

Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres¹

Pregnant Women's Social Representations and Decisions about Delivery: women's protagonism

Raquel da Rocha Pereira

Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Médica Anestesiologista do Centro Hospitalar Unimed e da Maternidade Darcy Vargas.

Endereço: Rua Presidente Nasser, 307, Glória, CEP 89216-276, Joinville, SC, Brasil.

E-mail: pereiras@netkey.com.br

Selma Cristina Franco

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Docente da Universidade da Região de Joinville.

Endereço: Rua Otto Boehm, 801, apto. 401, Atiradores, CEP 89201-700, Joinville, SC, Brasil.

E-mail: scfranco@terra.com.br

Nelma Baldin

Doutora em Educação. Professora do Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Univille.

Endereço: Campus Universitário, Bom Retiro, CEP 89209-905, Joinville, SC, Brasil.

E-mail: nelma@univille.br

¹ Baseado na dissertação de Mestrado intitulada "Protagonismo da mulher: representações sociais sobre o processo de parturição", de autoria de Raquel da Rocha Pereira, apresentada em 2010 no Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Universidade da Região de Joinville, Univille.

Resumo

O objetivo central deste estudo foi compreender, a partir das representações sociais femininas, o protagonismo da mulher na decisão sobre a parturição. Por meio de pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica, foram entrevistadas 45 gestantes, no último trimestre da gravidez, que realizavam pré-natal nos sistemas público e privado de saúde de Joinville, Santa Catarina. A análise de conteúdo dos relatos possibilitou emergirem três categorias empíricas: medos e preocupações; vivências e influência sociocultural. Com esse substrato teórico-metodológico, analisou-se a representação social da mulher no processo da parturição, que é simbolizado por conflitos de sentimentos, dúvidas e apreensões originadas principalmente pelo medo do sofrimento imposto pela dor. Tal concepção é apoiada pelo modelo biomédico e pela mídia. A parturição no Brasil, como que "terceirizada", é culturalmente entendida como uma etapa complexa que requer conhecimentos especializados, que legitima o saber técnico-científico em detrimento do fisiológico, reforçando assim a assimetria do poder de decisão entre médico e gestante. Além disso, o desconhecimento das mulheres grávidas sobre o significado, o impacto e os benefícios da etapa da parturição para o recém-nascido deixa-as inseguras e sem o devido senso crítico sobre o conteúdo de outras fontes de informações, como telenovelas, histórias de outras mulheres construídas pelo meio social e a própria experiência em partos anteriores. Isso gera um comportamento de dúvidas e apreensões. Fragilizada, submete-se a uma cesárea programada para evitar a dor física e emocional provocada pelos medos. A reversão desse quadro perpassa por uma revisão na formação do médico e pelas ações de empoderamento da mulher.

Palavras-chave: Parto; Cesárea; Gestante; Autonomia pessoal; Tomada de decisões.

Abstract

The main objective of this study was to understand, based on female social representations, women's protagonism concerning the decision about child delivery. Through a qualitative research with a phenomenological approach, forty-five pregnant women were interviewed in the last quarter of pregnancy. They were receiving prenatal care at the public and private health systems of the city of Joinville, state of Santa Catarina (Southern Brazil). The analysis of the content of the narratives revealed three empirical categories: fears and worries; experiences; and sociocultural influence. With this theoretical and methodological substratum, it was possible to analyze the women's social representation during the process of delivery, which is symbolized by conflicts of feelings, doubts and apprehension derived mainly from fear of the suffering imposed by pain. Such conception is supported by the biomedical model and by the media. In Brazil, delivery, which is almost "outsourced", is culturally understood as a complex stage that requires specialized knowledge. This legitimizes the technical-scientific knowledge to the detriment of physiological knowledge, reinforcing the asymmetry of the power of decision between doctor and pregnant woman. Besides, the pregnant women's lack of knowledge about the meaning, the impact and the benefits of the delivery stage for the newborn baby makes them insecure and without critical sense about the content of other information sources, such as soap operas, other pregnant women's stories built by the social environment, and their own experience in previous deliveries. This generates a behavior marked by doubts and apprehension. Fragile, these women submit themselves to a programmed cesarean section to avoid physical and emotional pain caused by fear. Reversing this situation involves a review of the doctor's education and actions of women's empowerment.

Keywords: Parturition; Cesarean Section; Pregnant Women; Personal Autonomy; Decision Making.

Introdução

As representações sociais são expressões e interpretações do corpo social sobre determinado assunto ou conteúdo aceito, difundido e certificado pela sociedade. Ela emerge da contribuição de cada indivíduo, que, por sua vez, apreende e estabelece um comportamento a partir dessas representações. A História e a Antropologia permitem considerar as representações como entidades sociais de vida própria, que se comunicam entre si e que surgem praticamente como objetos materiais, uma vez que são o resultado de nossas ações e comunicações. Assim, as representações passam a fazer parte do vocabulário e da interpretação do indivíduo de acordo com a sua bagagem sociocultural (Moscovici, 2009).

