

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**A experiência da cesárea indesejada:
perspectivas das mulheres sobre decisões e
suas implicações no parto e nascimento.**

Heloisa de Oliveira Salgado

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

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

Orientador: Prof^a Dr^a Carmen Simone G. Diniz

São Paulo

2012

A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.

Heloisa de Oliveira Salgado

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

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

Orientador: Prof^a Dr^a Carmen Simone G. Diniz

**São Paulo
2012**

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

**AO MEU FILHO GABRIEL
E AOS MEUS PAIS HÉLIO E CRISTINA,
MEUS MAIORES EXEMPLOS DE PESQUISADORES**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, o meu eterno agradecimento a todas as mulheres que prontamente se disponibilizaram a participar desta pesquisa.

Um agradecimento especial àquelas que gentilmente responderam aos roteiros de perguntas sobre cesárea indesejada e desejada e que enviaram o *link* para o acesso aos seus relatos de parto. Esta pesquisa só foi possível graças à dedicação, ao entusiasmo e à disponibilidade de todas vocês para compartilhar comigo suas histórias pessoais de gestação, parto e amamentação e prontamente responder minhas perguntas adicionais ao longo da análise dos roteiros.

Ao Prof. Francisco Guimarães (FMRP-USP) e à Prof^a Clotilde Rossetti-Ferreira (FFCLRP-USP), meus orientadores de Iniciação Científica, tão importantes no início da minha formação acadêmica, quando me ensinaram a ser pesquisadora e despertaram – para sempre - minha paixão pela pesquisa.

À Prof^a Carmen Simone Grilo Diniz, minha querida orientadora de mestrado, que esteve ao meu lado em todos os momentos, incondicionalmente, dando todo o apoio necessário e confiando em mim e em meu trabalho. A ela, agradeço também por uma importante parte de minha formação acadêmica e da leitura crítica fundamental para se compreender o mundo da luta pelo respeito aos direitos das mulheres e às evidências científicas.

Às professoras Ana Cristina D’Andretta Tanaka e Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira, pelas contribuições no desenho inicial deste projeto de pesquisa e ao longo de todo o percurso.

A seguir, menciono mais algumas pessoas importantes em minha trajetória acadêmica, ainda que isso signifique correr o risco de deixar tantas outras de fora.

À querida amiga Cláudia Pedrosa, que me deu o apoio, o incentivo e o empurrão “final” para que eu me inscrevesse no concurso para o mestrado.

Às doutoras Thelma e Melania, “criadoras”, respectivamente, das comunidades do Orkut “Pediatria Radical” e “GOBE – G. O. Baseada em Evidências”, que foram minha fonte inicial de busca de informações baseadas em evidências científicas sobre maternidade, gestação, parto, pós-parto e amamentação.

A tod@s @s participantes das comunidades do Orkut mencionadas no parágrafo anterior, das listas de discussão (doulas@, partonosso@ e partodoprincipio@) e de grupos do Facebook (inúmeros!) que enriqueceram e ainda hoje enriquecem minha formação.

A cada uma das mulheres, seus bebês e famílias que me procuraram, nos últimos quatro anos, e a mim confiaram o importante e delicado papel de psicóloga, doula ou consultora de amamentação, para receber o apoio de que toda mulher necessita nesse momento de transição.

A minhas amigas doulas, em especial a Eleonora, Rebeca, Patricia, Daniela e Ingrid, que, em conversas “presenciais” ou discussões “virtuais” (mesmo quando eu apenas lia o que escreviam) foram um grande estímulo e incentivo para que eu buscasse cada vez mais me aprofundar nas questões referentes à maternidade.

A minhas amigas “cientistas que viraram mãe”, Andréia e Lígia, pelo carinho, incentivo e apoio durante todo o processo.

Aos profissionais que colaboram com a humanização da assistência à gestação, ao parto e ao nascimento, e que gentilmente dedicam uma parte do seu dia para divulgar informações nas mídias virtuais.

Aos meus colegas, que se tornaram grandes amigos, da Faculdade de Saúde Pública: Ana Carolina, Andrea, Angélica, Bianca, Camilla, Cristina, Daniela, Deborah, Denise, Janaína, Marcel, Mariane e Sandra.

Aos meus amigos da vida “presencial”, de São Paulo e de Ribeirão Preto, que estiveram incondicionalmente ao meu lado todos esses anos. Sem vocês, a vida certamente seria mais difícil. Impossível citar algum nome aqui, pois acabaria deixando de fora pessoas importantes.

A minha família Oliveira-Salgado e à família Cotrim-Meirelles, pelo apoio, incentivo, paciência e, principalmente, pela torcida.

Ao Gabriel, meu filho, principal motivo das minhas escolhas: foi com seu nascimento que deparei com a questão que estudo hoje, foi em busca de respostas como mãe que identifiquei meu objeto de estudo e é por ele e por sua geração que luto por um mundo mais justo, respeitoso, seguro, digno e feliz.

Por fim, agradeço ao CNPq pelo financiamento de minha bolsa de pesquisa.

“Sim, conversei [com o meu médico], mas ele sempre falava de cesárea, que normal não era legal para mulher, pois os maridos não gostam depois na relação sexual e que o bebê poderia ser grande e aí usou um termo ridículo (...) [seria como] passar Ribeirão Preto dentro de Cravinhos...” (ADELE)

Nota da pesquisadora: Cravinhos é uma cidade do interior do Estado que possui aproximadamente 28.411 habitantes (CENSO DE 2000). Localiza-se próximo a Ribeirão Preto, que possui 612.339 habitantes (IBGE/2011).

(O questionário de ADELE não foi analisado, por ter sido enviado após o prazo limite para recebimento)

RESUMO

Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Introdução – De acordo com a literatura, 70 a 80% das mulheres que sofreram uma cesárea desejavam um parto normal no início da gravidez. Entre os fatores relacionados, identificam-se decisões junto à equipe que acompanhou o pré-natal e o trabalho de parto. Infere-se que a frustração desse desejo pode ter implicações no pós-parto, em especial, na relação mãe-bebê, na amamentação e na saúde mental pós-parto.

Objetivo – Descrever e analisar a experiência da cesárea autorreferida como indesejada por mulheres que buscaram um parto normal e os mecanismos associados à discrepância entre o desejo original (parto normal) e o desfecho (cesárea) e suas implicações no pós-parto, a saber, no aleitamento materno, na ocorrência de depressão pós-parto/*babyblues* e na formação do vínculo. **Métodos** – Pesquisa qualitativa que contou com o preenchimento de roteiro de questões semiestruturadas, via e-mail, por mulheres participantes de mídias sociais, e análise dos dados a partir de categorias pré-determinadas e novas categorias advindas da análise.

Resultados – Esta pesquisa evidenciou o uso rotineiro de práticas inadequadas e desrespeitosas, como o convencimento para realizar a cesárea com base em informação distorcida e ameaçadora, o descaso com o bem-estar físico e emocional da mulher, a privação de recursos e procedimentos baseados em evidências científicas na condução do pré-natal e do trabalho de parto, o desrespeito à Lei do Acompanhante, a privação do contato com o bebê após o nascimento, o uso de medicamento para sedar as mulheres logo após o parto, entre outras ocorrências analisadas sob a ótica da violência institucional obstétrica. **Conclusões** – O processo que conduz as mulheres a uma cesárea indesejada é marcado por uma assistência que virtualmente inviabiliza a possibilidade do protagonismo feminino e de escolha informada, priorizando as conveniências e necessidades das equipes e instituições que as acompanham, com significativo impacto emocional no pós-parto e na relação mãe-bebê.

Descritores: cesárea indesejada; parto; relação mãe-bebê; *blues* puerperal; amamentação; violência obstétrica.

