AS MULHERES E OS RECEIOS VIVENCIADOS EM SUAS TRAJETÓRIAS OBSTÉTRICAS ¹.

WOMEN AND THEIR EXPERIENCED FEARS IN THEIR OBSTETRIC TRAJECTORIES.

Maria das Dores do Vale Oba ²

Maria Solange Guarino Tavares ³

RESUMO: A assistência ao parto constitui ainda hoje um ponto crítico do atendimento obstétrico, acarretando conseqüências negativas para mulher e criança . O presente estudo procurou buscar a percepção das usuárias numa Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto, sobre assistência ao parto, através da abordagem qualitativa . Foram entrevistadas 21 gestantes de 14 a 34 anos, em julho de 1995. As manifestações dos receios em decorrência do parto apresentaram-se nas diferentes formas de medo: *da morte; do sofrimento do parto; de acontecer algo com o bebê; de não ser bem atendida; do tipo de parto; do hospital; de ser atendida por outro médico com o qual não realizou o pré-natal; de não ter convênio médico; de não saber em qual hospital terá o filho .*

UNITERMOS: Assistência ao parto - Qualidade - Precariedade - Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

No final do século XIX, a assistência ao parto era feita em sua maioria em domicílio e por obstetrizas/parteiras, sendo exercida basicamente por mulheres, salvo em algumas comunidades indígenas em que os maridos ajudavam. Essas mulheres eram freqüentemente anciãs que ao longo da vida foram adquirindo conhecimento e prática, passando sua experiência para a mulher mais nova, dando origem às parteiras, como cita *Tanaka*¹⁶; posteriormente as gestantes eram assistidas pelas parteiras em seus domicílios e somente as prostitutas ou desvalidas recorriam às instituições de caridade para terem seus filhos .

Somente no final do século passado, *Pinard* e *Madame Becquet* conseguiram abrigos para gestantes desprovidas socialmente e de assistência

¹ Dados do projeto piloto da dissertação de mestrado. Trabalho apresentado no I Seminário sobre nascimento e parto do Estado de São Paulo e no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem .

² Mestra em Enfermagem de Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP e Enfermeira do Trabalho e de Saúde Pública da SMS de Ribeirão Preto.

³ Prof^a Dr^a na área da Saúde da Mulher , Deptº Enfermagem Materno - Infantil e de Saúde Pública, EERP - USP, orientadora.

médica, evitando desse modo muitas complicações obstétricas. Nas classes sociais mais favorecidas, as gestantes continuavam sendo assistidas, em suas casas, por mulheres - as parteiras práticas. Gradativamente a mulher perde então o seu espaço na assistência durante o ciclo gravídico - puerperal, com o advento da obstetrícia; neste momento se inicia uma intensa disputa entre a classe médica e as parteiras que perdem o espaço de atuação frente ao nascimento e ao parto. Este, com o passar do tempo, torna - se um processo de domínio da ordem médica, nova lógica, onde a mulher passa de sujeito da ação a objeto desse processo, segundo *Tanaka*¹⁶.

O parto é então institucionalizado no século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução da mortalidade infantil e materna. Desta forma, o parto, que é a expressão da vida e que alberga consigo certos riscos, ao ser institucionalizado, é “ medicalizado ”, com base na premissa de que a ação médica pode dominar e/ou neutralizar seus riscos. No Brasil o parto também é institucionalizado após a Segunda Guerra Mundial e, em São Paulo, este processo foi acelerado após a extinção do Serviço de Assistência Domiciliar de Urgência (SAMDU), no final da década de 60. Neste período, ocorre a unificação dos Institutos de Previdência e a criação do Fundo de Assistência Social (FAS) pelo governo federal, que subsidiou a construção e a expansão da rede hospitalar pública e da privada e inclusive de maternidade, como ressalta *Tanaka*¹⁶.

