de situações adversas consegue ter um parto mais satisfatório, com menos situações para lidar depois e elaborar.

Danilo acha importante que a mulher não tenha vergonha do próprio corpo, da sexualidade, do nível de exposição que o parto pressupõe, vergonha de som. Há uma castração social, mas há partos em que se a mulher não começar a gritar o neném não nasce. O parto é um momento muito animal, físico, corporal é preciso soltar essa fera que há dentro dela.

Paula disse que a paciente não pode se fechar emocionalmente, agredir o profissional, e se ficar mal tem que ter vontade de melhorar no pós-parto;

Odete acha o fato de o parto ser uma experiência ruim, traumática, não depende da mulher, e sim da equipe que a atende.

José Luiz acha que é importante a mulher estar conectada com o que está acontecendo, presente no parto.

. *Como os profissionais contribuem para a experiência de parto ser boa ou ruim*

Sheila acha que é preciso considerar o outro. Muitas vezes a vontade daquela mulher não existe, há ali uma barriga para resolver, e o profissional vai abrir, por baixo ou por cima, como se o parto fosse do profissional. Ela disse que no serviço particular quando alguém incomoda o profissional no meio da madrugada é uma alegria porque ele conta com o dinheiro que vai entrar na conta; mas se alguém chega no plantão, pelo qual o profissional é pago mensalmente, há alguns que agem como se o único objetivo daquela pessoa fosse atrapalhar o descanso deles.

José Luiz acha que nos hospitais, principalmente nos particulares, há uma disputa de ego muito grande entre os profissionais, ninguém ajuda ninguém, em último lugar está a necessidade da paciente, e isso é muito ruim. O profissional tem de estar a serviço da paciente e trabalhando em equipe, um ajudando o outro.

Breno ressalta que os profissionais não podem fazer procedimentos desnecessários, devem ouvir a mulher e respeitar as decisões dela, sem agir de maneira autoritária e paternalista.

Camila acha que o profissional tem que ser honesto com relação a tudo o que envolve o trabalho de parto, manter a calma, ter um bom conhecimento técnico-científico, ser afetivo e empático com as necessidades da mulher, falar uma linguagem clara e cuidar das necessidades dos demais familiares.

Danilo acredita que o profissional contribui intervindo pouco, fuçando pouco, é melhor ficar quieto para não falar bobagem. Não criar expectativas sobre o comportamento das pacientes e dar muito espaço para os maridos. É importante a equipe médica estar trabalhando para o paciente, no serviço público isso é mais difícil, um dos profissionais pode estar disponível e o outro não.

Para Odete o profissional deve tirar dúvidas no pré-natal, isso ajudaria a diminuir o medo, que gera tensão e dor. E é preciso ter respeito durante o parto.

Paula acha que ele tem que acolher tocar com carinho, não ser frio.

. Injustiça no parto

Sheila já presenciou injustiças muitas vezes, no público e no privado. Há na fala das pessoas, intenção de judiar, “ela não quis vir aqui antes da hora de ter o bebê, então coloca o soro e deixa” e ela ficará no soro por 12 horas de forma cruel.

Breno acha que isso é mais comum em serviços públicos, profissionais não têm boa vontade, aquela mulher e bebê são mais um número. Vê frases ditas de maneira inadequada, como “para fazer o filho você não fez esse escândalo e agora você está fazendo” ou chamar a mulher de “mãezinha” ou “mariazinha”, diminuindo-as. No privado ele vai com a equipe dele, então a chance de isso acontecer é menor.

Camila viu injustiças muitas vezes em hospitais públicos, médico gritando com a mulher para ela abrir a perna para ele fazer exame de toque, fazendo exame de toque sem pedir autorização, médicos e enfermeiras obstetras que ameaçam não atender mais a mulher se ela não se comportar da maneira que eles queriam. No privado a violência é mais velada, como mentir sobre a necessidade de uma cesariana, provocar medo em uma mulher dizendo que o bebê está em sofrimento quando ele não está.

Danilo já presenciou injustiças várias vezes, essa coisa de “não grita”, “não faz barulho”, “na hora de fazer você gostou”. Isso também vai aparecer no setor privado só que de outro jeito, como “não grita, porque você está desperdiçando suas forças”.

Paula percebe injustiça na frieza do profissional, desvalorização do sofrimento da mulher. “Quando ela começa a chorar ou contar da própria vida você não ouvir ou dizer “vai passar” é uma injustiça.”

Odete disse que nunca presenciou situações de injustiça no parto.

José Luiz não respondeu essa pergunta.

. Como montariam um serviço de atendimento ao parto

Sheila acha que a seleção dos profissionais seria a parte mais difícil, faria isso com enfermeiras obstetras. Montaria um centro de parto normal com uma sala para cesárea se precisasse e com todo o aparato para cuidar do bebê se ele precisar. Cuidado também com quem primeiro assiste o bebê, para que não faça intervenções desnecessárias que dificultam a vinculação dele com a mãe.