ABSTRACT

Salgado HO. The experience of unwanted cesarean section: perspectives on women's decisions and their implications for labor and birth. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Introduction: According to the literature, 70-80% of women who underwent a cesarean wanted a normal delivery in early pregnancy. Among the related factors, we identify decisions along with the team that accompanied the pre-natal and labor. We can infer that the frustration of this desire may have implications in the postpartum period, especially in relation MotherBaby, breastfeeding and postpartum mental health. **Goals:** To describe and analyze the experience of cesarean section (CS) self-reported as unwanted by women seeking a vaginal delivery and the mechanisms associated with the disagreement between the original desire (normal delivery) and the outcome (CS) and its implications in the postpartum period, namely in breastfeeding, in the occurrence of depression/*babyblues* and in bonding. **Methods:** Qualitative research which included filling out a script of semi-structured questions, via email, by women who take part in social media and the analysis of data from pre-determined categories and new categories that came from the analysis. **Results:** This study documented the routine use of inappropriate and disrespectful practices, such as the persuasion to perform a cesarean section based on threatening information, the disregard for the physical and emotional welfare of women, the lack of resources and procedures based on scientific evidence for conducting pre-natal and labor, the disrespect of the “Lei do Acompanhante” (Law of the Escort), the deprivation of contact with the baby after birth, the use of medication to sedate women after childbirth among other occurrences analyzed under the perspective of the obstetrics institutional violence. **Conclusion:** The process that leads women to an unwanted cesarean section is marked by an assistance that virtually precludes the possibility of female protagonism and informed choice, prioritizing convenience and needs of the team and the institution that accompany them, with significant emotional impact on the post delivery and the MotherBaby relationship.

Key words: unwanted cesarean section; delivery; motherbaby; maternal blues; breastfeeding; obstetric violence.

Índice

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 A ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO NO BRASIL	18
1.2 O USO DE TECNOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO.....	20
1.3 A “CESÁREA A PEDIDO” COMO JUSTIFICATIVA PARA AS ALTAS TAXAS DE CESÁREA	22
1.4 CESÁREA A PEDIDO – VARIAÇÕES DE UM MESMO TEMA	25
1.4.1 Informação e escolha	29
1.5 CESÁREA INDESEJADA.....	30
2. OBJETIVOS	35
2.1 OBJETIVO GERAL	35
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
3. MÉTODOS.....	36
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	36
3.2 SUJEITOS DA PESQUISA	39
3.2.1 A escolha dos sujeitos de pesquisa.....	39
3.2.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	41
3.3 COLETA DE DADOS	44
3.4 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	46
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	48
4. RESULTADOS e DISCUSSÃO	50
4.1 A “CESÁREA INDESEJADA”	51
4.1.1 O que leva as mulheres a considerar uma cesárea indesejada ...	56
4.1.1.1 Que parto desejavam?	56
4.1.1.2 Que parto passaram a desejar?	63
4.1.1.3 Conversou com o ginecologista-obstetra (GO)?.....	65
4.2 A ATITUDE DOS PROFISSIONAIS FRENTE À EFETIVIDADE E À SEGURANÇA DAS INTERVENÇÕES E A SATISFAÇÃO COM O CUIDADO: A PERSPECTIVA DAS MULHERES	68
4.2.1 Como as mulheres avaliam a indicação da cesárea: “a ‘necessidade’ da cesariana”	70
4.2.2 Se participou da decisão e como se sentiu: reflexões acerca de uma “cascata de derrotas”	73

4.2.3	Relação profissional x paciente	78
4.2.3.1	Quando as mulheres se sentiram respeitadas e acolhidas ou “ <i>minha médica desejou comigo isso até o fim</i> ”	79
4.2.3.2	Quando as mulheres <i>não</i> se sentiram respeitadas e acolhidas ou quando “ <i>a sete centímetros pélvico rompeu a bolsa, ohhh!</i> ”	83
4.2.4	O parto “trágico” e o efeito protetor da cesárea: um paradoxo da assistência obstétrica e da formação médica	85
4.3	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	87
4.3.1.	Violência psicológica.....	92
4.3.1.1.	“Largada no cantinho”: o abandono de puérperas após o nascimento.	95
4.3.1.2.	“Acho que fui sedada”: o primeiro contato com seu bebê e a falta de memória após o nascimento.	100
4.3.1.3.	De mãos atadas: efeitos concretos e simbólicos de se ter as mãos amarradas durante cesárea.....	105
4.4	RELAÇÃO MÃE-BEBÊ	108
4.4.1	Primeiro contato com o bebê.....	109
4.4.2	Amamentação.....	114
4.4.2.1	O apoio para amamentação	114
4.4.2.2	“Amamentação vingativa”: a amamentação como possibilidade do resgate da autoconfiança e da elaboração da experiência de cesárea ...	117
4.4.3.	Tristeza pela cesárea/ <i>Babyblues</i> /Depressão pós-parto (DPP)...	119
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
6.	BIBLIOGRAFIA	131
	ANEXO I – Roteiro de questões sobre cesárea indesejada.....	143
	ANEXO II - Termo de consentimento livre e esclarecido	152
	ANEXO III – Planilha de controle dos sujeitos	154
	ANEXO IV – Planilha de categorização dos dados.....	155
	CURRÍCULO LATTES	156

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1. Características sociodemográficas das mulheres que consideraram sua cesárea indesejada e que responderam ao questionário.....42

Quadro 2. Excertos retirados do roteiro de questões preenchido por DENISE.
.....90

Quadro 3. Excertos retirados de cinco roteiros de questões respondidos e que contêm relatos de violência psicológica na assistência obstétrica.....93

Quadro 4. Número absoluto de horas (ou dias) que as mulheres relataram ter ficado separadas de seu bebê.....110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição (%) do estado onde ocorreu o nascimento no grupo de mulheres que tiveram cesárea indesejada.....43

Gráfico 2. Tipo de financiamento do atendimento – público, privado, convênio ou misto.....44

Gráfico 3. Apoio profissional para amamentação.....115

SIGLAS UTILIZADAS

DPP – Depressão pós-parto

BetaHcg – Exame laboratorial para se detectar gravidez

BR – Contrações de Braxton-Hicks

CC – Centro cirúrgico

CI – Cesárea indesejada

CD – Cesárea desejada

ECR – Estudo clínico randomizado

GO – Médico ginecologista-obstetra

IBLCE – International Board of Lactation Consultant Examiners.

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

ILA – Índice de Líquido amniótico

MBE – Medicina Baseada em Evidências

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão arterial

PN – Parto normal

PNAC – Parto normal após cesárea

RN – Recém-nascido

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

TEPT-PP – Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto

TP – Trabalho de parto

VBAC – Vaginal birth after cesarean

VO – Violência obstétrica; variação do termo “Violência institucional no parto”

APRESENTAÇÃO

Desde minha iniciação científica, ainda durante o curso de Psicologia, interessei-me pelas questões referentes à relação mãe-bebê. Uma vez formada em Psicologia, tive a oportunidade de realizar minha especialização na Unifesp e lá acompanhei mães e bebês em vários momentos: ainda durante a gestação, no pós-parto e durante o acompanhamento mensal na clínica de desenvolvimento emocional.

Encerrada a especialização, busquei continuar esse trabalho, mas não encontrei nenhum espaço naquele momento. Logo, aceitei o convite de uma antiga professora da faculdade para participar de um projeto de formação de professores da rede pública, algo que me interessava, sobretudo, pelo uso de tecnologias de educação a distância.

Foram nove anos prestando serviços para a fundação que fazia a gestão desse projeto e que foi a responsável pela implantação de uma rede de formação e comunicação para todos os professores e gestores da Secretaria de Estado da Educação. Essa rede era composta por ambientes de *e-learning*, ferramentas para gestão e acompanhamento de cursos e uma rede de videoconferências. Nesse período, tive a oportunidade de ver o crescimento desses professores, que até então, em sua maioria, nunca haviam tido qualquer contato com um computador e, ao final de alguns anos, já trabalhavam desenvolvidos com as várias linguagens da tecnologia, conectando-se com outros professores de todo o estado de São Paulo.

Então, nasceu o Gabriel. De uma cesárea indesejada. E foi em função dessa cesárea, ocorrida completamente fora de minha programação, que eu, alguns meses depois, comecei a buscar informações para compreender os motivos daquele desfecho. Com a ajuda de ferramentas de mídias sociais (comunidades do Orkut e listas de discussão), comecei lentamente a entender o que havia acontecido, ao me deparar com o que, no futuro, seria o meu objeto de estudo: uma legião de mulheres de todos os cantos do Brasil, infelizes por terem passado por uma cesárea.

Essas mulheres, além de não terem “digerido” suas cesáreas, assim como eu, ainda tinham de lidar com toda a sorte de dificuldades com amamentação e/ou *babyblues*.