A política de saúde, no momento, no país, passa cada vez mais a preconizar o parto institucional, o que pode ser constatado no Brasil desde 1975, com a promulgação do Programa de Saúde Materno - Infantil, elaborado pelo Ministério da Saúde e na V Conferência Nacional de Saúde. O argumento de que o parto hospitalar era mais seguro e que a mortalidade materna e perinatal era muito menor quando este ocorria em hospital foi incorporado a nível institucional, não sendo pois em nosso meio acompanhado de uma política de saúde que facilitasse a absorção dessa nova demanda, nem de diretrizes visando a integração, a regionalização dos serviços de saúde para fazer frente a este novo procedimento. Além disso, esse processo não tem contribuído para a redução da morbi-mortalidade materna e deixa de lado uma técnica mais simples e barata que é o parto normal - vaginal, segundo *Tavares*¹⁷.

Há de se destacar que assistência ao parto constitui ainda hoje um ponto crítico do atendimento, acarretando conseqüências negativas para a mulher e para a criança, além dos seus efeitos sociais .

Para *Magalhães*⁹, “O obstetra em tantos anos de doutrinação e de prática não se cuidou de reconhecer e desenvolver a verdadeira e única finalidade da obstetrícia científica em seu aspectos sociais, agora compreendido do interesse imediato e longínquo cujo objetivo culminante à maternidade não será para a

mulher nem perigo, nem desonra, com proteção materna e social, profilaxia do feticídio e combate à morbi-natalidade". Considera ainda, esse autor que o ensino da Obstetrícia em seu lado social é uma das maiores obrigações do professor obstetra.

O Sistema Único de Saúde, através da adequação do atendimento à saúde da população pelos setores sociais, principalmente pelas políticas impostas no setor saúde, em vistas à privatização, submete hoje as mulheres a terem um atendimento mínimo no serviço de saúde. Quanto ao coeficiente de mortalidade materna, segundo o relatório do Comitê de Morte Materna do Estado de São Paulo de 1991, o primeiro a revelar essa problemática, este encontra-se em torno de 171 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, em decorrência de causas obstétricas consideradas evitáveis, sendo que destas 28,1% ocorreram durante a gestação, 63,4% no puerpério e 8,3% no parto, não sendo pois atendido o objetivo preventivo da atenção no período gravídico - puerperal, o da assistência integral à saúde da mulher que gesta no país.

O presente estudo objetivou buscar a percepção das usuárias de uma Unidade Básica de Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), de Ribeirão Preto, sobre a assistência ao parto.

METODOLOGIA E ANÁLISE

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde, localizada em um bairro de classe média do município de Ribeirão Preto, em julho de 1995, através da abordagem qualitativa, que, segundo *Minayo*¹⁰, considera a amostragem qualitativa, aquela que privilegia os sujeitos sociais, os quais detêm os atributos que o investigador pretende conhecer.

Foi utilizada uma questão norteadora para essa abordagem qualitativa.

"Do que você tem receio?"

O testemunho individual é tomado como amostra da intimidade, na medida em que o comportamento individual e social obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que de forma conflitante, pois, para *Minayo*¹⁰, segundo *Luckâes*, o pensamento individual se integra no conjunto da vida social cujos modelos culturais são reveladores e refletem o caráter histórico e específico das relações sociais, considerando que os depoimentos são contextualizados. Assim, a questão norteadora limitará e ao mesmo tempo fará vir à tona os receios que as mulheres possuem e/ou sofrem no parto.

A análise com base no questionamento foi realizada em uma população de 53 gestantes na faixa etária de 14 a 34 anos; desta amostra foram entrevistadas 21 gestantes do serviço de assistência pré-natal.

O perfil das entrevistadas foi levantado, contendo as seguintes características:

- ♦ 71% iniciaram o pré - natal no primeiro trimestre
- ♦ no momento da entrevista 56% estavam no terceiro trimestre
- ♦ 52% eram multigesta
- ♦ 65% com dois filhos
- ♦ 63% com renda familiar de três salários-mínimos
- ♦ 56% com Primário incompleto
- ♦ 59% não trabalhavam fora do lar
- ♦ 96 % utilizam os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde(SUS)

As que o faziam tinham a ocupação predominante de domésticas (51%) e apenas uma entrevistada tinha convênio médico.

