

# PARTO NORMAL OU CESÁREA? A DECISÃO NA VOZ DAS MULHERES<sup>1</sup>

## VAGINAL DELIVERY OR CESAREAN SECTION? DECISION MAKING IN THE VOICE OF WOMEN

## ¿PARTO NORMAL O CESÁREA? LA DECISIÓN EN LA VOZ DE LAS MUJERES

Nara Camões Freire<sup>2</sup>

Isa Maria Nunes<sup>3</sup>

Mariza Silva Almeida<sup>4</sup>

Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho<sup>5</sup>

Em diversos países, inclusive no Brasil, as taxas de cesárea estão muito elevadas, representando excesso de medicalização e de procedimentos invasivos com indicações questionáveis, ferindo a autonomia das mulheres. Os objetivos do estudo foram: descrever o processo de tomada de decisão das mulheres sobre a via de parto e identificar os fatores associados à tomada de decisão. A abordagem foi qualitativa. Participaram doze mulheres adultas que deram a luz entre 2006 e 2008, em maternidades da rede suplementar da cidade de Salvador. Utilizou-se a Técnica de Bola de Neve para a inclusão das depoentes e a entrevista semiestruturada. A organização e a análise dos dados foram baseadas na técnica do Discurso de Sujeito Coletivo. Os resultados mostram um processo de decisão sobre a via de parto centrado no saber médico, supostamente indiscutível, reafirmando a hegemonia do conhecimento e do poder médico sobre o corpo das mulheres. Há necessidade de melhoria da qualidade do pré-natal, preparando a mulher física e emocionalmente para o parto natural, inclusive com educação em saúde que forneça ferramentas para o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido, resgatando o seu papel ativo e fornecendo os recursos que possibilitem a tomada de decisão consciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto normal. Cesárea. Discurso do sujeito coletivo. Enfermagem.

*Throughout the world, including Brazil, there have been considerably high rates of cesarian sections, which brings excess of medication and also abuse in terms of invasive procedures, questionable reasons to procedure a cesarian section and eventually, a reduction on the autonomy of the women. The aims of this study are both to describe the process of decision-making regarding delivery option and also to identify the factors that are associated to choosing between a vaginal delivery and a cesarian section. The research was developed with twelve women who gave birth between 2006 and 2008, in private maternity hospitals in Salvador. The data collection was conducted through interviews and a semi-structured questionnaire. The snowball sampling was the method used to select the respondents. The data analysis was conducted based on The Collective Subject Speech technique. The research has shown the need for both investments and improvement of prenatal appointments that can enable women physically and emotionally*

<sup>1</sup> Pesquisa desenvolvida como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

<sup>2</sup> Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Discente da Residência Multiprofissional em Saúde Materno-infantil da Maternidade Climério de Oliveira, Universidade Federal da Bahia. naracamos@hotmial.com

<sup>3</sup> Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do Departamento de Enfermagem Comunitária e Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. isamaria.nunes@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Enfermagem Comunitária e Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. marizaal@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Enfermeira Obstétrica. Técnica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretora da Maternidade Tsylla Balbino, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Docentes da Faculdade Maria Milza do Centro Universitário Jorge Amado. Presidente da Associação Brasileira de Obstetras, Enfermeiros Obstetras, Seção Bahia. ritacalfa@hotmail.com

*to a vaginal delivery, enhancing their role on the process, so that they have more resources and conditions of having a conscious and free decision.*

**KEY WORDS:** *Vaginal delivery. Caesarian. The collective subject speech. Nursing.*

*En diversos países, incluso en Brasil, los índices de parto cesáreo son muy altos, revelando exceso de medicación y de procedimientos invasivos con orientaciones cuestionables, yendo contra la autonomía de las mujeres. Los objetivos de este estudio fueron: describir el proceso de toma de decisión de las mujeres sobre la vía del parto e identificar los factores asociados a la toma de decisión. Estudio de enfoque cualitativo, desarrollado con doce mujeres adultas que dieron a luz entre 2006 y 2008, en maternidades de la red suplementaria de la ciudad de Salvador. Para la inclusión de los encuestados se utilizó la Técnica de la Bola de Nieve y la entrevista semiestructurada. La organización y análisis de los datos fue realizado a través de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados muestran un proceso de decisión sobre la vía del parto centrado en el saber médico, supuestamente indiscutible, reafirmando la hegemonía del conocimiento y del poder médico sobre el cuerpo de las mujeres. Existe la necesidad de mejora de la calidad del prenatal, preparando a la mujer, tanto física como emocionalmente, para el parto natural, incluso con educación en salud que ofrezca herramientas para el autocuidado, así como, el cuidado con el recién nacido rescatando, de ese modo, su rol activo y ofreciéndole recursos que le permitan una toma de decisión consiente.*