Aos poucos fui me apropriando das informações e da dura realidade da assistência obstétrica no Brasil, o que me fez primeiramente buscar um curso de doula. Um ano depois, quando já estava bastante familiarizada com as evidências científicas, decidi que era chegada a hora de estudar o assunto de forma mais sistemática e busquei o mestrado nesta Casa. Qual não foi minha surpresa quando minha orientadora, Prof^a Dr^a Simone Diniz, propôs que eu estudasse cesárea indesejada, proposta prontamente aceita por mim!

Em seguida, após alguns ajustes no projeto, iniciamos o planejamento de como seriam feitas as entrevistas. Em função de minha experiência pessoal de identificar muitas mulheres, nas redes sociais, relatando seu desejo de um parto normal (logo, levantando minha suspeita de que haviam tido uma cesárea indesejada), e acreditando firmemente nas possibilidades dos recursos de TICs (Tecnologias de Informação e Comunicação) para a produção de conhecimento, não hesitei em propor que o convite às entrevistadas fosse feito via Facebook e as entrevistas realizadas via e-mail, uma vez que parecia muito simples utilizar os recursos de revisão para as réplicas e tréplicas. E, de fato, todo o período de coleta de dados se deu de forma tranquila, sendo possível fazer uso de ferramentas que eu já utilizava com destreza (e-mail, Word e Excel), o que facilitou em muito o processo.

Posso dizer, portanto, que este é um projeto que buscou não somente a descrição de um novo termo, mas também uma relativa inovação metodológica com a realização de entrevistas por e-mail.

Felizmente, esse desenho metodológico não foi aprovado apenas pela pesquisadora, mas também pelas entrevistadas, que por várias vezes agradeceram pela oportunidade de falar sobre sua experiência, colocando-se à disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas e/ou complementações.

1. INTRODUÇÃO

Há alguns anos, vem crescendo ao redor do mundo o movimento de mulheres que se declaram insatisfeitas com a experiência de nascimento de seus filhos. Em sua maioria, são mulheres que desejavam um parto normal e acabaram realizando ou uma cesárea, ou um parto repleto de intervenções, o que torna a experiência de nascimento com maior chance de ser avaliada como insatisfatória.

No Brasil, na última década, uma parte importante desse movimento vem ganhando força graças à internet, onde usuárias do sistema de saúde encontram documentos oficiais e informações baseadas em evidências científicas que divulgam as melhores práticas para assistência à gestação, ao parto e ao nascimento.

Essas informações são divulgadas em *blogs*, comunidades, listas de discussão etc., ambientes virtuais nos quais as mulheres também compartilham os relatos de nascimentos de seus filhos, bem como suas dificuldades com o pós-parto e com a experiência de maternidade, além de reivindicarem mudanças na assistência. Muitas vezes, o sentimento de insatisfação das mulheres se amplifica com o acesso à informação científica, pela constatação de que os profissionais e instituições não incorporam as mudanças necessárias aos modelos de assistência, e continuam acreditando na segurança e efetividade de procedimentos contraindicados ou potencialmente danosos.

É a partir desse contexto que esta pesquisa visa compreender a experiência de mulheres que relatam ter vivenciado o que chamam de cesárea indesejada, e quais seriam suas implicações no pós-parto. Para isso, faz-se necessário primeiramente compreender a assistência ao parto no Brasil, uma vez que a concepção atual possui elementos complexos e traz como marca a referência de um modelo médico tecnocrático, que tem como base a medicalização e a “cirurgificação” da experiência do parto (RIESCO e col., 2009).

1.1 A ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO NO BRASIL

Em todo o mundo, as taxas de nascimentos por meio de partos induzidos e/ou cesáreas estão crescendo. Nos EUA, as taxas de partos induzidos dobraram (de 14% para 27% no período de 1992 a 2003; ZHANG e col., 2010) e as de cesáreas subiram de 20,7% em 1996 para aproximadamente 31,8% em 2007 (PATAH e MALIK, 2011). Quadro semelhante de aumento de cesárea ocorreu no Canadá (17,5% em 1995 e 26,1% em 2005) e em países europeus no período entre 1990 e 2004: Bélgica – 10,5 e 17,8%; Holanda – 7,4 e 13,6%; e Inglaterra – 11,3 e 22,7% (PATAH e MALIK, 2011). No Brasil, as taxas de cesariana estão há décadas acima dos níveis considerados seguros e têm aumentado continuamente não só no sistema público, que usualmente mantém taxas mais baixas, mas principalmente no sistema suplementar¹, com algumas regiões ultrapassando 90% dos partos (ALMEIDA e col., 2008). Há muitos anos, o país é conhecido como o país das cesáreas.

GAMA e col. (2009) apontam, a partir de dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2006, que o número de nascimentos por cesariana no Brasil estava em torno de 38,6% no sistema público e 83,51% no sistema suplementar. Essa taxa passou de 38,9%, em 2000, para 46,5%, em 2007, e dados preliminares do DATASUS* para 2010 versavam em 52,2%.

Dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) revelam que a proporção desses nascimentos elevou-se ainda mais na última década, chegando a 43,8%. Nas regiões Sudeste e Sul, o nascimento por cesariana já se tornou mais frequente, tendo sido realizado, respectivamente, em 51,7% e 51,6% dos nascimentos; no Centro-Oeste, o percentual foi de 48,8%; no Norte e no Nordeste, já se tornou a via de nascimento em quase um terço dos casos. Além disso, a percentagem de nascimentos por cesariana foi maior no meio urbano do que no rural (45,9% versus 35%) e se elevou com o aumento da escolaridade e da classificação

¹ De acordo com PAIM (2011), o sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, o subsetor privado e o subsetor de saúde suplementar, “com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais”.

* DATASUS – Departamento de informática do SUS [acesso em 24 novembro 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def>.

econômica, chegando a 61% entre os nascidos de mães com 11 ou mais anos de estudo e a 76,1% na classe AB. Mas foi no sistema privado de saúde (incluídos os convênios) que essa taxa atingiu seu ápice (80,8%), frente a 33,6% no sistema público.

Os dados de 2008 do Estado de São Paulo mostram que, dos 601,9 mil nascimentos ocorridos, 260,5 mil (43,3%) foram normais e 341 mil (56,7%) foram cirúrgicos. Partos normais são ainda mais raros nas regiões ao norte do estado de São Paulo, como nos Departamentos Regionais de Saúde de São José do Rio Preto, Araçatuba e Araraquara, onde, a cada 100 nascimentos, menos de 27 foram normais (FUNDAÇÃO SEADE, 2010). Esses números divergem sensivelmente daquele preconizado pela OMS, que considera como taxa máxima aceitável valores entre 10 e 15% de cesáreas, sendo que valores acima ou abaixo dos estipulados estariam colocando em risco de morte mulheres e seus bebês (ALTHABE e BELIZÁN, 2006).

Além disso, as melhores evidências científicas para assistência ao parto, publicadas há mais de duas décadas (Carta de Fortaleza), têm demonstrado que, com relação às intervenções, “quanto menos, melhor” (DINIZ, 2005; MERCER e col., 2007; ZHANG e col., 2010). Entre as recomendações, estão: liberdade de posições no parto, presença de acompanhantes, fim dos enemas, das raspagens e da amniotomia, abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto (DINIZ, 2005).

Com relação ao uso de tecnologia na assistência ao parto e nascimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 1996 uma classificação com base em evidências científicas: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou inefetivas a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada (RATTNER, 2009).

Apesar das evidências acima mencionadas, a assistência ao parto no país ainda hoje desconsidera as recomendações de tais estudos e caracteriza-se por um modelo intervencionista. Procedimentos obsoletos, dolorosos e arriscados, que deveriam ser abolidos da rotina dos serviços, continuam a fazer

parte da assistência, tornando o parto vaginal muito mais penoso do que o necessário (DINIZ, 2009).

Além disso, apesar de o Brasil ter incrementado nos últimos anos políticas públicas para melhorar a qualidade da assistência perinatal, com expansão da cobertura de ações de assistência à gravidez, ao parto e mesmo ao pós-parto, essas ações não estão tendo o impacto esperado na mortalidade materna, cuja redução não tem ocorrido, nem nas taxas de cesárea, que continuam aumentando.