Para José Luiz o local seria o mais próximo possível de uma casa. Um centro que atendesse a comunidade, e não atenderia só o parto, mas tudo que concerne o mundo feminino. Lugar com circulação de pessoas e idéias, o parto seria só mais uma coisa, assim ele voltaria a ser normal. Com uma equipe que se coloca a serviço da pessoa, todos com formação técnica. Teria um hospital para apoiar no caso de o parto ter alguma complicação.

Breno teria toda a tecnologia necessária para dar um bom atendimento, desde os equipamentos mais simples até os mais complexos. Tentaria fazer a re-humanização do atendimento, contratando pessoas, em todos os níveis de atendimento, que entendam que a mulher é o agente.

Para Camila é importante que seja um local em que a mulher se sinta confortável e segura, com profissionais em quem ela confie. É importante que a equipe também esteja confortável.

Danilo montaria uma unidade de referência para bebês que nasceram doentes, com um sistema de transporte bom e atenderia partos domiciliares e faria transferência de mulheres e bebês quando a coisa não estivesse indo bem. Como serviço ele poderia ser mais sofisticado, com uma UTI neonatal, uma UTI de adultas. E um centro de partos cesárea; parto natural ele recomendaria que acontecesse em casa mesmo. Haveria uma equipe fixa em ambos e equipes de transportes; seriam três equipes.

Odete faria grupos de gestantes com informações semanais, consultas multidisciplinares, com informações de nutrição e atividade física. Acompanhamento pré-natal geral, multiprofissional. Incluiria a presença da doula no parto. Estimularia a presença de um acompanhante de escolha da mulher e o uso de métodos alternativos de manejo da dor. Daria liberdade para a mulher se alimentar, e sempre a informaria do que está acontecendo.

Paula montaria uma casa de parto normal para o público privado. Com estrutura multidisciplinar, com massagem relaxante, orientação de fisioterapia para o assoalho pélvico, orientação psicológica e depois com as enfermeiras obstétricas, teria doula, um obstetra, um anestesista e um neonatologista.

. Vantagens e desvantagens do parto normal para a mãe

Vantagens: Sheila acha que tem todas, a mulher estar inteira e feliz. Dificilmente terá infecção, ninguém jamais esquecerá uma compressa dentro dela e a recuperação é melhor. Se for um parto sem intervenção, ela até ficará cansada, mas vai passar algumas horas em uma felicidade quase eufórica por conta dos hormônios e depois ela também vai cair em um sono reparador. O fato de ela não ter tomado uma anestesia incapacitante permite que ela levante, tome banho, pegue o bebê, sente na cama, e ela não vai ter dor.

Para Camila o parto normal é fisicamente menos arriscado, provoca menos danos do que a cesariana e quando ele é bem assistido traz mais satisfação para a mulher.

Odete acha que o corpo da mulher está pronto para isso, não há risco cirúrgico e a recuperação é melhor.

Paula ressalta que o parto normal não causa mais lesão do assoalho pélvico do que a cesárea.

Danilo disse que emocionalmente depende da expectativa da mulher e de ela estar ou não incluída no feminino de sua família.

Desvantagens: Danilo acha que o parto normal dá incontinência urinária tardia e que o parto normal peca pelos mitos e fantasias da maternidade.

Paula acha que há desvantagem se a mulher não quiser o parto normal.

De maneira geral Breno acha que o parto normal é melhor, mas não em 100% das vezes.

José Luiz não respondeu essa pergunta.

. Vantagens e desvantagens do parto normal para o bebê

Vantagens: Sheila acha que para o bebê o fato de ele participar daquela atividade, de passar pelo canal vaginal já resolve boa parte do que ele terá que fazer na cesariana, porque já retira todos os líquidos, então é um bebê que nasce mais ativo e mais disponível para o contato imediatamente, tem mais prontidão para a vida. Além disso, ele tem um tempo biológico muito parecido com o da mãe e fica todo mundo mais feliz.

Camila considera que após um parto normal o bebê nasce com melhores condições respiratórias, melhores condições de mamar e se adaptar à temperatura.

Danilo acha que depende muito da história de parto que contam para esse bebê.

Odete acha que a vantagem é que o neném entra em trabalho de parto quando ele está pronto, tem menos risco de prematuridade e desconforto respiratório.

Para Paula só há ganhos, a menos que o bebê não esteja bem, ele nasce menos cansado e mais preparado.

Desvantagens: Ninguém apontou desvantagens.

De maneira geral Breno acha que o parto normal é melhor, mas não em 100% das vezes.

José Luiz não respondeu essa pergunta.

. Vantagens e desvantagens do parto normal para o profissional

Vantagens: Sheila acha que como a recuperação da mulher é melhor ela liga menos para o médico no pós-parto.

Odete e Paula disseram que o parto normal é mais prazeroso de acompanhar.

Desvantagens: Sheila, Camila e Paula disseram que ele, de maneira geral é mal remunerado. Segundo Sheila, para médicos que atendem pelo convênio não é economicamente satisfatório, para o profissional de plantão isso não se aplica. Além disso, ele é inusitado, o bebê escolhe a hora de nascer.