O estudo das intervenções médicas sobre o corpo da mulher, mais especificamente da cesariana e suas indicações, permite compreender as representações sociais que a sociedade, a mulher e o próprio médico formulam a respeito da saúde-doença, em um contexto em que os papéis sociais da mulher são construídos culturalmente.

O medo da dor e do desconhecido são determinantes socioculturais de grande influência sobre a representação social da mulher grávida em prol da cesárea, decorrendo principalmente da desinformação sobre a etapa da parturição e dos seus benefícios para o binômio mãe e filho (Spink, 2003).

Além disso, os elevados índices de parto cesáreo evidenciam um fenômeno construído a partir dos interesses corporativos e da formação tecnicista do médico, o qual hoje goza da "simpatia" de algumas mulheres que, assim, adaptam o desejo intrínseco de ser mãe com as questões dos tempos modernos, em que ela, a mulher, assume inúmeras responsabilidades, o que lhe exige precisão, organização e um total controle do seu tempo.

Quem melhor se presta a esse modelo: o imprevisível e fisiológico parto normal ou a capacidade de manipulação e previsibilidade da cesárea? Essas questões contribuem para que as mulheres aceitem com naturalidade a cesárea e percebam a crença de que apenas a cesárea eletiva - programada (agenda da com antecedência) - proporcionará um parto sem dor. O fator confiança construído ao longo do pré-natal favorece um implícito acordo final que preen-

che os objetivos e interesses de ambos os parceiros na decisão, quais sejam, o obstetra e a gestante.

Existem, ainda, outros fatores e elementos de interesse que contribuem para o aumento das taxas de cesariana. Foucault (2008) denuncia o poder médico e a medicalização da vida e da cultura, que, se valendo do rótulo de cientificidade, difundem-se pela mídia para seduzir o consumidor. Essa medicalização pode ser interpretada, à luz de Chauí (1994), pelo corpo social como um poder hegemônico do médico e o entendimento de uma cultura de subordinação “interiorizada e imperceptível” nessa complexa relação médico-paciente.

Os altos índices de cesárea sem embasamento científico no Brasil são alarmantes e preocupantes: 80% dos partos realizados no serviço privado de saúde são cesarianos. Essa taxa é cerca de duas vezes maior que a média nacional e também bem mais elevada que a dos Estados Unidos da América e a dos países europeus (Brasil, 2008).

Os crescentes índices observados no Brasil, inclusive no sistema público, apontam para uma “cultura da cesárea”, uma tendência mundial observada desde a década de 1960. Essa tendência vem sendo construída a partir de diversos fatores técnicos que alimentam esse fenômeno culturalmente. Dentre esses fatores, destacamos o surgimento de eficazes métodos de diagnóstico da vitalidade fetal que ampliaram os critérios de indicações do parto cirúrgico; os melhores resultados apresentados pelos indicadores de morbimortalidade materno-fetal, devido principalmente à melhoria da técnica cirúrgica com redução nos riscos de complicações pós-operatórias e aos avanços no campo terapêutico da antibióticoterapia e hemoterapia (Matias e col., 2007; Villar e col., 2006).

Porém, apesar dessa percepção cultural brasileira da cesárea, Barbosa e colaboradores (2003) não identificaram a cesárea como sendo uma preferência das mulheres ao observarem que apenas 17% das puérperas por eles entrevistadas solicitaram a cesárea e que cerca de 75% dessas solicitações ocorreram durante o trabalho de parto ou parto, geralmente motivadas pela dor.

A fim de verificar a opinião das mulheres sobre suas preferências pela via de parto e se seus motivos coincidem com os atribuídos pelos médicos, Faú-

des e colaboradores (2004) entrevistaram gestantes atendidas pelo SUS em oito hospitais (nos estados de São Paulo e Pernambuco) e aplicaram um auto-questionário a médicos. A maioria das entrevistadas (cerca de nove em cada dez que já tinham experimentado ambas as vias de parto, e três em cada quatro que tiveram apenas cesáreas) declarou preferir o parto normal. A alegação da dor, durante ou após o parto, foi mencionada como um dos principais motivos para preferir parto normal ou cesárea. Houve um expressivo contraste entre a interpretação dos médicos sobre a opinião das mulheres e o que elas declararam como suas preferências pela via de parto e motivos: os médicos acreditavam que a escolha era pela cesárea, quando na realidade a maioria das mulheres disse preferir o parto normal, além de os médicos não acertarem as razões que levaram à preferência pela cesárea.

Segundo Tedesco e colaboradores (2004), a escolha da via de parto costuma causar grande discussão clínica, mas geralmente a parturiente não participa dessa discussão, sendo apenas informada. O fato de tal decisão ser tomada de forma exclusiva pelo profissional médico sem considerar a aceitação da gestante tem sido apontado como um dos fatores que contribui para o aumento do parto cirúrgico.