**PALABRAS-CLAVE:** *Parto normal. Cesárea. Discurso del sujeto colectivo. Enfermería.*

## INTRODUÇÃO

A prática da assistência obstétrica encontrada no Brasil vem se configurando de forma medicalizada, de maneira crescente, desde os anos 1960, favorecida pelo surgimento do modelo intervencionista, hospitalocêntrico e curativo da prática médica (DINIZ; CHACHAM, 2002). A assistência tradicional prestada à mulher e sua família pelas parteiras leigas “[...] foi subjugada ao poderio institucional, abafando os saberes e fazeres espontâneos, praticados pela solidariedade feminina” (NUNES; MOURA, 2004, p. 341), transformando substancialmente a atenção ao parto. A operação cesariana, recurso útil para preservar a vida da mãe e do recém-nascido em ocasiões especiais, tem se tornado uma opção fácil, o que representa um risco quando realizada sem uma real necessidade. As evidências mostram que o aumento do número de cesáreas não implica em uma diminuição da morbimortalidade perinatal, pelo contrário, pode trazer riscos aumentados à saúde da mãe e de seu filho (SILVA; MORAES FILHO; COSTA, 2005).

Sabe-se que as parturientes, durante o trabalho de parto, necessitam de atenção permanente e suficientemente qualificada que possa acolher suas demandas de cuidados e de informações sobre todo o processo parturitivo. Tal necessidade nem sempre conta com a disponibilidade da equipe e parece incompatível com o processo

de trabalho dos profissionais médicos, tanto no que se refere à agenda de atendimentos destes, quanto à remuneração das horas de trabalho, que costumam ser longas, para o acompanhamento que o trabalho de parto requer.

Vale destacar que a hospitalização do parto e os avanços tecnológicos proporcionaram maior controle dos riscos materno-fetais. Todavia, a sua institucionalização tem contribuído para o abuso de intervenções desnecessárias com a perda do protagonismo da mulher, paulatinamente afastada da possibilidade de influenciar nas decisões sobre as condutas e a via de parto adotada. Esse processo de decisão sofre a influência das informações obtidas pela gestante ao longo da vida, inclusive durante a assistência pré-natal.

Diante da “epidemia” de cesáreas no Brasil e no mundo, cabe o questionamento sobre a preferência ou não das mulheres sobre essa via de parto. De acordo com pesquisa realizada em dois hospitais da rede suplementar do Rio de Janeiro, cerca de 70% das mulheres relataram que, ao final da gestação, já havia a decisão de realização de cesariana, tendo duplicado a proporção de mulheres com opção pelo parto cesariano em relação à preferência referida no início da gestação (DIAS et al., 2008). Atualmente, muitos estudos têm sido realizados em busca da resposta para essas questões e suscitam algumas situações para

a reflexão que apontem explicações e a adoção de medidas que tornem mais claro e consciente o processo de escolha/indicação da via de parto.

A contextualização dessa problemática permitiu delinear-se como objeto do estudo o processo de decisão das mulheres sobre a via de parto normal ou cesárea, orientado pela seguinte questão norteadora: Como se dá a tomada de decisão sobre a via de parto para mulheres usuárias da rede suplementar e particular em Salvador?

Nesse sentido, este estudo teve como objetivos descrever o processo de tomada de decisão das mulheres sobre a via de parto e identificar fatores associados à decisão pela via de parto vaginal ou cesárea.

## REFERENCIAL TEÓRICO

Para a maioria das mulheres, o medo da dor do parto é a segunda maior preocupação depois da segurança do bebê (DINIZ; DUARTE, 2004). A intensidade da dor varia de mulher para mulher e de gestação para gestação, conforme fatores tais como: o limiar individual, o grau de relaxamento, a intimidade com o ambiente, o apoio de familiares e dos profissionais, a preparação recebida durante o pré-natal, dentre outros. Além do medo da dor e da oportunidade de realização da laqueadura tubária, outros fatores contribuem para as altas taxas de cesárea, a exemplo do medo de danificar a anatomia da vagina, com implicações para o desempenho sexual, e a falta de garantia de anestesia para o parto normal. Outras razões podem estar relacionadas à falta de acesso da população a informações e orientações para o autocuidado durante o ciclo gravídico-puerperal e sobre os riscos das cirurgias obstétricas, a conveniência médica e a falta de equipamentos adequados para monitorização fetal e materna (TEDESCO et al., 2004).

Essa realidade tem elevado o número de partos cirúrgicos nos hospitais privados, quiçá movidos também pelo retorno financeiro decorrente da realização desse procedimento cirúrgico. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), o Brasil apresentou taxa de 30,1% de cesarianas em 2006 realizadas pelo SUS,

enquanto 80,7% de partos operatórios foram observados no setor supletivo nesse mesmo ano (BRASIL, 2008). Tem-se, portanto, como desafio a superação desse modelo excessivamente intervencionista de atenção ao parto, que requer o envolvimento de todas as categorias da saúde, de forma a agregar saberes e práticas com destaque para a participação das enfermeiras obstétricas. Tal inserção não tem sido fácil, em razão do conflito que é fruto da divisão social do trabalho da equipe de saúde, na qual o médico, tradicionalmente, ocupa uma posição hegemônica na assistência (PEREIRA, 2006).