Por fim, mas não menos importante, há evidências sobre a associação negativa entre cesárea e saúde no puerpério que vêm demonstrando que mulheres cujos filhos nasceram por meio cirúrgico apresentam maior risco para estresse, depressão pós-parto e dificuldades com a amamentação (BODNER e col., 2011; PEREZ-RIOS e col., 2008; VIEIRA e col., 2010).

É com base nesse contexto que se discutirá a seguir a literatura sobre a cesariana no Brasil, no que diz respeito ao desejo/à escolha/ao pedido da gestante e aos seus desdobramentos no puerpério.

1.2 O USO DE TECNOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PARTO

Entre os fatores relacionados às elevadas taxas de cesárea no Brasil está o uso de tecnologias inapropriadas na assistência à gestação e ao parto, motivo pelo qual partos de baixo risco acabam sendo acompanhados de forma excessivamente medicalizada, tendo como um dos desfechos as cesarianas.

A inovação tecnológica de equipamentos, técnicas e fármacos no campo da saúde é inegável. Procedimentos e tratamentos antes tidos como perigosos e/ou danosos foram altamente modernizados, aumentando sensivelmente sua margem de segurança. No entanto, esse rápido progresso da ciência trouxe não somente vantagens para a melhoria da qualidade da assistência à saúde em geral, como paralelamente criou uma “alta dependência” dos mesmos, substituindo o raciocínio clínico (TANAKA e ALVARENGA, 1999) e os processos fisiológicos, especialmente no que diz respeito à assistência ao parto.

Se, em um tempo não tão distante, mulheres e bebês morriam pela carência de técnicas mais seguras de cesarianas, procedimentos (como a transfusão de sangue) e medicações (como os antibióticos), atualmente, em países como o Brasil, mulheres e bebês podem também morrer ou sofrer os danos iatrogênicos intraparto do uso abusivo de tecnologias sobre a população de baixo risco (DINIZ, 2009). Essa prática vem criando outros paradoxos, tais como a pouca experiência dos obstetras na condução de pré-natais e partos de baixo risco, aumentando a chance de erros e diminuindo o número de profissionais experientes em práticas clínicas.

Um exemplo bastante atual do uso inapropriado de tecnologia na assistência ao parto e nascimento está na condução de pré-natais, sobretudo no sistema particular, e se refere à utilização de técnicas de ultrassonografias. GREWAL e col. (2010) conduziram um estudo na Austrália para verificar a utilização de ultrassonografia como instrumento de aferição da idade gestacional e dos riscos de sua utilização quando a data da última menstruação diferia da idade gestacional estimada pela ultrassonografia. Os pesquisadores concluíram que a discrepância da idade gestacional tem profunda implicação no aumento de cesáreas em nulíparas. O risco para esse desfecho aumentou em 10% quando a idade gestacional estimada pela ultrassonografia excedeu a estimativa da data da última menstruação em quatro (4) dias e em 60% quando a discrepância aumentou para 21 dias. Além disso, uma discrepância “negativa” (idade gestacional menor que a data da última menstruação) de sete (7) dias ou mais esteve associada significativamente ao aumento do risco para nascimentos de baixo peso.

Em contraposição, tem-se os serviços de assistência pré-natal que utilizam um modelo menos intervencionista, como, por exemplo, as Casas de Parto no Brasil (CPN), e que vêm apresentando melhores resultados – para a mãe e para o bebê. RIESCO e col. (2009) estudaram a produção científica a respeito das CPN e encontraram dados que mostram que o desfecho, tanto para a mãe quanto para o bebê, foram bastante positivos nesse modelo de assistência obstétrica (práticas menos intervencionistas no parto; práticas sabidamente benéficas no parto normal, segundo a Medicina Baseada em Evidências – MBE; posições não litotômicas, uso de partograma; presença de acompanhante; alto percentual de integridade perineal, entre outros). Achados

semelhantes foram descritos no estudo australiano de LAWS e col. (2010), sugerindo ser essa uma boa opção para gestantes de baixo risco.

Na assistência obstétrica no Brasil, tem-se a recusa por parte da comunidade médica em aceitar o consenso científico internacional, com a manutenção de procedimentos excessivos e desnecessários e, paradoxalmente, a proibição daqueles que são benéficos e mesmo de direito (como, por exemplo, o direito ao acompanhante, previsto na Lei do Acompanhante – Lei 11.108 –, ou recursos não farmacológicos de alívio da dor, previstos na Resolução RDC-36), conforme preconizado pela OMS, a partir da MBE, também conhecidos por “Recomendações da OMS”.

A superestimação dos benefícios da tecnologia e a subestimação dos efeitos adversos das intervenções são uma das principais características da assistência obstétrica no Brasil; ou seja, não basta investir na habilitação de profissionais para a assistência ao parto se não há uma adesão aos protocolos baseados em evidências científicas.

Isso significa que inovação, portanto, passa tanto pela incorporação de procedimentos efetivos e seguros, quanto pela desincorporação de procedimentos potencialmente danosos e arriscados para mulheres e bebês, como o uso rotineiro de episiotomia, a aceleração do trabalho de parto com ocitócitos, a amniotomia e a cesariana sem indicação médica precisa ou desnecessária (DINIZ, 2009).

1.3 A “CESÁREA A PEDIDO” COMO JUSTIFICATIVA PARA AS ALTAS TAXAS DE CESÁREA

Como visto, os nascimentos por cesariana no Brasil estão muito além do estipulado pela OMS, especialmente no sistema de saúde suplementar, e uma das explicações para esse fenômeno seria a “cesárea a pedido” da mulher (D’ORSI e col., 2006; DRUZIN e EI-SAIED, 2006; GAMBLE e CREEDY, 2000; HOPKINS, 2000; ROBSON e col., 2008). Esse termo vem sendo utilizado como um dos principais argumentos por parte dos médicos para justificar o alto número desse procedimento. No entanto, alguns estudos têm mostrado que há controvérsias a respeito desse fenômeno.

Desde 2001, data da publicação do estudo de POTTER e col. (2001), há evidências de que a preferência da maioria das mulheres que sofreram cesárea nos setores privado e público (70% a 80%), antes do nascimento, era pelo parto vaginal, dado confirmado por outras pesquisas (D'ORSI e col., 2006; DIAS e col., 2008; HAINER e KOWALCEK, 2011; PERPÉTUO e col., 1998).

Em estudo mais recente, de 2008, POTTER e col. identificam que grande parte das cesáreas foi realizada por causas médicas não justificadas, especialmente entre as mulheres que, durante o pré-natal, tinham declarado preferência pelo parto normal. “Os autores sugerem que os médicos frequentemente persuadem suas pacientes a aceitar uma cesariana programada por razões que não existem ou que não justificam este procedimento”, conforme apontado por AMORIM (2011) em *site* sobre maternidade voltado para o público não acadêmico.

BARBOSA e col. (2003) afirmam que “parece ainda não estar totalmente introjetada nas mulheres” a referência de que a cesariana seria a melhor opção de parto. “A justificativa da ‘cesárea a pedido da mulher’, habitualmente relatada pelos profissionais de saúde, parece refletir mais uma cultura médica do que uma real preferência das parturientes”.

FAÚNDES e col. (2004), em estudo a respeito da opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto, conclui:

o conceito de que a principal causa do aumento na taxa de cesárea é o respeito dos desejos das mulheres por parte dos médicos não tem sustentação na opinião declarada pelas mulheres. Uma melhor comunicação entre médicos e mulheres grávidas talvez possa contribuir para melhoria da situação atual.

Em resumo, a “escolha” é respeitada quando o desejo é pela cesariana, mas não quando o desejo é pelo parto normal.

Isso explica por que um grande número de primíparas está dando à luz por meio de uma cesárea que não foi desejada inicialmente. Essa experiência, além de frustrante, acarreta um maior comprometimento físico e emocional durante o nascimento e o puerpério e aumenta a chance de a mulher ter complicações futuras e sofrer outra(s) cesárea(s) em gravidezes seguintes (SAKAE e col., 2009).