Tais olhares permitem observar a gestação, o parto e o nascimento como funções reprodutivas do mamífero imbuídas de questões culturais, que requerem a participação ativa da mulher. Porém, com a civilização e a evolução da ciência médica, a parturição deixou de ser compreendida pela sociedade como um ato natural e fisiológico de domínio da fêmea mamífera, para ser encarada como um ato médico, sendo o fator segurança a principal justificativa dessa representação (Pereira, 2005).

O desconhecimento da mulher sobre a parturição fica evidenciado nesta pesquisa não só em questões mais técnicas, mas também nas funções fisiológicas adaptativas dessa etapa, importante para sua autonomia de decisão. Como, por exemplo, a já estabelecida evidência científica da importância das contrações uterinas para a maturação pulmonar do recém-nascido. Dentre tantos trabalhos nessa área, citamos o de Zanardo e colaboradores (2004), ao avaliar a idade gestacional, os impactos e riscos que ela pode causar no sistema respiratório do recém-

nascido de cesárea eletiva, concluiu que mesmo dentre os recém-nascidos a termo, a cesárea eletiva apresenta um risco aumentado de complicações respiratórias em comparação com aqueles que nasceram por parto vaginal.

Parece ser uma questão cultural o pouco domínio da gestante sobre a fisiologia da parturição e os benefícios para o bem estar materno fetal, as informações estão restritas ao arsenal de conhecimento médico, porém, poucas chegam de fato ao conhecimento da mulher que deveria ser a principal conhecedora do processo que ela protagoniza. Outro exemplo dessa pouca preparação da mulher que contribui para a cultura da cesariana diz respeito ao seu medo da dor do trabalho de parto, fazendo com que ela busque evitar esse sofrimento provocado pelas contrações uterinas com a cesárea eletiva. A mulher desconhece a importância dessas contrações para o bem-estar e adaptação do recém-nascido.

Segundo Montagu (1988, p. 71),

[...] na espécie humana, o prolongado período de contrações uterinas durante o trabalho de parto representa, além de outras funções vitais, uma série de maciças estimulações cutâneas calculadas para ativar e assegurar o funcionamento apropriado dos sistemas de manutenção.

Essa função adaptativa do trabalho de parto corresponde à preparação do recém-nascido para a segunda etapa da gestação. Autores evidenciam que a gestação humana, assim como nos marsupiais, ocorre em duas etapas: uma intrauterina e outra extrauterina, na qual a mama corresponde à “placenta externa” (Montagu, 1988).

Em vista desse contexto, o presente estudo teve como pressuposto inicial que a pretensa preferência e/ou escolha da mulher contemporânea pela cesárea como via de parto é influenciada pela desinformação e por questões culturais, sendo reforçada pelo modelo biomédico predominante. Nesse sentido, delimitou-se como objeto de estudo o protagonismo da mulher, nos serviços público e privado de saúde, sobre a decisão a respeito da parturição. O objetivo central desta pesquisa foi compreender como se dá o protagonismo da mulher nas decisões sobre a parturição a partir de suas representações sociais.

Metodologia

A população estudada compreendeu 45 gestantes, que foram entrevistadas durante o pré-natal e estavam no último trimestre da gravidez. As entrevistas ocorreram em duas clínicas privadas e em três ambulatoriais da rede pública com atendimento de pré-natal e com presença de médico na equipe de assistência às gestantes. Os serviços estão localizados na cidade de Joinville, em Santa Catarina. A amostra foi selecionada por conveniência e não teve embasamento estatístico.

As entrevistadas foram distribuídas em dois grupos: Grupo I: 20 gestantes que frequentaram pré-natal em ambulatório da rede pública; Grupo II: 25 gestantes que frequentaram pré-natal em clínicas privadas. Foram critérios de inclusão: ser gestante no terceiro trimestre de gravidez; ter 18 anos ou mais; estar em acompanhamento de pré-natal tendo já cumprido pelo menos quatro consultas até a data da entrevista; e aceitar voluntariamente o convite para participar.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente. Em profundidade foi seguido um roteiro semiestruturado com 15 questões sobre idade, escolaridade, estado civil, número de gestações, experiências de partos anteriores, expectativas da gestação atual, fatores que as influenciam diante da escolha da via de parto, opiniões sobre a quem cabe a decisão da via de parto, bem como eventuais crenças e fatores que podem interferir nessa decisão.

Realizou-se análise de conteúdo do material empírico, com o intuito de se alcançar a essência do fenômeno, conforme técnica descrita por Bardin (2008): a) pré-análise ou ordenação dos dados: mapeamento dos dados obtidos no campo; b) classificação dos dados: reconhecimento de estruturas relevantes dos fenômenos investigados. Para tanto, foi empregado, como *unidade de registro*, o conteúdo significativo presente nas falas das gestantes entrevistadas; c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação ou análise propriamente dita: estabelecimento de articulações entre os dados empíricos e a teoria, a fim de responder às perguntas e objetivos da pesquisa.