A questão norteadora *Do que você tem receio ?* trouxe o predomínio do medo, manifestado de formas diferentes, tais como, medo da morte, do sofrimento do parto, de acontecer algo com o bebê, do médico de plantão não atender bem, medo do parto normal ou cesariana, do hospital, da infecção hospitalar, medo em decorrência da assistência pré-natal ser desenvolvida por um médico e o parto por um outro qualquer, medo por não ter um convênio médico e ter de utilizar um hospital que só saberá na hora do parto.

MEDO DA MORTE

Tanaka¹⁶ refere a morte materna como uma epidemia silenciosa, como um problema de saúde pública, não só pela sua magnitude mas porque mais de 90% das causas são evitáveis. Reforça que para estas mulheres o medo levantado em relação à morte proporciona a possibilidade de trazerem à tona as circunstâncias a que foram expostas, no período gravídico. Sabe-se que a morbi-mortalidade materna é reflexo e sofre influência de fatores sócio-econômicos como escolaridade e renda familiar na determinação desta mortalidade.

- D.F.S., 24 anos, amasiada, multigesta, com Primário incompleto, doméstica, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo da eclampsia, porque eu já tive uma vez, não tenho medo de ter o nenê, mas quando eu imagino esta doença inda mais eu que tenho uma filha ...esta doença mata".

- C.C.S., 31 anos, amasiada, multigesta, com Primário incompleto, do lar, com uma renda familiar de duas vezes o salário-mínimo.

"Da hora de tê o nenê e dá alguma coisa errada, às vezes medo de morrer"

- S.S.Z, 29 anos, casada, primigesta, com Primário completo, do lar, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo de acontecer alguma coisa com o nenê no dia do parto, medo de morrer a criança e/ou a mãe"

DO PARTO OU DO SOFRIMENTO DO PARTO

A institucionalização do parto, e o medo "histórico do parto", passa a ter outros componentes, como o medo do desconhecido, que traz à tona os receios de que na grande maioria das vezes quem realiza o pré-natal não irá realizar o parto e o mendigar por uma assistência.

Para Tanaka¹⁶, a institucionalização do parto e sua conseqüente medicalização surgiram com a modernização da medicina, criando o saber médico da obstetrícia. A reorganização da assistência hospitalar acabou, com o passar do tempo, adquirindo uma visão mercantilista, em que o pobre paga com seu corpo para que os médicos possam aprender e salvar. Como podemos observar nas falas destas mulheres.

- F.J.C., 33 anos, casada, multigesta, com Primário incompleto, do lar, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo do parto é fé em Deus e na Nossa Senhora quando chegar a hora, medo da morte, nem tanto pela gente mais pelos filhos. O parto não é tão fácil. É ruim fazer o parto com um médico e o pré-natal com outro ... eu nunca fiz o parto com o médico do pré-natal, quem sabe um dia eu tenha sorte de ter o parto com o meu médico"

- E.A.S., 24 anos, casada, primigesta, com Primário incompleto, camareira, com uma renda familiar de um salário-mínimo.

"Medo de tê algum problema no parto acho que todo mundo fica com este medo"

- S.A.S.B., 26 anos, casada, multigesta, com Primário incompleto, do lar, com uma renda familiar de um salário-mínimo.

"Tenho medo de engordar muito e não voltar ao normal, medo da hora do parto nossa isto é terrível, a dor, o esperar, o levar a gente aqui e ali, de uma sala para outra... até a sala de parto"

- A.C.M.S., 14 anos, solteira, primigesta, com Primário incompleto, do lar, com uma renda familiar de duas vezes o salário-mínimo.

"Do parto porque sofre muito."

DO MÉDICO DE PLANTÃO NÃO ATENDER BEM

O atendimento impessoal desse sistema faz com que a mulher seja anulada; assim, a própria relação médico-paciente acaba se tornando muito débil, influenciando negativamente na própria assistência à saúde. Essa percepção importante da relação médico-paciente e da adequada assistência é percebida pelas mulheres.