José Luiz disse que há muitas normas que envolvem o parto normal e se algo dá errado ele teme que a culpa recaia sobre ele.

Odete acha o parto normal imprevisível.

Paula acha que quando o parto normal se complica ele exige mais habilidade do médico do que a cesárea.

Camila ainda acha que quando alguma coisa dá errado no parto normal a culpa é do parto normal, então há maior chance de processo judicial.

Breno e Danilo não responderam a pergunta.

. Vantagens e desvantagens da cesariana para a mãe

Vantagens: Sheila, José Luiz, Breno, Camila, Odete e Paula responderam que a cesárea é muito boa quando bem indicada, porque vai garantir que mãe e bebê fiquem bem. Não são contra a cesárea, mas contra o abuso.

Danilo acha que emocionalmente depende da expectativa da mulher e de ela estar ou não incluída no feminino de sua família.

Desvantagens: Para Danilo a mulher sente muita dor no pós-parto, muita dificuldade física pela pior recuperação, e por isso lidar com a amamentação vai ser um problema.

Paula ressalta que a cesárea é um procedimento cirúrgico, invasivo e isso implica em mais complicações e complicações mais graves. Acha o pós-operatório terrível.

. Vantagens e desvantagens da cesariana para o bebê

Vantagens: Sheila, José Luiz, Breno, Camila, Odete e Paula responderam que a cesárea é muito boa quando bem indicada, porque vai garantir que mãe e bebê fiquem bem.

Desvantagens: Breno não é contrário à cesárea, mas ao abuso que existe.

Danilo disse que em uma cesárea sem trabalho de parto o nascer bebê prematuro com dificuldades respiratórias.

. Vantagens e desvantagens da cesariana para o profissional

Vantagens: Sheila e Paula ressaltaram a remuneração proporcionalmente maior;

Desvantagens: Danilo acha que o pediatra tem que ser mais cuidadoso com mulheres que tiveram cesárea para tentar minimizar qualquer possibilidade de afastamento do bebê que ela possa trazer.

Odete acha a cesárea agendada, monótona, sem graça.

Para Camila evitar cesariana é uma satisfação.

Breno e José Luiz não responderam.

. Consentimento informado

Nenhum dos entrevistados que respondeu essa questão faz uso de consentimento informado por escrito.

Breno disse que faz consentimento oral, acha que o plano de parto, que é feito por escrito, já basta.

Odete acha que isso atrapalha a relação médico/paciente e que não está fazendo nada que envolva risco para a paciente para justificar o uso de termo de consentimento.

Paula não usa, mas acha que deveria usar em caso de cesárea eletiva.

José Luiz não respondeu essa questão.

Para os pediatras essa questão não se aplica.

. O manejo da dor no parto

Sheila acha que a melhor forma de você lidar com essa dor é o limite do seu limiar à dor e a sua confiança naquilo.

Breno é contra o uso abusivo de analgesia, mas acha que há mulheres que não conseguem lidar com a dor.

Camila prepara a mulher e durante o processo, orientando-a. Usa métodos não farmacológicos como banho, massagem, relaxamento, visualização, hipnoterapia e diante de um trabalho de parto mais difícil, mais prolongado, acha que uma analgesia é uma excelente forma também de se lidar com a dor.

Odete acaba fazendo analgesia em 40% dos casos, acha que depende da necessidade da mulher, não dá pra prever. A paciente pede analgesia, não é ela que indica. Banheira e massagem podem ajudar.

Paula considera boas alternativas métodos como o uso de água morna, banho de chuveiro, deambulação, a massagem, orientação profissional, psicológica, a presença de uma pessoa de confiança da paciente e medicações via oral, via parenteral, mas sem ser a anestesia propriamente dita. Depende da necessidade da mulher e é importante que ela saiba dos riscos envolvidos.

José Luiz e Danilo não responderam essa questão.

. Vantagens e desvantagens do uso da ocitocina

Vantagens: Sheila disse que a ocitocina para acelerar um trabalho de parto que empacou, em uma dose baixa e de forma monitorada, pode apresentar alguma vantagem.

Para Camila a ocitocina pode contribuir provocando contrações quando elas são necessárias, por exemplo, em um parto que começa a dar sinais de infecção e você não pode mais ficar esperando o processo natural.

Odete indica uso de ocitocina quando a paciente está com uma incoordenação das contrações uterinas e o trabalho de parto paralisou. Normalmente quando usa analgesia precisa de ocitocina porque espaça as contrações.

Para Paula ela só é boa quando há indicação, se a paciente não tem padrão de contrações adequado, se a bolsa rompeu e ela não entra em trabalho de parto, se estiver com uma infecção.

Desvantagens: Para Sheila a grande desvantagem é que provoca reações no corpo daquela mulher, aumenta a dor, o que implica em criar uma incapacidade dela de interação. Acabam tendo dificuldade de colaborar com o processo, porque a grande preocupação – e o foco – é se livrar daquela dor e não participar do processo de expulsar o bebê.