A análise possibilitou conhecer as representações sociais manifestas pelas gestantes a respeito da escolha da via de parto. Sob uma perspectiva fenomenológica foram observados os fenômenos da dor, do medo e das representações que circundam a temática da via de parto.

Foram tomadas medidas para preservar o sigilo, o anonimato e a privacidade dos sujeitos, ficando a identificação completa da entrevistada restrita ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as gestantes assinaram o TCLE, e a pesquisa foi aprovada pelo Conselho de Ética em Pesquisa (processo nº 051/08).

Resultados e Discussão

Da análise dos dados emergiram três categorias empíricas, manifestadas nos depoimentos das entrevistadas e que expressaram suas representações sociais: *medos e preocupações, vivências e influência sociocultural*. A partir delas foi possível construir três categorias interpretativas: *modelo biomédico, desinformação e autonomia da mulher*.

Medos e preocupações

O medo figurou nas entrevistas como o fator de maior influência no protagonismo da mulher e no seu poder de decisão sobre a escolha ou preferência pela via de parto. Medos e preocupações estão principalmente associados à dor seja no parto normal ou pós-cesárea e à repercussão desses eventos para a mulher e o recém-nascido: “[...] Eu tenho medo de ter parto normal, porque todo mundo fala que tem muita dor, é pior do que qualquer outra dor. Aí eu falo para minha mãe que eu quero ter cesárea” (D., 22 anos).

Percebe-se, pela fala, que o medo e a dor estão fortemente incorporados aos fenômenos socioculturais presentes na nossa cultura, independentemente da condição normal da gestação e da previsão de um bom parto:

Medo sempre tem não é. [...] Nem que seja aquela coisa boba, será que vai dar tudo certo? Se você vai se sair bem, se não vai ter nenhum problema, no parto ou com a anestesia. Você sempre fica um pouco apreensiva (B., 28 anos).

Construtores da representação social das mulheres sobre o parto, os medos estão presentes mesmo antes de engravidar, oriundos de histórias ouvidas de parentes e amigas ou da mídia:

Mas, eu acho que muito é a opinião dos outros, as pessoas influenciam bastante, porque tu fica com medo das histórias que as pessoas falam de dor [...]. Então é isso que eu acho que influencia bastante (F. S., 24 anos).

Outras fazem um paralelo com o seu cotidiano que reforça suas preocupações e medos:

Medo de na hora do parto, eu não conseguir ter força. [...] hoje, se eu for ao mercado e carregar uma bolsa, eu já fico cansada eu não tenho força. Então meu medo é esse, na hora ali eu não conseguir aguentar, sei lá e alguma coisa assim acontecer (V., 23 anos).

O sofrimento desencadeado pela dor durante o trabalho de parto e parto tomam uma grande proporção afetiva/emocional, inibindo a cascata hormonal do prazer, necessário à maternagem². Sobre essa ausência hormonal, Odent (2002, p. 29) questiona os medos: “[...] Entretanto, até recentemente, uma mulher não podia ter bebês sem secretar um coquetel complexo de ‘hormônios do amor’”.

Outrossim, dentre os medos identificados também encontram-se os referentes à cesárea, quanto a seus riscos e implicações negativas à recuperação da mulher, elementos que favoreceriam a opção de escolha pelo parto vaginal: “[...] *Todo mundo fala que é mais perigoso, pode pegar infecção* [...]” (A., 24 anos).

Por outro lado, a cesárea também é vista como vantajosa em razão da ausência da dor no momento do parto, apesar de considerarem delicada a sua recuperação. Quando indagada sobre o motivo da escolha pela cesárea, a entrevistada responde:

[...] Ele disse: se eu quisesse ter normal não tinha problema nenhum, só que eu ia sofrer um pouquinho, que os meus ossos são um pouco mais estreitos. [...] Aí eu falei, não se for para eu ter normal e sofrer muito, eu não quero, prefiro a cesárea. Ele falou: A cesárea se você quiser, a gente pode marcar amanhã (S., 28 anos).

2 Maternagem - Processo construído pela mãe para suprir as necessidades do recém-nascido e que depende primordialmente dos sentimentos que a mãe pode desenvolver no nascimento do seu filho (ODENT, 2002).

Na nossa sociedade o parto normal tem na sua representação um sentimento de superação atrelado ao sofrimento imposto pela dor. Culturalmente tão arraigado, o medo de não “aguentar”, de não “dar conta” do parto, medo de ser fisicamente mudada e interferir na sua sexualidade, como, por exemplo, no caso de “um bebê grande”, constitui, para as mulheres, um dilema que lhes causa uma ambivalência (Griboski e Guilhem, 2006; Maldonado, 1986).