Em relação à escolha por cesarianas, Diniz ([2008], p. 1) afirma que “[...] essa indicação não tem base na evidência científica, mas sim na noção de uma cultura hegemônica que reforça a construção imaginária da vagina como um órgão passivo contribuindo para a exclusão da mulher no papel de protagonista do parto”. Outro dado observado é o elevado índice de internações precoces das gestantes, o que ocasiona maior taxa de intervenções médicas. Em muitos casos, a cesariana foi feita sem tentativa de parto normal e apenas 8% das mulheres submetidas ao parto operatório havia entrado em trabalho de parto (CHAGAS, 2008).

De modo geral, as mulheres que são acompanhadas na rede suplementar criam relações muito próximas com seus pré-natalistas, o que as possibilita fazerem escolhas baseadas, principalmente, nas informações que trocam com esses profissionais. Em alguns contextos, as informações mostram-se superficiais e insuficientes, até mesmo distorcidas, o que contribui para que algumas delas, de variadas condições socioeconômicas, concordem com a indicação do seu obstetra ou até mesmo façam a opção pela via de parto que lhes pareça mais adequada, fato que se reflete nas estatísticas sobre partos normais ou cirúrgicos.

O movimento para redução da incidência de cesarianas no Brasil está mais explícito e limitado ao âmbito do setor público. Isso acontece por que o setor privado tem se colocado à margem das medidas implementadas pelos programas oficiais, sem controle efetivo do Estado nos serviços

da rede, onde o profissional decide livremente sobre o tipo de parto, nem sempre atendendo às indicações de caráter clínico e/ou obstétrico.

Na perspectiva de que o saber profissional tem capacidade disciplinadora e normatizadora, as ações de saúde são construídas na relação entre saber e poder, e o cuidado prestado à mulher durante a sua permanência no espaço hospitalar assenta-se nas manifestações de angústia e no temor da usuária. Contribui para essa ação, um corpo que se apresenta amedrontado e envergonhado, exposto à humilhação e fácil de disciplinar, para ser fiel à visão de Foucault (1999). O poder foucaultiano aponta para a necessidade de se buscar compreender o poder hegemônico que se dá no confronto contínuo, permanente e inerente às relações sociais, a exemplo da que se processa entre a mulher e o profissional de saúde no momento do parto. Isto nos remete à afirmação de que este poder, nem sempre é repressivo, nem mesmo o único elemento de controle de um conjunto de instituições, mas “[...] principalmente um exercício produtivo no jogo das relações sociais” (MEYER, 1996, p. 46).

Foucault (1999) também considera que as relações de poder existentes na sociedade só podem ser exercidas sobre sujeitos livres, que conjuguem a capacidade de agir sobre a ação do outro e se reconheçam como sujeitos da ação. Isto pode implicar numa relação de poder flexível e simétrica, com possibilidade de resistência(s), enquanto estratégia concreta de reação. No contexto da atenção à saúde, a possibilidade da livre escolha sobre procedimentos e condutas passa pela relação de confiança entre os profissionais produtores de serviços e as pessoas que os utilizam, desde que se mantenham abertos os canais de diálogo para ampliar o leque de opções, com a apresentação de vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa desenvolvida entre agosto de 2008 e junho de 2009 com mulheres que deram a luz por via vaginal e por aquelas submetidas a

cesarianas, entre 2006 e 2008 em maternidades da rede particular e suplementar no município de Salvador, Bahia.

O método utilizado para a inclusão das depoentes foi a Técnica de Bola de Neve, que acontece quando “[...] o pesquisador, após primeira entrevista com um sujeito dotado das características de interesse da pesquisa, seleciona um segundo sujeito recomendado pelo primeiro a pedido do pesquisador, e assim sucessivamente até não encontrar mais dados significativos para o estudo” (TURATO, 2003, p. 365). Foram considerados como critérios de inclusão: mulheres que haviam tido parto normal ou cesárea, entre 2006 e 2008, em maternidades da rede suplementar no município de Salvador, Bahia. Foram excluídas as mulheres que tiveram intercorrências clínico-obstétricas na última gestação, as adolescentes e as mulheres com duas ou mais cesáreas prévias.

Os dados referentes às características clínico-obstétricas e ao perfil sociodemográfico foram digitados e analisados pelo programa EPI-INFO, versão 6.01, que possibilita o cruzamento de informações. Para a organização e análise dos depoimentos foi utilizado como método o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que se mostra adequado para estudos qualitativos “[...] com vistas a tornar mais claro o conjunto de pensamentos manifestados pelos sujeitos de uma pesquisa” (LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A., 2005, p. 19). Na transcrição dos discursos, apresentada neste artigo, foi atribuída a sequência E1, E2 em diante, obedecendo a ordem em que as entrevistas ocorreram.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pelo Parecer n.º 39/08, de 29 de outubro de 2008. Em todas as fases da pesquisa foram respeitadas as determinações que constam na Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### As mulheres que participaram da pesquisa