Odete acha que sem indicação a ocitocina pode aumentar a chance de haver cesárea. Camila aponta como desvantagem o aumento da dor e dos riscos de descolamento de placenta e de anóxia.

Paula acha que não tem que ser usada de forma rotineira.

Danilo disse que não percebe que a ocitocina cause alguma diferença.

José Luiz disse que não pode haver uso protocolar de intervenções. Tem de ser visto caso a caso, se é necessário se vai ajudar alguma coisa; caso contrário você está piorando. Tudo é válido; ele não dispensa nada, nem fórceps, nem cesariana, nem tricotomia, nem Kristeller, nem ocitocina, nem soro, mas tudo tem que ser feito com critério.

Breno é contra intervenções desnecessárias e não baseadas em evidências científicas.

. Vantagens e desvantagens do uso do fórceps

Vantagens: Sheila acha o fórceps a coisa mais linda do mundo na mão de quem sabe fazer. Naquele caso em que o bebê está lá embaixo e por algum motivo ele pára ali e ele vai precisar de alguma ajuda.

Camila aponta como vantagem ele acelerar o parto em um momento de sofrimento fetal ou de incapacidade da mulher por qualquer razão. É o método mais rápido de tirar o bebê quando ele está bem encaixado.

Odete e Paula responderam que só usam em caso de urgência de nascer, quando o neném não está bem e está quase nascendo. Aí o fórceps é mais rápido do que uma

cesárea, Paula ainda ressalta que só faz fórceps de alívio. O índice de uso de fórceps de Odete é de 6%.

Desvantagens: Sheila acha que não pode ser sistemático e jamais, nunca em tempo algum ele pode ser usado com indicação de que é para os estudantes aprenderem.

Para Camila a desvantagem é provocar danos na musculatura da mulher e eventualmente no bebê também;

Danilo disse que não consegue generalizar, que tem a ver com a emoção com que o bebê nasceu, isso vai tornar a experiência boa ou ruim.

José Luiz disse que não pode haver uso protocolar de intervenções, tem que ser visto caso a caso, se é necessário se vai ajudar alguma coisa, porque senão você está piorando. Tudo é válido, ele não dispensa nada, nem fórceps, nem cesariana, nem tricotomia, nem Kristeller, nem ocitocina, nem soro, mas tudo tem que ser feito com critério.

Breno é contra intervenções desnecessárias e não baseadas em evidências científicas.

. Vantagens e desvantagens da episiotomia

Vantagens: Sheila acha a episiotomia ótima quando há uma impossibilidade daquele bebê passar, mesmo, porque às vezes você tem bebês que têm uma cabeça maior do que a possibilidade de aquela vagina se abrir, e aí é infinitamente melhor para aquela mulher e para aquele bebê que você faça uma *episio* e acabe com o sofrimento e risco para aquela mulher e aquele bebê.

Odete só faz episiotomia quando faz fórceps,

Desvantagens: Para Sheila e Odete a episiotomia de rotina não faz sentido, porque em 99% das vezes acaba tudo bem.

Paula acha que a episiotomia seletiva deixa cicatriz, fibrose, períneo fica inelástico e pode acarretar em dor para ter relação sexual para o resto da vida.

Camila não vê vantagem em fazer episiotomia em nenhum caso.

Danilo disse que não consegue generalizar, que tem a ver com a emoção com que o bebê nasceu, isso vai tornar a experiência boa ou ruim.

José Luiz disse que não pode haver uso protocolar de intervenções, tem que ser visto caso a caso, se é necessário se vai ajudar alguma coisa, porque senão você está piorando. Tudo é válido, ele não dispensa nada, nem fórceps, nem cesariana, nem

tricotomia, nem Kristeller, nem ocitocina, nem soro, mas tudo tem que ser feito com critério.

Breno é contra intervenções desnecessárias e não baseadas em evidências científicas.

. Vantagens e desvantagens da manobra de Kristeller

Vantagens: Camila aponta como única vantagem acelerar o parto em um momento de emergência, isso quando não há nenhum outro recurso disponível.

Odete disse que é usada quando o bebê já está quase nascendo e a mulher não está conseguindo fazer força por causa da analgesia.

Desvantagens: Sheila acha abominável em todos os sentidos. Você empurra a barriga, você empurra o estômago, não tem como ela continuar fazendo força, participando e colaborando com o trabalho de parto com alguém em cima dela. Há risco de romper o útero, risco de traumatismo no bebê.

Camila a considera perigosa.

Odete ressaltou que essa manobra é proscrita.

Paula disse que ela não é indicada, mas é feita com frequência nos hospitais.

Danilo disse que não consegue generalizar, que tem a ver com a emoção com que o bebê nasceu, isso vai tornar a experiência boa ou ruim.