Entre os fatores que levam os obstetras a defender a cesárea e, inclusive, a persuadir as mulheres a realizarem esse procedimento está o conflito de interesses embutido nesse fenômeno. O excerto a seguir foi retirado do Editorial da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (MARTINS-COSTA e RAMOS, 2005):

Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra.

Esse procedimento agendado previamente (ou “criteriosamente” indicado por grande parte dos obstetras) coloca em evidência um modelo de conveniência que deixa muito claro o conflito de interesses por trás da indicação, já que esta permite ao obstetra organizar sua agenda pessoal e profissional e aumentar o número de pacientes atendidas no consultório e no hospital. Vale lembrar que o recebimento de honorários se dá em função do número de pacientes/procedimentos realizados, tanto no sistema suplementar quanto no público (CAETANO, 2008; DIAS, 2008).

Esse fenômeno, inclusive, cunhou um termo muito conhecido entre os profissionais, “limpar a área”, que significa acelerar o trabalho de parto artificialmente ou interrompê-lo com uma cesárea ainda durante o seu plantão, deixando para o próximo colega a “área limpa” de gestantes e garantindo para si o recebimento dos honorários pelo atendimento daquelas mulheres (DINIZ, 2006).

Ainda com relação à escolha pela cesárea, observa-se um “consenso” de que as mulheres atendidas pelo sistema particular têm condições de decidir sobre o tipo de parto (parto normal ou cesárea), enquanto aquelas atendidas pelo sistema público não têm, como visto na afirmação a seguir feita por CECHIN e col., (2008): “[a]ssim, a maior taxa de cesariana entre as mulheres com plano de saúde pode ser justificada pela opção das mesmas – induzidas ou não pelo profissional”. Portanto, as mulheres do sistema de saúde suplementar estão tendo uma menor chance de escolha da via de parto e de respeito ao seu desejo no quesito assistência ao parto.

DIAS (2008) faz a seguinte consideração a esse respeito:

Como explicar o fato de que as gestantes que têm piores condições de vida, de acesso aos serviços de saúde e de instrução tenham taxa de cesariana cerca de 50% menor do que a população de grávidas mais favorecida economicamente, com maior nível de instrução e maior acesso aos serviços de saúde? Como justificar que embora cerca de 70% das mulheres atendidas neste setor desejem o parto normal como desfecho da gestação e apenas cerca de 10% consigam ter seus desejos atendidos. Que fatores estariam sendo conjugados a ponto de afetar tão intensamente a assistência a este grupo de gestantes?

Para responder a essas questões, retoma-se um estudo de CAETANO (2008) que chama a atenção para os dados de pesquisa realizada em 2002 nos municípios de Recife e Belo Horizonte. Seus resultados demonstram que, ao se comparar mulheres com parto normal e mulheres com cesáreas, foi identificada uma maior chance de cesariana para múltiparas, usuárias de hospital privado, mulheres sem preferência pela via de parto e mulheres que eram acompanhadas pelo mesmo médico durante a gravidez e o parto.

Considerando a oferta dos médicos, no setor privado, se observa o poder de convencimento médico que resulta em cesarianas em mulheres com preferência para o parto vaginal. No setor privado, os determinantes da oferta dos médicos pela cesárea se relacionam tanto com a conveniência quanto com a falta de treinamento para o parto normal. Além disso, a organização do atendimento no setor privado (individualizando), bem como a baixa remuneração do parto normal, desfavorece [o procedimento].

Nesse contexto, torna-se de grande importância a compreensão do fenômeno de cesáreas que não foram desejadas ou consideradas satisfatórias pelas mulheres e os efeitos desse evento no puerpério segundo o seu relato.

1.4 CESÁREA A PEDIDO – VARIAÇÕES DE UM MESMO TEMA

Inicialmente, será feita a diferenciação entre **cesárea eletiva** e **cesárea indicada intraparto**, em ambos os casos a partir da perspectiva da indicação do médico ou do pedido da gestante. Esses são fenômenos aparentemente diferentes, que possuem especificidades, mas que estão intimamente relacionados na sua origem e nos desfechos pós-parto.

Quando se fala de **cesárea eletiva**, encontram-se na literatura duas possibilidades: por indicação médica ou a pedido da gestante. No primeiro caso, trata-se da cesariana que é formalmente indicada por uma situação específica e anterior à entrada da mulher em trabalho de parto; por exemplo,

nas situações de placenta prévia total ou de infecção aguda/presença de lesões ativas de herpes genital. Outras situações, tais como distócia ou falha na progressão do parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal, apresentação pélvica, de face e córmica, cesárea anterior, frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, presença de mecônio e centralização fetal, não são indicações absolutas de cesáreas (AMORIM e col., 2010a), mas podem ser situações que levem a uma indicação intraparto².

Portanto, a rigor, essas seriam as situações em que a cesárea, quando (bem) indicada, deveria ser a via de nascimento, o que deveria corresponder a cerca de no mínimo 10 e no máximo 15% dos nascimentos. No entanto, o que se observa no Brasil é um número alto de cesarianas eletivas. Na PNDS foi observado que os partos cirúrgicos previamente marcados corresponderam a 48,3%, sem diferenças estatisticamente significantes entre regiões, chegando a mais de 80% no setor suplementar.

Esse fenômeno está relacionado, sobretudo, ao sistema suplementar, e possui diversas explicações, como visto anteriormente: o fato de a cesárea tomar menos tempo e ser considerada mais conveniente pelos médicos do que o parto vaginal (PERPÉTUO e col., 1998), a superestimação da segurança da tecnologia e a subestimação dos seus riscos (uso inapropriado da tecnologia – DINIZ, 2009), a formação intervencionista dos médicos obstetras e as deficiências de treinamento na condução de partos, o medo de processo criminal por imperícia e a remuneração, entre outros fatores. Esses mesmos fatores explicam também a **cesárea intraparto por indicação médica**.

Por outro lado, a observação clínica evidencia uma variação da modalidade cesárea eletiva que é feita **a pedido da gestante**. Vários estudos têm sido realizados a fim de se descrever esse fenômeno. Em estudo australiano de 2008, ROBSON e col. identificaram que entre os fatores que levaram gestantes à escolha por cesárea eletiva está a preocupação com relação aos riscos para o bebê (46,2%), seguida pela preocupação com relação a traumas vaginais (25,6%). Dados semelhantes foram encontrados em

²Embora uma parte dos nascimentos por cesárea seja necessária por razões médicas, é também sabido que uma grande parte tenha sido medicamente desnecessária, especialmente porque os índices desse procedimento são maiores para a clientela privada/conveniada que possui características que diminuem a probabilidade de ocorrência de condições de risco para as quais estaria indicada uma cesariana (PATAH e MALIK, 2011).

estudo sueco (WEISMAN e col., 2010), cujos resultados para escolha de cesárea a pedido foram tocofobia e ansiedade com relação à saúde do bebê e à própria saúde.

FAÚNDES e CECATTI (1991) discutem que, entre os possíveis determinantes das altas taxas de cesárea no país, estão, além da questão da esterilização³, a preferência das mulheres pela cesárea, como forma de evitar a dor do trabalho de parto e do próprio parto, e a crença, bastante refutada pelos estudos mais atuais (DIAS e col., 2008), de que o parto vaginal representaria um maior comprometimento da anatomia e fisiologia da vagina – portanto, da vida sexual da mulher – e maior risco de complicações para o bebê (PERPÉTUO e col., 1998).

Além disso, estudos demonstram que a cesárea eletiva, quando comparada ao parto normal espontâneo, está associada a maior morbidade do bebê e da mãe, e a pior relação mãe-bebê. Um estudo canadense conduzido por LIU S e col. (2007) demonstrou que cesáreas planejadas estão associadas a riscos significativamente aumentados de complicações pós-parto graves, tais como hemorragia que requer histerectomia, parada cardíaca, tromboembolismo venoso e infecção grave, quando comparadas a partos vaginais planejados.

Um outro estudo canadense, conduzido por CHALMERS e col. (2010), identificou que mulheres que tiveram cesáreas experimentaram mais intervenções durante o parto e nascimento, incluindo monitoramento eletrônico fetal contínuo e indução do parto, bem como aumento de resultados adversos, avaliações menos positivas do parto e nascimento, bebê prematuro, admissão do recém-nascido em UTI neonatal e maior tempo de internação, quando comparadas aos resultados de mulheres que tiveram um parto vaginal.