Segundo Maldonado (1986), as mulheres que insistem na cesareana, desconsiderando o parto normal e se submetendo à passividade de terem seus bebês sem vivenciar o processo dinâmico da parturição, são motivadas a isso por esses temores.

Nos dias atuais, o modelo de superação continua atrelado à figura simbólica da mãe e dificulta à mulher moderna assumir o seu protagonismo decisório sobre seu plano de parto. A mulher, para tangenciar os riscos de verbalizar os seus medos e fraquezas, desenvolve uma sutil parceria (talvez inconsciente) com o seu médico. Apesar do medo da dor, faz o discurso “politicamente correto” da preferência pelo parto normal, porém, com sutileza, sinaliza que prefere abdicar do parto normal para não sentir dor, delegando ao médico a tomada de decisão. A cesariana torna-se uma representante simbólica para evitar a concretização dos temores e suas repercussões, que são, segundo Maldonado (1986), oriundos da ideia de não estar preparada, “ser uma garotinha”, que transfere ao médico seu poder de parir para ser poupada.

Vivências

A experiência adquirida nos partos anteriores e os meios de informação são relatados pelas entrevistadas como elementos que podem influenciar a sua vivência no próximo parto, positiva ou negativamente. Podem, inclusive, ser determinantes na escolha das gestantes e um indicador da expectativa quanto ao parto seguinte. *Eu espero que esse seja igual o primeiro [parto normal] igual, igual, nunca é, né [...]* (V. 23 anos).

No meu primeiro parto, na verdade eu tinha bastante medo do parto normal. [...] As pessoas te assustam muito por causa da dor, que é uma dor insuportável, que você não vai suportar. [...] Tive um parto com analgesia. [...] Mas pra mim

foi o melhor parto que eu tive, parto normal, tanto que agora da minha segunda eu também quero ter parto normal (F. S., 24 anos).

Esse parece ser, no conjunto, um dos importantes determinantes de empoderamento da mulher com impacto no seu protagonismo e na sua autonomia decisória sobre a via de parto: a experiência positiva e exitosa do seu parto anterior.

A maioria das entrevistadas que participaram de cursos preparatórios para gestantes os avaliam positivamente, vendo-os como um importante recurso de aprendizado e compartilhamento de experiências, mediados por profissionais de saúde.

Poucas gestantes afirmaram o costume de buscar na leitura uma fonte de informação. Segundo Rocha e colaboradores (2006), os altos índices de cesárea no Brasil podem ter como uma das causas a desinformação das mulheres. As gestantes que buscam orientações por meio da leitura consideram que a informação reduz o medo, porém transmitem a impressão de que as leituras não as esclarecem totalmente nas questões mais objetivas e específicas sobre a etapa da parturição.

Como no caso da importância das contrações uterinas no processo metabólico adaptativo do organismo fetal, na transição da gestação intrauterina para a extrauterina, segundo Montagu (1988), a percepção tátil do feto durante o prolongado período de contrações uterinas e a característica intermitente do estímulo periférico sensorial são mediadas pelo sistema nervoso autônomo atuando nos diversos órgãos e sistemas; essa dinâmica parece destinada a promover a adaptação do recém-nascido à etapa pós-natal.

Influência sociocultural

A interpretação pessoal conferida à experiência do indivíduo está intimamente relacionada às representações que se tem sobre determinado fenômeno (Spink, 2003). Nesse sentido, a autonomia de decisão e escolha da mulher sobre a via de parto é impactada por questões socioculturais, em que o medo e a dicotomia do parto normal *versus* cesárea exercem forte influência. A origem desses fenômenos se dá a partir da informação e do modelo biomédico.

A televisão é parte integrante do desenvolvimento do país ao transformar espectadores em consumi-

dores, atribuindo-se às telenovelas um papel ativo nessa tarefa. A publicidade promove, mais do que produtos, o consumo como processo civilizador. Há uma associação entre mulheres e consumo, e nesse sentido a telenovela surgiu, com sua narrativa feminina, como um mecanismo adaptado a vender inúmeros produtos e estilos (Almeida, 2001). A televisão “dita a moda”, constrói e desconstrói valores sociais.

Embora muitas das entrevistadas não relacionem o medo à imagem produzida pela mídia, alguns relatos apontam, sim, para a influência da mídia, principalmente da telenovela, na construção ou reforço do medo da dor no parto normal e na construção da ideia de tranquilidade e ausência de dor no parto cesáreo.

Eu acredito que tenha bastante influência a novela. Ela, imagina, é uma influência na vida de todo mundo em coisas banais, imagina no parto. [...] elas [telenovela] apresentam como algo muito, muito terrível mesmo, como se fosse a pior coisa do mundo. [...] A cesárea ela passa a mãe lá, que ela não está sofrendo nada, linda maravilhosa, deitada com marido do lado. Só esperando vir ali a criança e acabou (F. S., 24 anos).