José Luiz disse que não pode haver uso protocolar de intervenções, tem que ser visto caso a caso, se é necessário se vai ajudar alguma coisa, porque senão você está piorando. Tudo é válido, ele não dispensa nada, nem fórceps, nem cesariana, nem tricotomia, nem Kristeller, nem ocitocina, nem soro, mas tudo tem que ser feito com critério.

Breno é contra intervenções desnecessárias e não baseadas em evidências científicas.

. O direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto

Todos são a favor da presença do acompanhante de livre escolha da mulher.

Sheila o considera a interlocução do mundo da paciente enquanto ela está super introjetada para trabalhar as questões do nascimento do bebê com o mundo fora.

Para Breno ele é um grande auxiliar, mas também um grande fiscal do trabalho da equipe e muitos médicos não gostam, mas ele sempre parte do princípio de que vai

ser de grande ajuda. Ele disse que é raro que algum atrapalhe, mas pode ser ruim quando o acompanhante faz “cara de dó”, de que não está gostando, pressiona o profissional. Mas neste caso ele explica que dessa maneira ele não está agindo corretamente, que está ali para ajudar. Se conseguir fazer o acompanhante mudar de postura, ótimo; caso contrário, essa pessoa terá de ser substituída.

Danilo acha que o acompanhante não tem só que acompanhar, tem que ser ativo. Acha que a primeira lição que ele tenta passar para os pais é de apoiar e não segurar o bebê.

Odete acha que só tem vantagens, que ajuda a diminuir o trauma da mulher.

Paula acha que a presença do acompanhante de livre escolha da mulher é importante porque a faz a mulher se sentir segura, apoiada, e é também uma defesa para os próprios profissionais da saúde que estão ali.

Camila vê basicamente vantagens, acha eventualmente um ou outro acompanhante pode atrapalhar, mas não se vê no direito de impedir a presença dele.

José Luiz acha que o cenário ideal é a paciente bem e com o acompanhante de sua livre escolha.

. A via de parto e a vida sexual da mulher e do casal

Quatro entrevistados acham que pode influenciar sim. Sheila acha que muitas mulheres acabam decidindo fazer cesariana porque têm um medo de que a vagina fique disforme, há a idéia do bebê terrorista, de que ele vá explodir o períneo da mãe. Isso depende da relação que ela tem anteriormente com o corpo. Se você faz uma episiotomia e sutura aquela estrutura que é extremamente irrigada, ela vai demorar para sentir de novo, meses, anos.

Camila também ressaltou os problemas relacionados à episiotomia e disse que o parto pode influenciar na auto-estima da mulher e conseqüentemente na sexualidade dela. Além disso, um parto vaginal violento e descuidado pode afetar a musculatura perineal provocando dor na relação sexual.

Danilo disse que as mulheres que ele acompanha no consultório pediátrico amamentam muito e o marido pode não lidar bem com isso.

Paula acredita que o marido não deveria estar de frente para a vagina da mulher, vendo o neném saindo dilatando aquilo tudo, porque é cultural, ele não vai acreditar

que voltará ao normal. E se ela não tiver uma boa assistência, se o neném for grande, se houver uma queda de bexiga, se tiver uma tendência genética a ter aquela falha de colágeno, pode atrapalhar.

Breno e Odete acham que não há influência. Breno sempre pergunta para suas pacientes, principalmente na consulta de seis meses pós-parto. Em princípio não tem tido diferença entre mulheres cesariadas e que fizeram parto normal e muitas delas até falam que o sexo melhorou porque elas tiveram mais consciência corporal com o parto, elas sentiram as sensações, então elas têm mais consciência corporal, então o sexo ficou até melhor depois do parto.

José Luiz acha que o parto é um evento muito sexual e que há muito tabu envolvido.

. O parto orgásmico

Todos consideram que o parto possa envolver alguma forma de prazer.

Sheila acha que ele pode ser realmente orgásmico, caracterizado ou pelos sons, olhar e sensação de plenitude, mas ressalta que isso só é possível se a mulher se permitir. Acredita que uma atividade sensual facilita muito o trabalho de parto e nascimento, mas que é difícil fazer isso quando há muita gente em volta, Breno também acentua a necessidade de privacidade. José Luiz e Breno acham que é uma possibilidade, mas que não é o objetivo. Relacionam a isso a presença da ocitocina, que é o mesmo hormônio que atua no orgasmo e no parto. No entanto, Breno, ao invés de chamar de orgasmo, prefere chamar de prazer; considera o parto como um evento sexual, que além dos hormônios envolve gemidos, sons de uma maneira geral, e a intimidade. Camila acredita que há uma confusão nessa idéia, ela acredita em parto com prazer, mas é preciso desvincular o prazer sexual. Danilo acha possível que aconteça, teve uma amiga que passou por isso, que conta que mandou todo mundo para fora do quarto e gozou. Acha que vai demorar muito ainda para ser uma coisa mais comum, porque o parto é pensado como expulsão, contração e não como relaxar e deixar o bebê sair. Acha que as mulheres não estão preparadas para isso, que sempre esperam sentir dor no parto e não prazer. Odete acha que algumas mulheres acabam tendo prazer durante o parto. Paula disse que pode acontecer, mas é difícil pela falta de preparo psicológico para isso. Acontece em pacientes que estão mais relaxadas.