Participaram do estudo 12 mulheres adultas que tiveram parto cesariano 10 (83,3%) e parto normal 2 (16,6%). A maioria delas 9 (75%) encontrava-se na faixa etária dos 25 aos 34 anos, considerada ideal para o processo reprodutivo; eram pardas 7 (58,3%); tinham nível superior completo 9 (75%); e uma relação estável com o parceiro 11 (91,6%). No grupo estudado, 5 (41,6%) eram nulíparas e apenas 1 (8,3%) teve parto por via vaginal. Dentre as 6 (50%) mulheres que estavam na segunda gravidez, 3 (25%) tiveram um aborto anterior. Dentre as entrevistadas, 7 (58,3%) desejavam ter parto normal. Dessas, apenas 2 (16,7%) tiveram seu desejo atendido, enquanto 5 (41,6%) das que escolheram parto normal tiveram cesárea. Todas as 5 (41,6%) mulheres que desejavam parto cesárea durante a gestação conseguiram fazer valer a sua escolha, sem dificuldade.

### Processo de tomada de decisão sobre a via de parto e os fatores associados

A análise do material empírico obtido permitiu a organização de seis Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), que refletem o processo de tomada de decisão e os fatores associados, a saber: “decidindo e planejando, mas sendo flexível para mudar”; “tomando a decisão ao longo da gestação, com conhecimento e segurança”; “deixando acontecer, acreditando no respeito à decisão mesmo sob pressão”; “nem antes, nem durante, em clima de medo a mulher não decide”; “satisfação com a decisão, repetir respeitando a natureza e o momento de vida”; “frustração com o sofrimento e a impotência, poderia ter sido diferente”.

*Primeiro DSC: decidindo e planejando, mas sendo flexível para mudar*

“Desde que eu engravei já tinha decidido que optaria por um parto normal, mas tendo

a flexibilidade de que, se na hora não tivesse tudo encaminhando pra isso, fazer uma cesárea em último caso. A decisão foi minha e do meu marido; falamos para a médica que pretendíamos ter parto normal e se ela não apoiasse a nossa escolha procuraríamos outra pessoa com essa disponibilidade. Estava decidido antes de eu ficar grávida; eu sempre quis ter parto normal, porque é o melhor para a mulher e para a criança. Eu e meu marido decidimos juntos; ele é totalmente a favor do parto natural [...] foi tudo programado, planejado.” (E2, E3, E10).

O DSC1 foi composto por mulheres de diferentes faixas etárias, múltíparas e primíparas, que demonstravam um desejo, uma intenção sobre a forma de parir, construída com base em experiências diversas. Independente das idades e das histórias de vida de cada uma, observa-se a confluência de depoimentos conformando um discurso que aponta para um processo amadurecido de decisão, iniciado antes mesmo do advento da gravidez, o que pode estar associado a uma construção social, para a qual contribuem as experiências, com a importante influência dos relatos das mulheres do seu convívio sobre partos normais.

Estudo sobre a sociedade do século XIX afirma que as mulheres recebiam uma educação que tinha a finalidade de produzir boas reprodutoras e formar boas mães para proteção e sobrevivência das crianças (VIEIRA, 2002). Na atualidade, apesar da modificação crescente no papel da mulher na sociedade e de seu reconhecimento como ocupante de espaço público, mais visível e produtivo, as mulheres ainda são cobradas como únicas responsáveis pela função de reprodução e pela educação da prole.

As imagens construídas sobre as vias de parto e suas influências sobre o corpo e a vida das mulheres podem explicar tanto o medo quanto o desejo para submeterem-se ao parto normal e a cesárea. O suporte familiar e o tipo de atividade laboral exercem influência sobre a escolha, além de nível econômico, acesso ao serviço de saúde, à educação e informação e aos fatores culturais, que também interferem, ou mesmo determinam,

a afinidade da mulher em relação ao parto normal e cesariana (CAMARA; MEDEIROS; BARBOSA, 2000). O DSC expõe o exercício da autonomia da mulher para decidir a data do parto de acordo com o seu momento de vida. Entretanto, essa liberdade de escolha é, por vezes, manipulada pela falta de informações sobre os riscos reais de um parto programado e promove um círculo vicioso em que a desinformação das mulheres e a comodidade dos profissionais são grandes responsáveis pelo aumento da epidemia de cesáreas observada ao longo das últimas décadas (PELLOSO; PANONT; SOUZA, 2000; TEDESCO et al., 2004).

De modo contrário, o protagonismo das gestantes pode ser reforçado pelo profissional de saúde, por meio do diálogo em linguagem compatível com seu nível da escolaridade, visando garantir o direito de ouvir e ser ouvida sobre as decisões que envolvem o seu corpo. Para Hossne (1995) e Santos (1997), dentro dos princípios bioéticos de autonomia e autodeterminação, a mulher tem o direito de ser esclarecida e orientada para a promoção da saúde, para os riscos e benefícios dos procedimentos a que poderá a ser submetida. O respeito a essa possibilidade facilitou o planejamento e a firmeza na decisão tomada sobre a via de parto apontada neste primeiro DSC.