- R.S.F., 27 anos, amasiada, primigesta, com Primário completo, do lar, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo do parto, medo de chegar no hospital não ser bem atendida, o médico que faz meu pré-natal não faz o parto."

- L.C.M., 16 anos, casada, primigesta, com Primário incompleto, do lar, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo do parto normal, de morrer, do médico de plantão atender mal. Eu fico com medo do parto porque o meu médico não vai atender no parto"

Segundo Tanaka¹⁶, a hospitalização segue quase a mesma lógica da assistência clínica ambulatorial. A gestante/puérpera internada em instituições que não são de ensino é vista sob uma ótica mercantilista, como algo que deve gerar lucros; portanto, as questões ligadas à qualidade da atenção resolutividade do problema de saúde não estão necessariamente presentes na prática diária.

MEDO DO PARTO NORMAL OU CESARIANA

Apesar de ser fisiológico e um modo natural o parto por via vaginal, a hospitalização e o maior domínio das técnicas ampliaram as possibilidades de intervenção, resultando um aumento de operação cesariana, como forma de resolução da gravidez. Há de se destacar que esta prática da cesariana é uma intervenção de urgência mais antiga; segundo a mitologia grega, Esculápio, o pai da medicina, nasceu por cesariana, citado por Tanaka¹⁶.

Nogueira¹², em 1994, em seu trabalho encontrou que 41% dos partos realizados nos hospitais públicos e conveniados do INAMPS foram cesarianas e grande parte delas realizadas por meio de indicação abusiva.

O risco relativo desses procedimentos evidencia que a indicação de cesárias desnecessárias determinam complicações trans e pós-operatórias. As mulheres desta Unidade de Saúde falam de seus receios sobre este tema.

- S.A.G., 29 anos, casada, primigesta, com Primário completo, doméstica, com uma renda familiar de duas vezes o salário-mínimo.

"Medo de fazer cesárea porque tem que cortar a gente, medo do nenê morrer, a gente fica pensando nele durante a gravidez e depois morre deve ser triste."

- M.P.G., 21 anos, casada, multigesta, com Primário incompleto, do lar, com uma renda familiar de um salário-mínimo.

"Tenho medo de ter o parto normal, pois o outro foi cesárea."

- C.E.O., 22 anos, solteira, multigesta, com Primário incompleto, doméstica, com uma renda familiar de um salário-mínimo.

"Não sinto nada na gravidez acho que está tudo bem. No parto não tenho medo já tive um, estou com medo se for cesárea, outro foi normal."

DO HOSPITAL OU DA INFECÇÃO HOSPITALAR

Segundo o Ministério da Saúde (1994), 17% das mortes maternas são em decorrência de infecções. Para Tanaka⁶, se o objetivo da institucionalização do parto era prevenir e reduzir o risco de vida para a parturiente e para seu concepto, isto não está ocorrendo. Ao contrário, a institucionalização impõe um outro risco à mãe, que é o assistencial.

Esta percepção as gestantes desta Unidade Básica de Saúde a têm, conforme o discurso abaixo.

- R.A., 27 anos, amasiada, primigesta, com Primário incompleto, doméstica assalariada, renda familiar de duas vezes o salário-mínimo.

"Medo a gente sempre tem.... será que vai ocorrer tudo bem, medo do hospital de pegar uma infecção hospitalar. Acho que quando um médico começa o pré - natal deveria fazer o parto, mas isso não dá."

- V.L.S., 21 anos, amasiada, primigesta, com 2º. Grau completo, recepcionista, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"A gente sempre tem medo principalmente quando vai ao hospital, do parto, de não ser atendida às vezes no hospital pode ser mal atendida ter infecção."