Retornando aos fatores mencionados por FAÚNDES e CECATTI (1991), estes nos remetem a uma discussão a respeito da *tocofobia*, que foi um dos resultados identificados pelo estudo australiano. A definição mais comum de tocofobia seria um medo irracional do parto. No entanto, é importante analisar e compreender o que estaria por trás desse “medo irracional”, o que

³ Na época, uma das grandes motivações para se realizar uma cesárea eletivamente era a laqueadura pós-parto (ligadura de trompas), que foi proibida em regulamentação de fevereiro de 1999 (CAETANO AJ, 2008), apesar de ainda hoje haver indícios de que continuam sendo realizadas.

nos levaria à conclusão de que, da forma como a assistência ao parto está organizada, não há nada de irracional nesse medo; pelo contrário, ele é bastante apropriado.

O mesmo receio que levaria mulheres a pedirem por cesáreas eletivas leva mulheres em trabalho de parto a pedirem por uma cesárea. Com isso, chega-se ao fenômeno da **cesariana intraparto a pedido da gestante**.

Grupos de usuárias organizadas [no Brasil] acreditam que para tornar o abuso de cesáreas aceitável, é fundamental manter o parto vaginal o mais doloroso e danoso possível, se preciso negando as evidências científicas... (DINIZ, 2009).

A cesárea, portanto, seria o único recurso de humanização, no sentido de escapar do tratamento desumano – à disposição para solucionar o medo e o sofrimento das gestantes durante o trabalho de parto.

Esse medo e esse sofrimento são consequências de um modelo de assistência limitado pela falta de atenção às evidências sobre a segurança e o conforto dos procedimentos e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correccional dirigida às parturientes, a saber: indução ou aceleração com ocitocina (procedimento que, em geral, faz ultrapassar o limite de suportabilidade da dor), episiotomia, uso de fórceps em mulheres no primeiro parto (primíparas) (DINIZ, 2004; 2009), aceleração artificial do parto por meio do uso rotineiro da ocitocina, da rotura artificial das membranas, do descolamento manual das membranas, da redução manual do colo e da manobra de Kristeller (pressão fúndica).

Além disso, essas intervenções ocorrem com a gestante imobilizada em posições desconfortáveis no período expulsivo, sem privacidade, geralmente sem acompanhante e submetida a instruções potencialmente danosas de puxo dirigido (“faça força”), não raro ameaçada de resultados adversos caso não obedeça (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011).

Esse modelo traz consigo as marcas da violência institucional da assistência à gestação e ao parto – também chamada de violência obstétrica (AGUIAR e D’OLIVEIRA, 2011) – fazendo com que a cesariana se torne a maneira mais rápida e segura de se evitar passar por uma situação pautada por dor, medo, humilhação e desrespeito, o que pode ser entendido como a base da tocofobia.

1.4.1 Informação e escolha

Um fator importante e que vem sendo muito discutido na literatura – o empoderamento da mulher – diz respeito à falta de informação. Por meio dos relatos de mulheres a respeito das decisões sobre seu parto, frequentemente se percebe que os médicos consideram desnecessário e mesmo desaconselhável provê-las de informações básicas durante o pré-natal, tornando-as vulneráveis quanto às decisões e com relação à sua participação no processo. LINO (2010), em estudo a respeito de partos típicos e não típicos, identificou inúmeros relatos de obstetras e de mulheres que confirmam esta afirmação: *“por que você está tão preocupada com o parto? Eu acho que você devia se preocupar com a decoração do quarto, com as roupas do bebê, deixa que do parto cuida eu”*.

No início da gestação, os médicos ressaltam os benefícios do parto normal, mas reforçam que tudo irá depender de como as coisas forem se encaminhando durante a gravidez e o trabalho de parto.

No decorrer do pré-natal, o obstetra realiza diversos exames a fim de detectar a normalidade da gestação e verificar a não existência de situações “críticas” para sua condução, como prováveis desproporções cefalopélvicas diagnosticadas por ultrassom, circulares de cordão, placentas calcificadas (também referidas como placenta “madura”, em alusão aos graus I, II e III de calcificação), diminuição do índice de líquido amniótico (ILA), entre outras situações que corriqueiramente são justificativas para cesárea.

O desconhecimento das mulheres com relação às melhores evidências para assistência ao parto e quanto a real necessidade ou não de se submeter a esses exames (levando em conta que se trata, em sua maioria, de gravidezes de baixo risco), além da crença de que o padrão-ouro da medicina seria submeter-se a exames e tecnologias que detectam precocemente desvios, quando associados à formação intervencionista e tecnocrática dos médicos para condução de pré-natais e aos conflitos de interesses (honorários médicos x tempo dedicado para se acompanhar um trabalho de parto), levam ao que SODRÉ (2010) refere como sendo o “conto do parto normal”, versão obstétrica

do “conto do vigário”, processo pelo qual tantas mulheres são induzidas por seus obstetras à cesárea indesejada e desnecessária.

A gestante, fragilizada pela desinformação e submetida a uma relação de poder estabelecida no diálogo com seu médico, muitas vezes inibe qualquer questionamento quanto à decisão do profissional, em especial se existe uma grande diferença econômica e cultural (DIAS e col., 2008). Ela acredita que poderia ter o parto normal até o momento em que tem uma indicação de cesárea (que também ocorre intraparto) ou toma conhecimento da prática predominante de cesarianas de seu obstetra, o que frustra suas expectativas (SODRÉ, 2010).

Desse modo, compreende-se que a cesárea (indicada ou a pedido) é um fenômeno bastante complexo, com origens diferentes, mas que evidencia a falta de informação, o medo e a ansiedade com relação ao parto, ora gerado pelo desconhecimento, ora pelo modelo de assistência.

1.5 CESÁREA INDESEJADA

Para entender o conceito de cesárea indesejada e suas implicações no pós-parto, será feita uma revisão da literatura a respeito de satisfação com relação à experiência de parto e nascimento e de estudos que demonstram associação entre cesárea e resultados perinatais.

HODNETT (2002), em importante revisão sistemática a respeito de dor e satisfação com a experiência do parto, inicia sua revisão crítica da discussão da seguinte forma (grifos feitos pela pesquisadora): “Acredita-se que, o que de fato importa, é se mãe e bebê são saudáveis, a satisfação com a experiência de nascimento tem importância secundária.”

Há um consenso de que se mãe e bebê estão “saudáveis”⁴ após o nascimento, o resultado final e desejado se concretizou e o parto deve ser avaliado como um sucesso, limitando-se a considerar que a experiência do parto, em si, é irrelevante. “*O parto ideal/parto bom é aquele em que mãe e*

⁴ O termo “saudável” deve ser lido a partir da perspectiva de que o “normal” é mãe e bebê “vivos” e com dores e desconfortos “naturais” e “esperados” em um parto. Segundo DINIZ (2005), é o dano iatrogênico inviabilizado e redescrito como associado ao processo fisiológico e não às intervenções.

bebê ficam bem” é o que comumente dizem os ginecologistas a respeito de qual parto é o melhor, desconsiderando os meios pelos quais se chegou àquele desfecho. O nascimento, portanto, um evento social repleto de expectativas para aquela família, perde essa característica quando o resumimos apenas a “mãe e bebê vivos e saudáveis”.

Em seu estudo, HODNETT (2002) buscou os fatores que influenciam a valorização da experiência do nascimento por parte das mulheres, em revisão sistemática de 137 estudos, e identificou quatro fatores como fundamentais: *expectativas pessoais, suporte recebido dos cuidadores, qualidade da relação cuidadores-pacientes e envolvimento nas decisões em relação ao parto.*

Segundo a autora, esses fatores parecem ser tão importantes que suplantam a influência de demais fatores (idade, condição socioeconômica, etnia, preparação para o parto, ambientação física do local de parto, dor, imobilidade, intervenções médicas e continuidade do cuidado), quando mulheres avaliam a experiência do nascimento de seus filhos. A própria influência de dor, alívio da dor e intervenções médicas intraparto não é tão óbvia, ou direta, ou poderosa quanto a influência das atitudes e dos comportamentos dos cuidadores sobre a satisfação subsequente (HODNETT, 2002).