#### *Segundo DSC: tomando a decisão ao longo da gestação, com conhecimento e segurança*

“Eu só queria que fosse uma coisa tranquila e sem dor, que não trouxesse prejuízo. Se fosse normal, tinha que ser normal mesmo, sem fórceps, sem nenhum trauma; se fosse cesárea, que fosse tranquila. Decidi desde o primeiro momento [...] escolhi a cesárea justamente por causa da anestesia, porque eu sabia que não ia sentir nada. Desde o segundo mês eu já pensava em ter parto normal. Com todos os esclarecimentos, eu me senti mais segura para manter a minha decisão. Decidi no primeiro trimestre da gestação, nunca tinha parado pra pensar nisso.” (E6, E8, E11).

É visível, neste discurso, que as mulheres admitem a mudança na opção inicialmente escolhida, movidas pela preocupação em garantir seu bem-estar, não sentir dor e ter uma evolução tranquila, admitindo a possibilidade de intervenção no parto, se for necessário. Na atualidade, o acompanhamento qualificado do pré-natal e do trabalho de parto permite que sejam identificadas precocemente as situações perinatais que justificam a indicação de parto normal, vaginal, instrumental e de uma cesariana. A ideia de uma *cesárea tranquila* é coerente com o desejo de fazer uma escolha planejada, com oportunidade de se adaptar e adquirir mais segurança sobre a escolha feita.

É comum ouvir-se relatos de mulheres que se consideram incapazes de dar à luz de forma natural, por causa da dor, fruto da representação corrente sobre o parto vaginal, introjetado no subconsciente feminino, como se nada pudesse ser feito para obter alívio. Além de pouco incentivadas a adotar práticas não farmacológicas para o controle da dor, as mulheres também são privadas de conhecimentos sobre o seu próprio corpo e sobre a fisiologia do parto, o que pode contribuir para a solicitação da cesárea. “A ignorância das gestantes com respeito à fisiologia do parto as torna receptivas às mensagens perniciosas e, uma vez contaminadas, têm seu medo alimentado, o que redobra a impressão dolorosa no momento da parição.” (SALEM, 2007, p. 59).

Esse DSC expõe que, no transcurso da gravidez, algumas mulheres buscaram ajuda, apresentaram seus medos, angústias, fantasias e ansiedades em torno da decisão, com o objetivo de escolherem a via de parto de maneira compartilhada e bem embasada. O discurso sugere que, para essas mulheres, as escolhas em relação à via de parto foram delineadas ao longo da gestação, com a preocupação de buscar informações que pudessem dar certeza de ter acertado com a decisão tomada.

*Terceiro DSC: deixando acontecer, acreditando no respeito à decisão mesmo sob pressão*

“Eu estava deixando as coisas acontecerem; se tivesse entrado em trabalho de parto antes, podia ser que eu tentasse [parto normal], mas eu cheguei ao final da gravidez sem sintoma e ele [o médico] disse que se completasse 41 semanas e alguns dias ele ia interferir para evitar sofrimento do bebê [...] acabei optando pelo parto cesáreo. Tive medo de encarar o parto normal; o médico me passou segurança em relação à cesárea e minhas amigas também me convenceram. Até o final da gravidez, eu sempre desejei fazer normal [...] Decidi na hora mesmo, durante a gestação toda tive desejo de fazer parto normal, aí, na hora H, eu senti muita dor e pedi à médica pra fazer cesárea e ela atendeu na hora.” (E4, E5, E12).

O DSC mostra que, apesar da tentativa em manter a decisão tomada pela via de parto normal, as depoentes sucumbiram frente à possibilidade de riscos, do enfrentamento da dor, do cansaço presente no final da gestação e da noção de incapacidade relacionada à idade. De acordo com Lopes et al. (2005), o parto traz repercussões psíquicas, sociais e culturais, constituindo-se em um momento no qual as expectativas e ansiedades presentes ao longo da gestação acabam por tomar uma dimensão real que confirmam ou não os medos e esperanças que cercam o parto.

Ao ultrapassar a 40ª semana de gestação, ou mesmo antes, a mulher pode sentir-se pressionada tanto pelo(a) obstetra quanto pelas pessoas com quem convive, sugerindo a intervenção cesariana como solução rápida para a resolução do parto. Nesse momento, fica difícil para ela manter-se firme na sua posição ou desejo, pois se sente responsável e tem medo de enfrentar sozinha os riscos de um desfecho ruim. O parto normal, que é o fisiológico e natural, passa a ser encarado como uma segunda opção, enquanto a cesárea é vista como a possibilidade mais real, e não como um recurso para preservar a vida da gestante e de seu concepto.