A telenovela, que age mediante imagens impactantes que reproduzem a dor do parto com elevado grau de realidade, foi citada pelas gestantes como uma fonte de informação e de influência, principalmente para quem não tem acesso a fontes diferenciadas, como livros e cursos. Entretanto, apesar disso, parece que a televisão tem pouca contribuição como um dos elementos construtores da representação social sobre o parto, em especial pela característica esporádica do tema nas telenovelas e nas ocasionais campanhas educativas.

As informações, além da mídia, oriundas do meio em que vivem essas mulheres são transmitidas de modo multidirecional, ou seja, não são as mais experientes (3ª idade) que transmitem sua sabedoria para as jovens, mas todas as mulheres, inclusive as que nunca gestaram, emitem suas opiniões, ainda que infundadas, sobre o processo fisiológico que, para muitas pessoas, determina seu papel feminino na sociedade.

A opinião feminina tem grande importância para as gestantes porque valida uma experiência sentida

“na pele”, muito diferente da demonstração verbal de um médico, quase sempre do gênero masculino e, portanto, incapaz de experienciar um fenômeno exclusivo das mulheres e tão subjetivo.

Ademais, na falta de informações científicas ou mesmo de uma educação para a parturição, restam às mulheres, principalmente àquelas de menores possibilidades econômicas ou socioculturais, as informações do senso comum, repletas de mitos e interpretações voltados para o medo da dor e as repercussões do seu sofrimento.

Modelo biomédico

O modelo biomédico marca profundamente as representações sociais sobre saúde e doença, não se furtando de influenciar as representações sociais da mulher e até mesmo suas decisões sobre o parto:

[...] Não, na verdade, eu não decidi ainda né, mas é o que eu tô esperando é essa condição (opinião) do médico mesmo, em relação ao meu organismo e do bebê. [...], com certeza o que ele decidir eu aprovo (R. M., 35 anos).

Uma vez que o médico recebeu uma formação das mais prestigiadas pela sociedade, dele se esperam respostas exatas e procedimentos garantidos que “ajudarão” a mãe na sua decisão. Segundo Minayo (2008), a corporação médica medeia as representações das doenças nas sociedades ocidentais e conduz a uma hegemonia do setor de saúde.

Para Odent “O controle médico é uma corrupção do papel da medicina. O papel da medicina em geral - e da obstetrícia em particular - originalmente se limita ao tratamento de situações patológicas ou anormais. Não inclui o controle de processos fisiológicos” (Odent, 2003, p. 131).

Na sua maioria, as entrevistadas do sistema privado referem-se aos posicionamentos médicos como sendo mais aconselhadores quase sempre para um parto normal, ao afirmar que: “Meu médico é a favor do parto normal”. Como no caso dessa entrevistada, ao verbalizar os argumentos: “[...] É ela falou que parto normal é bem melhor, pelo risco de não ter aquela infecção hospitalar e a recuperação que é bem melhor que a cesárea, isso que ela me passou” (A. N., 26 anos).

Intrigante é constatar, por meio dos índices de cesárea de Joinville, que essa convicção, presente

na maioria das gestantes do sistema privado, não se concretiza na realidade e que o perfil da assistência obstétrica assemelha-se ao do restante do país. Dados de 2007 mostram que de um total de 7.459 partos, 3.794 foram cesáreos e 3.665 foram partos vaginais. De um total de 2.608 partos nos hospitais privados, 571 foram partos vaginais e 2.037 cesáreos, contra 1.693 partos vaginais e 3.051 normais no setor público (Joinville (Município), 2008).

Logo, observa-se que o discurso do parto normal faz parte de um roteiro idealizado que raramente se concretiza. Na realidade, na prática existe uma diferença de conduta médica quanto ao encaminhamento para o parto e as indicações clínicas para cesárea.

Um dos fenômenos que favorece o simbolismo da cesárea para a gestante e sua família diz respeito ao acesso a um atendimento médico diferenciado (Freitas e col., 2005), citado por algumas das entrevistadas do sistema público: [...] *A maioria é induzida a fazer o parto normal. Muitas vezes tentam até o último momento, sabendo que a mulher está sofrendo ali. Só quando eles veem que não dá mais é que vão para cesariana [...]* (A., 27 anos). Posturas como essa levam as gestantes a migrarem para o sistema privado apenas com o objetivo de terem acesso ao parto cirúrgico para livrarem-se dessa representação de medo. Os dados estatísticos confirmam nossa interpretação de que o parto cesariano é acessível às mulheres socioeconomicamente privilegiadas: 78% das mulheres de Joinville que recorrem ao serviço privado fizeram cesárea, enquanto apenas 35% das mulheres que utilizaram o SUS tiveram parto cesariano.

Os relatos das gestantes do SUS demonstram estarem culturalmente cientes de que não têm direito à opção programada da cesárea. Reconhecem o discurso do parto normal (para ser mãe é preciso sentir dor, ou, o parto normal é melhor porque é natural). Deixam transparecer os sentimentos de impotência, passividade e medo diante da impossibilidade de participar da decisão sobre a via de parto, em face da normatização das políticas públicas e da relação impessoal estabelecida no serviço público.