Para compreender de que forma as expectativas influenciam a valorização positiva de um parto ou de uma cesárea, tomemos como exemplo os resultados obtidos pelo estudo publicado pelos pesquisadores australianos ROBSON e col. (2008). Nele, foram analisadas as motivações que influenciavam as mulheres na decisão por uma cesárea eletiva a pedido e sua satisfação com a opção escolhida para o nascimento de seus filhos, tendo como resultado 80% de entrevistadas⁵ avaliando-o de forma positiva.

Se analisarmos os resultados de ROBSON à luz dos fatores indicados por HODNETT (2002), podemos supor que, independentemente da qualidade da informação recebida pela mulher, dois dos quesitos levantados pela autora como fatores fundamentais na valorização da experiência de nascimento foram

⁵Os autores reforçam que o objetivo primeiro do estudo era determinar por que as mulheres escolhem cesárea eletiva e não o quão satisfeitas estão, e que não há necessariamente uma conexão entre os motivos da escolha e o nível de satisfação, o que requereria um estudo mais aprofundado.

respeitados: *expectativas pessoais e envolvimento nas decisões em relação ao parto*. O próprio autor sugere, com base em estudo anterior de MOULD e col. (1996), que

a mulher reporta alto nível de satisfação com a cesárea quando ela tem um papel ativo na decisão, um reconhecimento de que somente o paciente sabe sobre sua experiência, de doença, circunstâncias sociais, hábitos e comportamentos, atitudes de riscos, valores e preferências.

Atualmente, vários estudos vêm demonstrando que mulheres que dão à luz por meio de cesáreas não planejadas relatam com mais frequência uma experiência de parto negativa do que mulheres que dão à luz por meio de partos e cesáreas planejados. No entanto, não está claro se essa associação está relacionada à frustração pela via de parto ou aos eventos que levaram à cesariana não planejada, fato que merece ser melhor estudado (BLOMQUIST e col., 2011).

O que é sabido, de fato, é que, no que diz respeito a nascimentos e partos, baixa satisfação materna e experiências negativas de nascimento aumentam a probabilidade para cesáreas futuras e estão mais fortemente associadas a uma avaliação negativa do parto e dificuldade de amamentação (AYERS e PICKERING, 2001; STADLMAYR e col., 2004; WIKLUND e col., 2007; WALDENSTRÖM U, 2004b).

Em estudo sobre por que algumas mulheres mudam de opinião a respeito do parto ao longo do tempo, verificou-se que a mudança de avaliação após um período, de positiva para menos positiva, principalmente para “sentimentos mistos”, foi associada, entre outros fatores, ao parto difícil, ao trabalho de parto doloroso, à cesariana e à insatisfação com a assistência durante o parto.

Com isso, pode-se considerar que, entre os fatores que possivelmente estão relacionados a uma cesárea indesejada, está não apenas a frustração da expectativa e/ou planejamento de um parto normal, mas, também, não ter recebido suporte, não ter tido uma relação de qualidade com os cuidadores e não ter sido envolvida nas decisões.

Em se tratando da realidade brasileira, portanto, não é difícil identificar cesáreas consideradas indesejadas pelas mulheres – sobretudo em um contexto que envolve um pré-natal baseado numa concepção de obstetrícia

intervencionista e tecnocrática, muitas vezes, com uma tentativa prévia de parto vaginal repleta de intervenções desnecessárias, dolorosas e potencialmente danosas, desrespeitando o direito da mulher ao acompanhante, com relações cuidadores-pacientes permeadas pela banalização da violência institucional (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011), com práticas discriminatórias e tratamento grosseiro, e nascimentos cujos desfechos apresentam maiores chances de morbidade (para a mulher e para o bebê).

Além disso, é preciso se considerar que, para além do exposto acima, mulheres que passaram por uma cesárea referem maiores complicações no pós-parto (BODNER e col., 2011; CHALMERS e col., 2010), menor contato com seus bebês (CHALMERS e col., 2010), maior dificuldade com a amamentação (BODNER e col., 2011; PEREZ-RIOS e col., 2008; VIEIRA e col., 2010; ZANARDO e col., 2010; CHALMERS e col., 2010), um maior risco para depressão pós-parto e aumento de sinais de estresse (WALDENSTRÖM e col., 2004).

Em resumo, há que se considerar que as evidências científicas a respeito do que seria “um bom parto” para mulheres e bebês apontam não só para indicadores de preservação de saúde e de integridade (física e emocional), mas também para o respeito ao desejo e aos direitos da mulher e aos direitos do bebê.

O melhor desfecho para uma mulher saudável e para seu bebê seria, primeiramente, o respeito ao seu desejo de parto (trabalho de parto, parto e pós-parto). Paralelamente a isso, a oferta do que há de melhor em termos de assistência obstétrica, à luz das evidências científicas, considerando-se os níveis de riscos daquela gestação e daquele parto, ou seja, a condução de todo o processo de nascimento sem utilização de intervenções rotineiras (DIAS e col., 2008).

Para isso, deve-se considerar que uma experiência de “bom parto” significa não só uma mãe “saudável” (ou viva), como também a evitação do uso de intervenções que levam a cicatrizes físicas (cesárea ou episiotomia) e emocionais (sentimentos de abandono, de medo e insegurança, falta de apoio, comportamentos que elevam o nível de estresse), sem limitações funcionais para seu autocuidado (alimentação, higiene, excreção etc.) e para os cuidados com o bebê (banho, troca, amamentação etc.), bem como um bebê saudável,

apto para ir ao colo da mãe desde o primeiro momento do nascimento, recebendo, no colo, as intervenções que porventura se fizerem necessárias, sem necessidade de monitoramento e auxílio de tecnologia para sobreviver (respirar, alimentar-se) e que possa ser amamentado e cuidado pela sua família desde o primeiro minuto de nascimento.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Esta pesquisa tem como objetivo descrever e analisar a experiência da cesárea indesejada e a dinâmica do processo que produz a discrepância entre o desejo original (o parto normal) e o desfecho (a cesárea indesejada), tomando como referência a literatura atual que sugere que a preferência da maioria das mulheres nos setores privado e público (70% a 80%), antes do nascimento, é pelo parto vaginal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever e analisar como as mulheres definem o que é uma “cesárea indesejada” a partir de sua própria experiência.
- Descrever e analisar a expectativa das usuárias sobre via de parto e como tal expectativa é construída.
- Descrever e analisar a informação oferecida às gestantes sobre benefícios, riscos e efeitos adversos das intervenções no parto e de cesarianas.
- Descrever e analisar a experiência das usuárias sobre as decisões relativas a intervenções tomadas no pré-natal, parto e pós-parto.
- Descrever e analisar a percepção das mulheres sobre a relação entre cesárea indesejada e puerpério, a saber, aleitamento materno, recuperação cirúrgica, depressão pós-parto, formação do vínculo e retomada da vida no pós-parto.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, orientada pela perspectiva de gênero, que pretendeu, por meio de um roteiro flexível de questões, abordar a experiência de mulheres que passaram por uma cesárea considerada indesejada, tal como definida pelas próprias mulheres.

Esta pesquisa tomou como referência a literatura atual que refere que a preferência da maioria das mulheres nos setores privado e público (70% a 80%), antes do nascimento, é pelo parto vaginal (D'ORSI E e col., 2006; DIAS MAB e col., 2008; HAINER F e col., 2011; PERPÉTUO IHOP e col., 1998; POTTER JE e col.; 2001) e que há uma relação entre cesárea e saúde no puerpério, sugerindo que mulheres que sofreram uma cesárea apresentam maior risco para estresse, depressão pós-parto e dificuldades com a amamentação (BODNER e col., 2011; PEREZ-RIOS e col., 2008; VIEIRA e col., 2010; WALDENSTRÖM e col., 2004; ZANARDO e col., 2010).

Considerando-se que o conceito de cesárea indesejada é um termo pouco descrito e divulgado no meio científico, entendeu-se que uma pesquisa exploratória possibilitaria não só aprofundar o conhecimento a respeito desse fenômeno, mas também descrever os eventos associados, a partir do relato da própria mulher.