O discurso está sustentado também na autonomia das depoentes dispostas a fazerem valer seus desejos, uma vez que se mostraram dispostas a mudar de obstetra e buscar um profissional que respeitasse as suas preferências e satisfizesse as suas expectativas. Pesquisa realizada em duas maternidades do município do Rio de Janeiro demonstrou que a maioria das mulheres que fizeram cesáreas não havia solicitado esta intervenção. Entre as mulheres que não desejavam intervenção cirúrgica, mas que, por algum motivo, acabaram aceitando, 93,9% fizeram o pedido ao obstetra durante o trabalho de parto e até durante o parto. De acordo com as autoras, o pedido para realização de cesáreas decorreu da dor durante o trabalho de parto e o parto (BARBOSA et al. 2003). Esse achado reforça as opiniões das depoentes frente ao medo do parto, manifestadas neste terceiro DSC.

*Quarto DSC: nem antes, nem durante; em clima de medo a mulher não decide*

“Eu tinha decidido falar com ela [a médica] que ela ia ter que fazer cesárea; eu senti as dores, então fui para a maternidade; estava na dúvida, com medo da dor. Ela [a médica] não estava decidida para fazer cesárea; pelo jeito ela queria que eu tivesse normal mesmo. Eu queria esperar para ser normal, mas o médico justificou com a pressão [hipertensão] que tinha que ser cesárea; eu não tive escolha. O meu desejo era pelo parto normal, tive dilatação, tive tudo, só não foi parto normal por causa do cordão enrolado no pescoço, que mostrou na última ultrassonografia e a médica achou mais seguro fazer cesárea.” (E1, E7, E9).

Nesse discurso, ficam evidentes as dificuldades encontradas para exercerem a autonomia sobre seus corpos e serem protagonistas do processo do parto. Ao se entregar totalmente aos cuidados dos profissionais, afastam-se progressivamente das decisões sobre o processo da gestação e de sua finalização, passando a se sentirem fracas e incompetentes. Por outro lado, podem

receber reforço positivo para vivenciar esses momentos, dependendo muitas vezes de iniciativas por parte das instituições e, principalmente, dos profissionais que as acompanham. De um modo ou de outro, a participação e a atitude adotada pelos profissionais exercem influência marcante sobre as expectativas e experiências das mulheres com o trabalho de parto.

Como se vê, os desejos não são atendidos, principalmente quando alguma intercorrência apresenta-se e passa a justificar sucessivas intervenções, as quais, quando não são adequadamente compartilhadas por meio de diálogo, deixam a marca da imposição pelo risco. Nesse cenário, reafirma-se a “[...] patologização do parto, articulada à construção médico-científica do feminino como normalmente defeituoso e dependente da tutela médico-cirúrgica associada ao modelo de assistência como evento de risco, ao longo do século vinte” (BARBOSA et al. 2003, p. 1.613).

É possível verificar que as justificativas para a realização da cesariana, citadas pelas entrevistadas, indicavam um receio de que algo ruim pudesse acontecer a elas e ao recém-nascido, reforçando o poder da(o) obstetra, considerada(o) a única pessoa capaz de livrá-las do sofrimento.

O DSC retrata as manifestações de medo da dor já apontadas anteriormente. Em que pese o perfil socioeconômico das depoentes e a possibilidade de acesso a diferentes práticas de preparação para o parto e à utilização de técnicas, farmacológicas ou não, de alívio da dor no trabalho de parto, isto não ocorreu. Sem serem apresentadas as alternativas para conviver com as dores do trabalho de parto, as depoentes, cercadas de medo, cedem facilmente à decisão médica, sem questionamentos. Essa atitude colabora para aumentar os pedidos das mulheres pelo parto cirúrgico e costuma estar associada à conveniência dessa via cirúrgica para o processo de trabalho médico. Esse encontro de interesses tem como resultado estatístico o fato de que a cesárea é praticada em mais de dois terços dos nascimentos do setor privado no Brasil, em que, teoricamente, as mulheres

têm mais possibilidade de escolha (DINIZ; CHACHAM, 2006).

Ao afirmar “tive dilatação, tive tudo”, o DSC reforça a frustração com o desejo que não foi atendido, pois sobreram argumentos para a indicação da cesárea em substituição à condução do parto com os recursos disponíveis atualmente para adequado monitoramento da parturiente e do feto, nas circunstâncias apontadas no discurso.

*Quinto DSC: satisfação com a decisão.  
Repetir respeitando a natureza e o momento de vida*

“Fiquei satisfeita em ter feito cesárea. No próximo [parto] eu quero cesárea de novo, apesar da recuperação, me sinto tranquila. Faria cesárea novamente por conta da minha idade e porque já fiz uma não é? Repetiria a cesárea, sim. Foi ótima a recuperação; tomaria a mesma decisão por causa da dor. Eu me senti confortável, não me arrependi, mas se eu optar por uma cesárea novamente, pretendo aguardar o sinal, que o bebe se manifeste na hora do parto, de uma forma mais natural. Optaria pela programação da cesárea e pela falta de tempo de me preparar fisiologicamente para um parto natural [...] é o melhor para a mulher e para a criança, é uma decisão bem forte. Faria [cesárea] de novo, depende do meu momento profissional.” (E5, E1, E8, E4, E10, E9, E2).