Outrossim, o modelo de formação médica a partir da especialidade leva à segmentação da assistência ao parto, dificultando a compreensão dos profissio-

nais envolvidos que atendem a um binômio cujos sujeitos são interdependentes. A interdisciplinaridade (trabalho conjunto entre os diferentes profissionais) é necessária para o bem-estar do binômio.

Ademais, a remuneração do médico é igual tanto para o parto normal como para o cesariano, mas as responsabilidades em um e outro são muito diferentes. A cesárea dura cerca de uma hora e, se programada, permite uma prévia organização da agenda do médico e da gestante. Já o parto normal não tem previsibilidade de data para ocorrer, afeta a agenda do médico e está sujeito às adversidades, que geram maior estresse para a família e para o médico. Há, ainda, a representação social na indicação de uma cesareana expressa na frase: *“Há risco, aborte o parto normal”*. É, portanto, um desvio para manter o bem-estar materno fetal, o que exige, de certa forma, as responsabilidades judiciais sobre os médicos que teriam procedido da maneira vista como mais segura e moderna.

As análises das entrevistas também apontam para o pouco diálogo entre gestante e médico sobre questões relacionadas ao momento do parto. Parece ser um assunto pouco discutido, justamente porque as gestantes pouco perguntam e os médicos não se dão conta da importância dessa informação que deve ser repassada à gestante.

Por outro lado, a prorrogação do médico para esse momento de informação e decisão aponta para uma relação assimétrica de poder.

Desinformação

No Brasil, a parturição é entendida culturalmente como uma etapa técnica “terceirizada”: o médico assume o comando e a conduz a partir de sua formação técnica. Esse fenômeno é fortalecido pela carência de informação adequada às mulheres sobre a maternidade, seus aspectos inatos e apreendidos, bem como as etapas, principalmente a da parturição. Mesmo as gestantes que se sentem mais conhecedoras do processo têm informações superficiais. Elas não encontram respostas convincentes para minimizar ou esclarecer seus medos. Fazem conjecturas de acordo com o seu entendimento, como neste caso em que, ao ser perguntada sobre as vantagens e se havia diferença entre o parto normal e a cesárea, a entrevistada responde: [...] *se ela marcar (programar)*

a cesárea, a mulher não vai sofrer tanto. Mas se ela deixar vir as dores e contração, daí ela vai ter dor e não vejo vantagem. Essa é a única diferença (D., 21 anos).

A maioria das entrevistadas desconhece a importante função do trabalho de parto para a maturidade e o bem-estar do concepto e para o organismo materno. Elas consideram o trabalho de parto uma etapa exclusiva do parto normal, sendo então um sofrimento desnecessário quando a opção é a cesárea.

Expondo uma realidade atual, essa entrevistada relaciona a opção da cesárea com o despreparo da mulher moderna para enfrentar a dor, o que, para ela, representa um modo primitivo de parir: “[...] sofrer a dor do parto em pleno século XXI já não é coisa de gente moderna [...]”. Podemos conjecturar que esse fenômeno tem seu respaldo cultural no modelo biomédico, uma vez que sobre as razões da sua opção por fazer uma cesárea programada disse:

[...] O fato de você não querer sentir tanta dor. Porque antigamente, acho que não era tão acessível a cesárea como é hoje. Só era feita em último caso, quando tinha alguma complicação; hoje em dia não. Eu mesma conversei com o meu médico. Eu disse “eu quero a cesárea”. E ele respondeu - “Ok, vamos fazer a cesárea”. Então, está mais fácil, eu acho (E., 25 anos).

A desinformação permeou muitas das respostas sobre o processo da parturição, as vantagens e contribuições para o bem-estar do recém-nascido e sobre o próprio corpo da mulher. As manifestações são, assim, em geral superficiais e ingênuas, favorecendo o povoamento do imaginário da mulher por mitos e elementos fantasiosos, distanciando-se do conhecimento científico e tecnológico disponível. Como compreender um fenômeno fisiológico natural se não se compreende o próprio corpo? A experiência do parto não significa apenas se conhecer melhor, mas compreender “na pele” esse fenômeno.

Não obstante, cabe aqui chamar atenção para a ideia de que o pré-natal por si só não constitui um espaço para a informação agregadora de conhecimento para o empoderamento da mulher.

Escolha da via de parto: autonomia da mulher?

A mulher-mãe idealizada no imaginário coletivo vive uma realidade conflitante com a verdadeira

mulher dos dias atuais, uma profissional que luta no mercado de trabalho pela sua sobrevivência. O modelo maternal dos tempos passados, baseado em doação, dedicação e superação, muitas vezes se confronta com o modelo atual: planejamento, ordenação, praticidade e tecnologia em vista da segurança e da otimização do tempo.