. Impressões sobre os entrevistados

Sheila – Idéia de que o parto natural também pode ser um modelo que oprime, não cabe nada que não se encaixe naquilo. Faz crítica às listas de discussões de usuárias, por achar que podem ser muito opressoras. Recusa-se a atender sala de parto com cesaristas.

José Luiz – Ressalta a dificuldade que as mulheres enfrentam na amamentação. Visão bastante ideológica do parto, bastante preocupado com questões não físicas. Fala da amamentação e do parto como tabus e da importância cultural que envolve esses assuntos.

Breno – Bastante interessado em registrar as estatísticas dos partos que acompanha. Percebe no consultório que as mulheres têm dificuldade com a amamentação e às vezes desistem. Insiste para que elas façam cursos de preparação para o parto e para os cuidados com o bebê e amamentação.

Camila – Bastante firme, direta, sucinta. Tem muito claro o que acha certo e errado. A mais militante do parto natural de todos. Trabalhava como doula antes de virar obstetrix.

Danilo – O profissional mais ligado no lado emocional do parto de todos. Às vezes até nos parece que ele negligencia questões físicas importantes. Já trabalhou em serviços públicos, mas foi demitido de todos por querer trabalhar de forma mais individualizada com as pacientes.

Odete – Pareceu ter dificuldade em pensar o parto como emocionalmente traumático nos serviços privados. Ela se recusaria a fazer cesárea eletiva. Acha que o medo da dor faz a mulher buscar a cesárea.

Paula – Cansada de lutar contra a cultura cesarista, vem deixando um pouco de lado suas ideologias. Hoje em dia se a paciente insiste em querer cesariana eletiva ela faz.

7.2 Roteiro de entrevista com as puérperas

- Idade
- Estado civil
- Número de filhos
- Há alguém que lhe ajude com o cuidado com seu bebê? Quem?
- Suas gravidezes foram planejadas?
- Quais os medos e fantasias que você tinha durante à gravidez com relação ao parto?
- Qual foi sua escolha inicial de via de parto? Por quê?
- Qual foi a via de parto teve?
- Você considera que seu parto foi melhor, igual ou pior do que você esperava? Por quê?
- Dê exemplos de bons cuidados que você teve em sua(s) experiência(s) de parto.
- Dê exemplos de maus cuidados que você teve em sua(s) experiência(s) de parto.
- O que você mais gostou no(s) seu(s) parto(s)?
- O que você menos gostou no(s) seu(s) parto(s)?
- Se você fosse ter mais um filho como gostaria que fosse o parto?
- Você sentiu confiança nos profissionais de saúde que atenderam seu parto?
- Você sentiu que tinha algum controle sobre o que os profissionais de saúde faziam com você?
- Durante o trabalho de parto, você achou que a sua opinião era importante para os profissionais de saúde? Sentiu que eles a ouviam?
- Você considera que em algum momento no seu parto mais recente você foi tratada de maneira injusta? Por quê?
- Se você pudesse mudar alguma coisa na sua experiência recente de parto, o que seria?

- Se você fosse montar um serviço de atendimento ao parto no qual gostaria de ser atendida como ele seria? O que não poderia ter?
- Como você acha que as pacientes obstétricas podem contribuir para uma experiência de parto ser boa ou ruim?
- Como você acha que os profissionais de saúde podem contribuir para uma experiência de parto ser boa ou ruim?
- Quais orientações foram passadas a você no pré-natal? Buscou que fontes de informação?
- Como foi o contato com seu bebê na primeira hora?
- Você contou com acompanhante de sua livre escolha no pré-parto, parto e pós-parto? Se sim, quem?
- Como foi o pós-parto?
- Como foi a retomada da sua vida sexual após o parto?
- Como seu marido reagiu à experiência do parto?

7.3 Roteiro de entrevista com os profissionais de saúde

- Profissão
- Há quanto tempo exerce sua profissão?
- Você tem filhos?
- Se sim, qual via de parto você (ou sua companheira) escolheu? Por quê?
- Se não, qual via de parto você (ou sua companheira) escolheria? Por quê?
- O que você considera uma boa assistência ao parto?
- Como é a paciente que cria problemas para você e para a instituição em que trabalha? Descreva.
- Como é a paciente ideal para você? Descreva.
- Considerando um parto em que a mãe e o bebê fiquem bem, o que mais ele tem de ter para que você fique muito satisfeito?
- Quantos por cento de parto vaginal você faz nos setores público e privado de saúde?
- Quais orientações você costuma dar a suas pacientes durante o pré-natal e parto?
- Você usa algum termo de consentimento informado?
- Você considera que o parto pode ser emocionalmente traumático?
- Se sim, o que contribuiria para isso acontecer?
- Como você acha que as pacientes obstétricas podem contribuir para uma experiência de parto ser boa ou ruim?
- Como você acha que os profissionais de saúde podem contribuir para uma experiência de parto ser boa ou ruim?
- Você já presenciou uma situação de injustiça no parto?
- Se você fosse montar um serviço de atendimento ao parto como ele seria? O que não poderia ter?
- Quais as vantagens e desvantagens do parto normal para a mãe?
- Quais as vantagens e desvantagens do parto normal para o bebê?
- Quais as vantagens e desvantagens do parto normal para o profissional de saúde?