A ideia central do quinto DSC está focada na satisfação das mulheres em relação à decisão tomada sobre a via de parto, independente do grau de sua participação nesse processo. A maioria teve parto cesáreo e explicitou que os problemas frequentes no pós-operatório foram minimizados e superados pela satisfação com a rapidez, a tranquilidade e o conforto, proporcionado pela cesárea.

De modo geral, as entrevistadas podem ter tido dificuldade de avaliar a satisfação em termos comparativos, pois mais da metade delas não tinha experiência com partos anteriores. Uma boa

experiência de parto significa, entre outras coisas, o modo como cada mulher lida com a dor inerente ao processo de abertura do colo do útero, e a possibilidade de aliviar ou eliminar dores desnecessárias, provenientes de tensões, medos, ambientes impróprios, manobras médicas discutíveis ou até presença de pessoas indesejadas no momento do parto (DUARTE, [ca. 2001]).

Conforme o DSC, prevaleceu a ideia, equivocada, de que a repetição da experiência da cesárea está associada à impossibilidade da realização de parto natural após uma cesariana. O parto vaginal após uma cesárea não só é “[...] seguro, como desejável, ajudando a evitar problemas potencialmente decorrentes de cesáreas de repetição” (BRASIL, 2001, p. 33). Explicita-se aqui, portanto, a desinformação e a falta de clareza que resulta em confusão, equívocos e gera ansiedade e insegurança na tomada de decisão.

No tocante à satisfação, existe uma valorização por parte das mulheres quanto ao conforto físico, apoio psicológico recebido, atenção personalizada e privacidade no cuidado. A satisfação compreensível no DSC pode estar vinculada ao tratamento recebido nas instituições, em decorrência do acesso à assistência suplementar, na qual esses quesitos são, a princípio, supervalorizados.

#### *Sexto DSC: frustração com o sofrimento e a impotência, poderia ter sido diferente*

“Me sinto um pouco frustrada, porque eu queria ter tido parto normal e não consegui. A cesárea foi um pouco traumática pela cicatrização dos pontos, eu não podia carregar meu filho e também por não ter conseguido amamentar. Me senti um pouco impotente; a gente não tem como discutir com os médicos, por mais que a gente tente argumentar, a opinião deles prevalece. Não faria [cesárea] de novo. Gostaria de ter parto normal, mesmo com a dor, eu acho que dava para aguentar. Se a médica fosse mais incisiva na hora, eu teria tido normal.” (E3, E7, E12).

A insatisfação com a via de parto tangencia o sexto DSC e é motivada pelas complicações e dificuldades ocorridas no pós-parto, com reflexo no início e na manutenção do aleitamento materno. Esses elementos contribuem na promoção de sentimento de culpa por sentirem-se incapazes, podendo interferir negativamente no estabelecimento de vínculo da mãe com o bebê e na sua capacidade de prestar os cuidados à criança (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002).

Sentir-se impotente frente às decisões médicas foi uma reação relacionada também à insatisfação com a experiência desse tipo parto e mostra como as mulheres ainda estão distantes de exercerem a real autonomia. Dentre as ações com vistas à humanização do cuidado, o investimento no processo de educação em saúde, com informações e orientações pertinentes, evitaria que elas continuassem em atitude de passividade, caladas e imobilizadas sobre seus próprios corpos sobre os quais são realizados procedimentos extrativos do feto, tornando-as sujeitos ativos do processo com direito a voz e participação nas decisões que dizem respeito ao seu corpo (DINIZ, 2001).

Ao afirmar que “dava para aguentar a dor do parto normal”, o DSC reforça a construção de gênero sobre reprodução e feminilidade alimentada em nossa sociedade. Tal elaboração mostra-se desfavorável para as mulheres, ao dotá-las dos atributos de fragilidade e incompetência para entender e lidar com a complexidade das práticas dos profissionais de saúde, entregando sua vida e seu corpo, para que decidam por ela, tornando-se objeto da assistência, numa relação assimétrica e institucionalmente hierarquizada (CHAUÍ, 1985).

O DSC põe em cheque a confiança depositada na(o) médica(o), na medida em que esperavam posição mais firme dessa profissional no aguardo por um parto normal. Desse modo, as mulheres contribuem passivamente para a reprodução do modelo biomédico e intervencionista, principalmente quando aceitam, resignadamente, a conduta imposta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa confirmam a hegemonia do conhecimento e do poder da prática obstétrica sobre o corpo das mulheres, manifestando sua face perversa, quando a gestante tem a sua voz, seus desejos e conhecimentos sufocados pela unilateralidade das decisões. Mesmo realizando o pré-natal completo e tendo contato com mais de um profissional, o espaço educativo do pré-natal foi subutilizado como oportunidade para abordar as gestantes com informações sobre o ciclo gravídico-puerperal, incluindo os benefícios e os riscos existentes para cada via de parto, levando em consideração a elevada escolaridade das participantes.