MEDO EM DECORRÊNCIA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SER DESENVOLVIDA POR UM MÉDICO E O PARTO POR UM OUTRO QUALQUER

Observa-se que a incorporação do parto institucional não foi acompanhado por uma política de saúde que absorvesse essa nova demanda e nem em

relação à formação adequada dos profissionais ou dos recursos humanos para área de Obstetrícia.

Segundo Tanaka¹⁶, a gestante é obrigada a procurar por conta própria o local onde irá ter seu filho. Isso tem gerado ao longo do tempo, principalmente na última década, uma verdadeira peregrinação para se obter assistência hospitalar na hora do parto. Parece que cada serviço trabalha de modo estanque, como se sua atividade tivesse um fim em si mesmo. Para a mulher no ciclo gravídico-puerperal, a assistência pré-natal no parto e puerpério estão intimamente interligadas e a impossibilidade de acesso às informações, de forma contínua e integral, em qualquer um desses períodos, fragiliza a assistência, expondo a mulher e o conceito a riscos de vida. Observa-se uma desvalorização dos profissionais de saúde que trabalham na atenção ao parto e no pré-natal os registros de informações do pré-natal. Esta desvalorização do pré-natal é também do profissional que presta a assistência nesses períodos, sendo esse procedimento muito mais ritual do que resolutivo, ao que se observa.

As gestantes desta Unidade Básica de Saúde percebem esta realidade e expressam as suas percepções a respeito da mesma.

- M.F.N., 28 anos, casada, primigesta, com curso secundário completo, professora assalariada, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Da procura de um médico para fazer o acompanhamento do meu pré-natal e o parto, mas eu estou tão contente com este médico ah se ele pudesse fazer o meu parto ....seria tão bom "(Convênio U.C.F.E.L.I.).

- M.F., 31 anos, amasiada, multigesta, com Primário incompleto, doméstica assalariada, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Receio do parto, do hospital, dá medo fazer o pré-natal com um médico e o parto com outro ..... afinal de contas o médico fez o meu pré-natal e o parto a gente não sabe quem será "

- R.A.B., 21 anos, casada, primigesta, com Primário completo, costureira de fábrica, renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo do parto, porque eu nunca fiz e todo mundo fala que é horrível. Tenho medo de ir no hospital e não ter vaga ficar indo de hospital em hospital". Acho que teria menos medo do parto se o meu médico, que faz o pré-natal pudesse fazer o meu parto, mas acho que eles fazem só particular "

- A.M., 26 anos, casada, primigesta, com 2º. Grau completo, proprietária de loja, renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Eu não sei se o médico que está fazendo o meu pré-natal vai fazer o meu parto? Tenho medo do atendimento na hora do parto de não ser bem atendida"

- M.C.C.C., 33 anos, divorciada, multigesta, com 2º. Grau incompleto, desempregada, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo do parto a gente não sabe com quem este nenê vai nascer se você tem contato com um médico nove meses mesmo que ele não tenha muita atenção ... a gente vai confiando nele . Acho que o médico que faz o pré-natal deveria fazer o parto ."

MEDO POR NÃO TER UM CONVÊNIO MÉDICO E TER DE UTILIZAR UM HOSPITAL QUE SÓ SABERÁ NA HORA DO PARTO

A peregrinação da gestante por uma assistência hospitalar ao parto é uma forma desumana, uma vez que se criou na população a necessidade do parto institucional, que foi rapidamente incorporado pelas mulheres, a princípio suficiente para facilitar o acesso à rede hospitalar. As asseguradas pelo INAMPS procuravam a rede conveniada/contratada e a população carente era atendida na rede pública e/ou filantrópica. O Sistema Único de Saúde (SUS) acarretou maior dificuldade de internação das parturientes nestes hospitais, decorrente da forma de pagamento não atraente para rede conveniada e pela maior demanda no setor público, que passam a ser referência para o setor privado de casos não rentáveis, agravando ainda mais a falta crônica de leitos públicos. Esta peregrinação acarreta provavelmente mais danos à saúde do binômio mãe-filho.