- Quais as vantagens e desvantagens da cesariana para a mãe?
- Quais as vantagens e desvantagens da cesariana para o bebê?
- Quais as vantagens e desvantagens da cesariana para o profissional de saúde?
- O que você pensa sobre o uso de anestesia no parto? Qual considera o melhor manejo da dor no parto?
- Quais as vantagens e desvantagens do uso de ocitocina?
- Quais as vantagens e desvantagens do uso de fórceps?
- Quais as vantagens e desvantagens da episiotomia?
- Quais as vantagens e desvantagens da manobra de Kristeller?
- O que você pensa sobre o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto?
- Você considera que a via de parto interfere na vida sexual da puérpera e do casal?
- Tem saído na imprensa notícias sobre pessoas que consideram que o parto pode ser orgásmico, o que você acha disso?
- Eventualmente, ao longo da entrevista foi pedido que os profissionais comparassem o atendimento na assistência pública com a assistência privada de saúde.

7.4 Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido para puérperas

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulado *O Parto Bom e o Parto Emocionalmente Traumático Sob o Ponto de Vista das Pacientes e Profissionais na Assistência Obstétrica*. Este trabalho faz parte do meu trabalho de Mestrado no Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa tem por objetivo descrever e analisar comparativamente as diferentes concepções sobre o que constitui um bom parto e um parto emocionalmente traumático, e o que contribui para que cada um deles ocorra, na perspectiva de profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto privado e usuárias desses serviços. Para tanto serão realizadas entrevistas semi-estruturadas.

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa e pode desistir a qualquer momento, mesmo durante ou após a entrevista. Como parte do tema proposto, trataremos de questões potencialmente traumáticas. Se após a entrevista você julgar que precisa de atendimento especializado para tratar dessa questão, favor entrar em contato no [telefone] para que eu possa orientá-la sobre o que fazer.

Para facilitar a transcrição da entrevista e não perder nenhum dado, a entrevista será gravada. Mas garanto que as informações por você dadas serão mantida em sigilo, bem como sua identidade. Após o término do trabalho a fita será destruída.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meu direito de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa; retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; não ser identificada e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade; procurar esclarecimento com o Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da universidade de São Paulo, no telefone 11 3061 7779 ou Avenida Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira Cesar, São Paulo – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

São Paulo, [data]

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Helena da Costa Lino, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

_____ Data: ____ / ____ / ____

7.5 Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA - USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulado *O Parto Bom e o Parto Emocionalmente Traumático Sob o Ponto de Vista das Pacientes e Profissionais na Assistência Obstétrica*. Este trabalho faz parte do meu trabalho de Mestrado no Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa tem por objetivo descrever e analisar comparativamente as diferentes concepções sobre o que constitui um bom parto e um parto emocionalmente traumático, e o que contribui para que cada um deles ocorra, na perspectiva de profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto privado e usuárias desses serviços. Para tanto serão realizadas entrevistas semi-estruturadas.

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa e pode desistir a qualquer momento, mesmo durante ou após a entrevista.

Para facilitar a transcrição da entrevista e não perder nenhum dado, a entrevista será gravada. Mas garanto que as informações por você dadas serão mantida em sigilo, bem como sua identidade. Após o término do trabalho a fita será destruída.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meu direito de receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa; retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo; não ser identificada e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade; procurar esclarecimento com o Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da universidade de São Paulo, no telefone 11 3061 7779 ou Avenida Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira Cesar, São Paulo – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

São Paulo, [data]

Nome do sujeito: _____

Assinatura: _____

Eu, Helena da Costa Lino, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante.

Data: ___ / ___ / _____

7.6 Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre parto normal

Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático – Organização Mundial de Saúde, 1996

Cap. 6 - CLASSIFICAÇÃO DE CONDUTAS NO NASCIMENTO NORMAL

Este capítulo classifica as práticas comuns e as condutas na categorias de partos normais, dependendo da utilidade delas, efetividade e complicação. A classificação reflete a visão do Grupo de Trabalho Técnico em Nascimento Normal. Argumentos para esta classificação não são determinados aqui. O leitor tem a referência do capítulo precedente que é o resultado da reflexão e o debate do Grupo de Funcionamento baseada na melhor evidência disponível (números de capítulos entre parênteses).