Os DSCs reforçaram o padrão de decisões sobre a via de parto, sendo tomadas em contexto de medo-tensão-dor frente ao trabalho de parto, mesmo tendo acesso a atendimento com profissional de sua escolha, em serviços de saúde diferenciados e sob os cuidados de equipes de saúde que poderiam lhe oferecer métodos capazes de reduzir a percepção dolorosa no momento do parto. O processo de escolha da via de parto certamente foi influenciado por essa realidade, a qual, em nome da segurança para a mãe e o feto, cria condições para que a decisão sobre a via de parto ocorra independente das concepções e decisões tomadas no âmbito familiar. Prevalece a decisão médica, supostamente indiscutível para as parturientes, com pouca participação dessas, na maioria das situações.

Recomenda-se que os(as) profissionais de saúde criem possibilidades para que as mulheres, independente da classe social, de estarem vinculadas a planos de saúde ou de serem usuárias do SUS, tenham a oportunidade de acesso a conhecimentos específicos, para que possam tomar decisões mais conscientes. Que elas possam exercer o real protagonismo do parto, sem sofrimento desnecessário, compartilhando decisões cada vez menos influenciadas pelo medo da dor no parto ou por interesses profissionais e institucionais. Que prevaleça o desejo das mulheres até que uma ameaça real se apresente para o seu bem-estar e do seu feto.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, Gisele P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. A redução do parto cesáreo: o papel do SUS e da saúde suplementar. Belém, 2008. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/memoriaeventos/XXIVConasems\\_A%20redu%C3%A7%C3%A3o%20do%20parto%20ces%C3%A1reo\\_JacquelineTorres\\_09abril.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/memoriaeventos/XXIVConasems_A%20redu%C3%A7%C3%A3o%20do%20parto%20ces%C3%A1reo_JacquelineTorres_09abril.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)>. Acesso em: 20 set. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2001.
- CAMARA, Michella F.B.; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Maria A. Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. *Rev. eletr. enf.*, Goiânia, v. 2, n. 1, 2000. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista2\\_1/Cesarea.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_1/Cesarea.html)>. Acesso em: 27 maio 2012.
- CHAGAS, Catarina. *Pesquisa avalia motivos para a preferência por cesariana*. Agência Fiocruz de Notícias, Saúde e Ciência para todos. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgi-lua.exe/sys/start.htm?sid=9>>. Acesso em: 27 mar. 2008.
- CHAUÍ, Marilena. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, Ruth (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. v. 4. p. 25-62.
- DIAS, Marcos Augusto B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.
- DINIZ, Simone G. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. [2008]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso em: 27 mar. 2008.

- DINIZ, Simone G. *Entre a técnica e os direitos humanos*: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, Simone G.; CHACHAM, Alessandra S. *Dossiê humanização do parto*. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.
- \_\_\_\_\_. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões saúde reprod.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.
- DINIZ, Simone G.; DUARTE, Ana Cristina. *Parto normal ou cesárea?* o que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: Unesp, 2004.
- DUARTE, Ana C. *Dor no parto*. [ca. 2001]. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/dor.html>>. Acesso em: 27 mar. 2008.
- FIGUEIREDO, Barbara; COSTA, Raquel; PACHECO Alexandra. Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. *Análise psicol.* Lisboa, v. 20, n. 2, p. 203-217, 2002.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- HOSSNE, Andrea S. Infecção hospitalar-aspectos éticos. *Rev. assoc. méd. bras.*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 23-33, jan./fev. 1995.
- LEFÉVRE, Fernando; LEFÉVRE, Ana Maria C. *Discurso do sujeito coletivo*: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2005.
- LOPES, Rita de Cássia S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências das mães sobre o parto. *Psicol: reflex. crít.*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.
- MEYER, Dagmar E. Gênero e Saúde. In: LOPES, Maria Júlia M.; MEYER, Dagmar E.; WALDOW, Vera Regina (Org.). *Do poder ao gênero*: uma articulação teórico-analítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-51.
- NUNES, Isa Maria; MOURA, Maria Aparecida V. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 341, 2004.
- PELLOSO, Sandra Maria; PANONT, Kelly Tatiana; SOUZA, Katia Michelli P. Opção ou imposição! Motivos da escolha da cesárea. *Arq. ciênc. saúde Unipar*, Umuarama, v. 4, n. 1, p. 3-8, 2000.
- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *Rev. min. enferm*, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 233-239, 2006.
- SALEM, Tania. *O casal grávido*: disposições da parceria igualitária. Rio de Janeiro: FGV, 2007.
- SANTOS, Neusa Q. *Infecção hospitalar*: uma reflexão histórica crítica. Florianópolis: UFSC, 1997.
- SILVA, Simone Angélica Leite de C.; MORAES FILHO, Olimpio B.; COSTA, Cicero F.F. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev. bras. ginecol. obstet.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 189-196, 2005.
- TEDESCO, Ricardo P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev. bras. ginecol. obstet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, nov./dez. 2004.
- TURATO, Egberto R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VIEIRA, Elisabeth M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Submissão: 5/6/2012

Aceito: 23/8/2012