Para *Tanaka*¹⁷, nessa última década, o expressivo avanço tecnológico e a conseqüente incorporação passiva de equipamentos repercutiu de maneira sensível no processo "reorganização da saúde". Assim, o setor da medicina neoliberal, devido às condições de financiamento e custeio, é favorecido na incorporação de tecnologias. Essa incorporação, associada à rápida expansão da medicina de grupo ou outras formas associativas de prestação de serviço e reforçada pela política neoliberal, traz em seu bojo a necessidade de "consumo" dessas tecnologias e, conseqüentemente, a clínica acaba sendo relegada para segundo plano.

A percepção desta realidade é expressada e vivenciada por estas gestantes de Ribeirão Preto.

- E.M.C., 31 anos, amasiada, multigesta, com curso de 2º. Grau incompleto, desempregada, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Medo de não ter lugar certo para ir eu já perdi um bebê estava morrendo e ninguém atendia . Tem que ter um médico plantonista um pediatra, clínico geral e um ginecologista, para urgência, eu outro dia tive um sangramento, estive aqui e não resolveu nada "

- C.P., 27 anos, casada, primigesta, com 2º. Grau completo, auxiliar de escritório, com uma renda familiar de três vezes o salário-mínimo.

"Tenho um mundo de dúvidas e medo principalmente porque não tenho convênio, de não sabe em qual hospital vai te, que médico vai atender ....o médico que estiver lá é que irá atender "

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização do parto após a Segunda Guerra Mundial tem gerado ao longo do tempo, principalmente na última década, uma verdadeira peregrinação na hora do parto. Com a criação do Sistema Único de Saúde, a crise de financiamento no setor saúde levou a uma descaracterização da atenção à saúde. Os serviços de saúde passaram a seguir a lógica da produção e da produtividade, em detrimento da qualidade de assistência. A mulher passa a ser vista como um número a mais a ser faturado, deixando de ser vista enquanto ser humano e a ser atendido em suas necessidades, no período.

Observa-se que no sistema brasileiro, desde sua formulação, embora valorizasse a necessidade de integração entre os três períodos (pré-natal, parto e puerpério), não houve a busca de procedimentos técnicos/assistências ou políticos para viabilizar essa integração.

Desta forma *Tavares*¹⁷ comenta que o pré-natal é realizado sem nenhuma retaguarda hospitalar, quer durante a gestação quer em caso de complicações durante a gestação, que possa exigir uma internação, quer no parto e /ou puerpério, cujo retorno à Unidade Básica de Saúde depende da atenção recebida e das necessidades do período, principalmente as relacionadas ao curativos para a retirada dos pontos da cesariana, aos higiênicos e aos cuidados tanto para a mãe como para o bebê e a amamentação. As enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto encontram-se treinadas e capacitadas para esses segmentos e orientações posteriores ao parto, mas não participam de forma integrada com todos os passos da assistência à mulher na gestação e parto à nível ambulatorial e hospitalar apesar da implementação de formas mais efetivas de atendimento atualmente em vigor como a "Central de vagas hospitalares" para atendimento ao parto integrando a rede conveniada do Sistema Único de Saúde (SUS).

*Tanaka e Maciel*¹⁵ em um estudo efetuado em duas maternidades de São Paulo relatam que 52% das mulheres em trabalho de parto tiveram de percorrer mais de uma instituição antes de serem internadas. *Tanaka*¹⁶ mostrou que as instituições de saúde, quando não preparadas para prestar assistência, acabam impondo à mulher e ao conceito um risco a mais de dano à saúde, que pode culminar com a morte da mãe, do filho ou de ambos. Nesse trabalho, a autora observou que os fatores ligados à instituição possuem peso tão forte que chegam a anular os benefícios dos cuidados recebidos pela gestante durante o pré-natal.

Assim, é fundamental que os serviços do Sistema Único de Saúde se reestruturam com o objetivo de dar resolatividade a este desafio, demonstrado através de uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais freqüentes na gestação, ou seja, proporcionando uma assistência à gravidez, ao parto e puerpério de forma humana e ética.