CATEGORIA A:

6.1. Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas

1. Realizar um plano pessoal que determine onde e por quem será assistido o nascimento: se será feito com a pessoa que atendeu a mulher durante a gravidez e se conhece marido ou companheiro dela e, se aplicável, para a família (1.3).
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e durante todo o tempo desde o primeiro contato com o obstetra durante o trabalho de parto e parto (1.3).
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como o desfecho do processo do nascimento (2.1).
4. Oferecer líquidos orais durante o trabalho de parto e parto (2.3).
5. Respeitar a escolha informada pelas mulheres do local do nascimento (2.4).
6. Prever cuidados durante o trabalho de parto e parto onde o nascimento será possivelmente realizado com segurança e confiança para a mulher (2.4, 2.5).
7. Respeitar o direito de isolamento das mulheres no local do nascimento (2.5).

8. Enfatizar o apoio através dos obstetras durante o trabalho de parto e parto (2.5).
9. Respeitar a escolha de companhia durante o trabalho de parto e parto (2.5).
10. Oferecer às mulheres muita informação e explicações sobre o que elas desejarem (2.5).
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento (2.6).
12. Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente (2.7).
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto (2.8).
14. Usar luvas no exame vaginal durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta (2.8).
15. Dar liberdade na seleção da posição e movimento durante o trabalho do parto (3.2).
16. Encorajar posição não supina no parto (3.2; 4.6).
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS (3.4).
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou com risco em constante, ainda que pequena perda de sangue (5.2; 5.4).
19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão (5.6).
20. Prevenir hipotermia do bebê (5.6).
21. Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio na iniciação de alimentação ao peito dentro de 1 hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre alimentação ao peito (5.6).
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas (5.7).

CATEGORIA B:

6.2. Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

1. Uso rotineiro de enema (2.2).
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos (2.2).
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto (2.3).
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa (2.3).
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto (3.2, 4.6).
6. Exame retal (3.3).
7. Uso de pelvimetria radiográfica (3.4).
8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado (3.5).
9. Uso rotineiro de posição de litotomia com ou sem estribos durante o parto (4.6).
10. Contínuo uso de puxos dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo (4.4).
11. Massagens ou estiramento do períneo durante o parto (4.7).
12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias (5.2; 5.4).
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação (5.2).
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto (5.7).
15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto (5.7).

CATEGORIA C:

6.3. Conduitas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais comprovem o assunto.

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa (2.6).

2. Uso rotineiro de amniotomia precoce durante o início do trabalho de parto (3.5).
3. Pressão do fundo do útero durante o parto (4.4).
4. Manobra relatada para proteger o períneo e retenção da cabeça do feto no momento do nascimento (4.7).
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento (4.7).
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação (5.2; 5.3; 5.4).
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical (5.5).
8. Excitação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação (5.6).

CATEGORIA D:

6.4. Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto (2.3).
2. Controle da dor por agentes sistêmicos (2.6).
3. Controle da dor através de analgesia peridural (2.6).
4. Monitorização fetal eletrônica (2.7).
5. Utilização de máscaras e vestidos estéreis durante o atendimento do parto (2.8).
6. Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um assistente (3.3).
7. Aumento de ocitocina (3.5).
8. Movimentar rotineiramente a parturiente para um quarto diferente para ser atendido o parto (4.2).
9. Cateterização da bexiga (4.3).
10. Encorajamento à mulher para realizar puxos quando a dilatação ainda que completa ou quase completa do colo forem diagnosticadas, antes que a mulher sinta o desejo para puxar (4.3).

11. Aderência rígida para uma duração estipulada do trabalho de parto como 1 hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto (4.5).
12. Parto operatório (4.5).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia (4.7).
14. Exploração manual do útero depois do parto (5.7).

8. GLOSSÁRIO

- **Doula:** Acompanhante de parto qualificada.

- **Episiotomia:** Incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto.

- **Fórceps:** Par de colheres metálicas que o obstetra utiliza para retirar o bebê de dentro da mãe.

- **Manobra de Kristeller:** Manobra através da qual o bebê é empurrado para fora da mãe por uma pressão aplicada sobre o fundo uterino

- **Ocitocina:** Hormônio produzido pelo corpo humano e que provoca contrações uterinas. Existe também a versão sintética utilizada para induzir ou acelerar um parto.

- **Parto Normal** – Parto via vaginal, pode incluir intervenções como anestesia, uso de ocitocina e episiotomia.

- **Parto Natural** – Parto vaginal sem intervenções.

- **Parto Fisiológico** – Mesmo que parto natural.

* *Fonte de consulta:* <http://www.partodoprincipio.com.br/glossario.html>

9. CURRÍCULO LATTES

Helena da Costa Lino

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2004), e Aprimoramento Profissional em Psicologia em Unidade Básica de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2007). Atualmente faz mestrado na Faculdade de Saúde Pública da USP. Trabalha como psicóloga no CAPS infanto-juvenil de Taboão da Serra. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 12/02/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/2667551643362923>

Carmen Simone Grilo Diniz

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 professora doutora do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desde 2005. 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. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 29/07/2010

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>