[...] Eu acho que é a comodidade da cesariana, tanto para o médico quanto para a família e para a mãe (gestante). Eu marco a hora, vou lá, daqui a dois, três dias já saio. [...] Eu acho que é essa programação, essa vida da gente é tão corrida, tem que ter tudo agendado. Eu acho que é isso (O. 36 anos).

Ademais, o modelo vigente reconhece o médico como o responsável técnico do processo e traz à tona o dilema do parto normal (desejo da mulher) versus cesárea (modelo biomédico). Até certo ponto o médico respeita a decisão da mulher se for o seu desejo consciente, porém, por ser um procedimento de domínio técnico, o médico acredita na via cirúrgica como o procedimento mais seguro de partejar. A mulher, por sua vez, não tem bem claro que ela deveria ter atuação ativa nesse processo e, diante do próprio medo, transfere responsabilidades para o médico. Abdica, assim, da autonomia que ela reivindica e aceita a ingerência técnica no processo fisiológico da parturição. Toda essa situação é extremamente subjetiva e sutil, envolve sentimentos, características pessoais e socioculturais, transformados principalmente em medos e temores que fragilizam a mulher.

Cabe a indagação: Será que o médico acredita não haver diferença quanto à via de parto para o bem-estar do binômio mãe-filho? Não estaria ainda procurando livrar a mulher das suas “amarras do medo”, utilizando a técnica que melhor domina? Parece mais sensato, até em respeito ao espaço social ocupado pela mulher moderna, refletir que a preferência do médico brasileiro pela cesárea não deve ser entendida apenas como um interesse pessoal e mesquinho do médico com base nos benefícios econômicos e de agendamento do trabalho. É preciso levar em consideração a questão cultural, a responsabilidade que lhe é outorgada pela sociedade e também o envolvimento emocional com o casal grávido.

Todos esses aspectos somados aos argumentos das entrevistadas nos permitem concluir que a mulher contemporânea apresenta uma autonomia limitada que compromete o seu protagonismo no processo da parturição. Sua opinião e decisão sobre a via de parto tornam-se, então, manipuláveis pelo medo do desconhecido, do sofrimento imposto pela dor e dos interesses dos vários atores sociais (empresas, ciência, tecnologia, profissionais, mídia, *marketing* etc.).

O grande desafio na atualidade é que a cesárea já está inserida culturalmente como via de parto e não serão apenas campanhas que poderão reverter o quadro. Essa reversão perpassa pela desconstrução cultural da cesárea como uma via normal para o nascimento e pela valorização do trabalho de parto como um mecanismo vital para o bem-estar do recém-nascido. O que implica na revisão da formação dos médicos, na análise e readequação de mecanismos de comunicação e transparência nas informações aos formadores de opinião, como a mídia, e principalmente em estratégias de longo prazo envolvendo a educação dos cidadãos (desde a escola básica) e introduzindo na sua formação conhecimentos oriundos das evidências científicas sobre parto e nascimento.

É fundamental que a sociedade conscientize-se da importância do trabalho de parto e que numa escala de prioridade ele se apresenta até mais importante do que a própria via normal de nascimento. Esse e outros conhecimentos poderão modificar as representações sociais construídas por interesses, que não seja o de priorizar o bem-estar do binômio.

Referências

- ALMEIDA, H. B. *“Muitas mais coisas”*: telenovela, consumo e gênero. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2001.
- BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, nov./dez. 2003
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas*. Rio de Janeiro: ANS, 2008.
- CHAUÍ, M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 6. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.
- FAÚNDES, A. et al. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 448-494, ago. 2004
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 25. ed. São Paulo: Graal, 2008.
- FREITAS, P. F. et al. Desigualdades sociais nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, out. 2005.
- GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114, jan./mar. 2006.
- JOINVILLE. (Município). Secretaria Municipal da Saúde. *Relatório anual de gestão 2008*. Joinville: Secretaria Municipal da Saúde, 2008.
- MALDONADO, M. T. P. *Psicologia da gravidez*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- MATIAS, J. P.; PARPINELLI, M. A.; CECATTI J. G. A prova de trabalho e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Revista da Associação Médica Brasileira (1992)*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 109-115, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- ODENT, M. *A cientificação do amor*. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

ODENT, M. *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto*. São Paulo: Ground, 2003.

PEREIRA, R. R. Anestesia e analgesia de parto: impacto na amamentação. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. *Amamentação: bases científicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 138-150.

ROCHA, T. A. et al. Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito. *Online brazilian journal of nursing*, v. 5, n. 1, 2006.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEDESCO, R. P. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 791-798, nov./dec. 2004.

VILLAR, J. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin América. *Lancet*, London, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, june 2006.

ZANARDO, V. et al. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatrica*, Oslo, v. 93, v. 5, p. 643-647, may 2004.

Recebido em: 30/03/2010

Aprovado em: 11/04/2011