Para *Tavares*¹⁷, o intercâmbio entre os serviços de ambulatorios, diagnósticos e hospitalares durante todo o período gravídico-puerperal se faça de forma homogênea, integrada e relacionada com a evolução gestacional e do pré-natal individual, no sentido de ter um nível de atenção ao parto de forma segura. Assim, mesmo que não haja expectativa de se encontrar respostas práticas imediatas para a questão da assistência ao parto e/ou ao ciclo gravídico - puerperal como questão de saúde, de direito e cidadania das mulheres, há pelo menos a necessidade de desvelar e refletir essa assistência a partir de um posicionamento seguro que contraria o atendimento corrente. Com isso, são criadas outras questões que com o tempo trarão transformações extensas e profundas frente às convicções arraigadas e crescentes, tanto em nível técnico/assistencial, como em nível social e de aceitação do tipo de assistência dada às mulheres no país.

ABSTRACT: Today, delivery care is still a critical point in obstetric services, bringing negative consequences both to the woman and the child. In this study, we have tried to access the perception of users of a primary health center in Ribeirão Preto about delivery care. Through a qualitative approach, 21 pregnant women, aged between 14 and 34, were interviewed in July, 1995. The manifestations of fear arising from delivery, had different forms: fear of death, fear of type of delivery, fear of being assisted by other physician different from the one she had consulted with during prenatal examinations, fear of not knowing in which hospital she would deliver her baby.

KEYWORDS: Delivery care - Quality - Precariousness - Women's health.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Materno Infantil*. Brasília. 1994.
2. BRAVERMAN, H. - *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989. Capítulos I, II, IV. p. 47 a 81 .
3. CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: Repensando a Saúde*. São Paulo: Hucitec , 1992 .
4. DONNAGELLO, M. C. & PEREIRA, L .*Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
5. GIOVANNI, G. - O método dialético. In: 3^o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. *Anais*. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 161 - 71
6. GONÇALVES, R. B. M. - *Prática de Saúde: processo de trabalho e necessidades*. Departamento Preventiva da Faculdade de Medicina - USP p.94 (mimeo.).
7. IANNI, O. - *Introdução*. In *Marx, Karl: sociologia (Org. Otávio Ianni)*, São Paulo: Ática, 1979 , p. 7- 42.
8. MACIEL, A. A. & TANAKA , A . C. d'A. - *Saúde perinatal : um estudo epidemiológico de um grupo de gestantes* . In : 12^o Congresso Brasileiro de Perinatologia , Rio de Janeiro, 1990. Resumo, Rio de Janeiro . Sociedade Brasileira de Pediatria, p.68.
9. MAGALHÃES , F. Orientação obstétrica no Brasil. *Ensino e Pesquisa*, Fev., v.17, n. 2, Fev., p.149-158. 1989
10. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde* . São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco ., 1994.
11. NUNES , E. D. - As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento . *Saúde e Sociedade*, v.1, n. 2, p. 59-84. 1991
12. NOGUEIRA , M. I. *Assistência pré - natal: prática de saúde a serviço da vida* . São Paulo: Hucitec , 1994.
13. SANTOS, I. R. - Teoria do conhecimento e pesquisa social .In : 3^o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. *Anais*. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 30 - 42 .
14. TANAKA, A. C. d' A. *Saúde materna e saúde perinatal: relações entre variáveis orgânicas, sócio - econômico e institucionais*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tese de doutoramento, 1986 .
15. TANAKA, A. C. d' A. & Maciel , A. A. Condições de nascimento como fator de risco perinatal .In : 12^o Congresso Brasileiro de Perinatologia. *Resumo*, Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 25. 1990
16. TANAKA, A. C. d' A. *Maternidade : Dilema entre Nascimento e Morte*. São Paulo: Hucitec, 1995.
17. TAVARES, M. S. G. *Reflexão crítica: a assistência à mulher no parto* . Trabalho apresentado no 1^o Seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo. São Paulo, 12-14 de junho /96 (mimeo.).