Desse modo, uma abordagem qualitativa possibilitaria aquilo que FONTANELLA e col. (2006) referem como sendo a “*compreensão científica de fenômenos*”:

Enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde necessitam, com frequência, ampliar a compreensão científica de fenômenos acerca da vida e da doença, tais como vivenciados e simbolizados por seus pacientes. Consequentemente, eles passam a assumir o papel específico do clínico-investigador. Estes profissionais partem da premissa de que seus pacientes detêm experiências de vida e informações específicas que lhes ajudarão a compreender profundamente vários problemas de saúde e de vida, então focalizados para uma investigação clínico-psicológica.

Na grande maioria das pesquisas qualitativas, o pesquisador encontra-se “frente a frente” com o entrevistado/paciente, atento não apenas para as manifestações verbais, como também para as não verbais ou paraverbais (FONTANELLA e col., 2006).

Diferentemente, esta pesquisa propõe um novo desenho metodológico, pautado em uma característica muito importante constatada na observação inicial do fenômeno investigado: é nas ferramentas de mídias sociais (Facebook, comunidades do Orkut, *blogs*, Twiter, listas de discussão etc.) que um número crescente de mulheres está compartilhando seus sentimentos com relação à maternidade – seus medos com relação ao parto, suas insatisfações com relação à forma de nascimento e suas dificuldades com os cuidados consigo, com o bebê, com a amamentação, com o retorno ao trabalho, entre outros assuntos relacionados à gestação, ao parto e ao pós-parto.

Foram identificados diversos estudos, não somente no Brasil, que buscaram compreender de que forma as mulheres estão utilizando os recursos da internet e, mais precisamente, das mídias sociais (listas de discussão, *blogs*, *sites* etc.) como meio de compartilhamentos de experiências e informações (BRAGA, 2008; BRAGA, 2004; PINHEIRO, 2011; MADGE e O’CONNOR, 2005).

Uma vez definido “onde” encontrar os sujeitos do estudo, passou-se para a questão seguinte, que se referia a “como” realizar a coleta de dados, já que essas mulheres estão geograficamente distantes, porém, experimentando certa proximidade em função das ferramentas de mídias sociais. Considerando-se que a realidade da cesárea indesejada não é privilégio de uma ou outra região, e que as mulheres presentes nas mídias sociais possuem endereço de e-mail próprio e fluência na utilização de recursos digitais, optou-se por realizar a coleta de dados por meio do preenchimento de um roteiro de questões semiestruturadas enviado por e-mail.

Alguns estudos (BULGACOV e VERDU, 2001; CARRARO e col., 2003; ARAUJO e col., 2006; WHITAKER e col., 2009; CORBELLINI e col., 2010; DELAI e WISNIEWSKI, 2011; GONTIJO e col., 2010) têm se utilizado do e-mail como instrumento para obtenção de informações, sempre avaliando muito bem as possibilidades e limitações desse recurso antes de considerá-lo como opção (SIMSEK, 1999).

São recentes os estudos encontrados que utilizam o e-mail como forma de contato com o público pesquisado. Uma parte deles tem se utilizado de *surveys* e/ou instrumentos com questões fechadas (WHITAKER e col., 2009; CORBELLINI e col., 2010; DELAI e WISNIEWSKI, 2011; GONTIJO e col., 2010). Outra parte tem utilizado instrumentos mistos (questões fechadas e abertas – DELAI e WISNIEWSKI, 2011) ou somente questões abertas, a exemplo do utilizado nesta pesquisa (BULGACOV e VERDU, 2001; BECK, 2005).

Nesses estudos levantados, à exceção de um deles datado de 2001, não houve menção a baixo número de respondentes ou a dificuldades na utilização dessa ferramenta para contato, levando a crer que talvez a limitação indicada no referido estudo esteja mais relacionada ao momento em que este ocorreu, época em que os recursos da web não estavam disseminados como estão atualmente.

Para esta pesquisa, que pretendeu fazer um primeiro levantamento a respeito do conceito de cesárea indesejada nesta comunidade de mulheres, houve em um primeiro momento o receio de perder uma parte desses dados, mais especificamente aqueles que dizem respeito a linguagens não verbais/paraverbais. No entanto, os resultados surpreenderam positivamente não apenas pela profundidade das reflexões realizadas, como também pela riqueza de detalhes sobre a experiência e as emoções vividas.

Esse também foi um dos resultados encontrados por BECK (2005) em seu estudo sobre parto traumático e os benefícios, para a mulher, de participar de entrevistas via internet. Entre os resultados encontrados, estão: ser ouvida e reconhecida por alguém experiente; perceber que não está sozinha; escrever sua história de nascimento/de trauma como forma de elaboração dos fatos e dos detalhes do ocorrido; o sentimento de que, agora que está tudo escrito e registrado, pode-se deixar o sentimento “ir embora” (“let it go”); sentir-se empoderada, sentir que alguém lhe “deu voz” (ou a escutou) e sentir que está ajudando outras mulheres por meio do relato de sua experiência.

É importante ressaltar que os resultados desta pesquisa não pretendem ser generalizáveis para a população brasileira, mas sim para um grupo específico de mulheres que possuem acesso aos meios digitais e os utilizam como ferramenta de comunicação. Além disso, eles devem possibilitar

a descrição do fenômeno a partir dos relatos fornecidos pelas mulheres que responderam ao roteiro de questões, não perdendo de vista a definição de pesquisa qualitativa de MINAYO (1995): “Ou seja, com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

3.2.1 A escolha dos sujeitos de pesquisa

Um dos aspectos que impulsionou este estudo foi a observação do grande número de relatos de mulheres, nas mídias sociais, que referem ter desejado um parto normal e terem se sentido frustradas por ter tido uma cesárea, ou que chamam a atenção de outras usuárias para as dificuldades e os desafios de se conseguir um parto normal em nossa atual realidade obstétrica, sobretudo nos sistemas privado e suplementar. Soma-se a isso o grande número de discussões, nas mais variadas mídias, a respeito de vaginal *birth after cesarean*/VBAC (em português, parto normal após cesárea/PNAC), o que tem contribuído para a formação de uma importante rede de apoio às mulheres que desejam um parto normal após uma ou mais cesáreas.

O que se visualiza atualmente é que o termo “cesárea indesejada” não é exatamente a forma utilizada pelas mulheres para se referir à sua experiência nesses canais, mas sim expressões que sugerem que a cesárea não foi desejada, como por exemplo: “eu tentei o parto normal” ou “eu não queria uma cesárea” ou “me preparei para o parto normal, mas virou cesárea”. Dessa forma, pode-se considerar que fazer uma chamada sobre “cesárea indesejada” seria introduzir um novo conceito também nessas redes.

Sendo assim, à época da seleção dos sujeitos participantes, e considerando-se que este formato de pesquisa já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP (com utilização de recursos web), optou-se por fazer um convite via Facebook, dirigido a mulheres que considerassem ter tido uma cesárea indesejada (“cesárea indesejada autorreferida”) ou possuísem um “relato de parto”

VBAC/PNAC publicado na web, e que desejassem participar da pesquisa, para que entrassem em contato via e-mail com a pesquisadora.

O convite foi publicado no “mural”⁶ da pesquisadora e “compartilhado”⁷ em diversos murais de “amigos”⁸ e de amigos de amigos. Por esse motivo, não é possível obter o número total de “compartilhamentos”, uma vez que esse processo funciona como uma “bola de neve”. Além disso, foi constatado, por meio dos e-mails de retorno recebidos, que essa mensagem-convite foi publicada em outras mídias sociais, tais como listas de discussão, comunidade de Orkut e listas de universidades.

Em 30 dias foram recebidos 55 e-mails de retorno, que foram organizados em dois grupos iniciais: 33 e-mails de mulheres que se prontificaram a responder ao roteiro de perguntas sobre cesárea indesejada e 18 de mulheres que se ofereceram para disponibilizar o seu “relato de parto”. Todas as 18 mulheres que entraram em contato para disponibilizar o relato de parto enviaram o arquivo com o relato ou o endereço no qual ele havia sido publicado em alguma lista de discussão pública (eventualmente fechada com acesso via login/senha). Das mulheres que se dispuseram a preencher o roteiro de questões, 22 devolveram o roteiro preenchido; no entanto, dois roteiros foram considerados “perdas” e, portanto, não foram utilizados para análise: um questionário que foi impresso, respondido à mão, escaneado e enviado como imagem, o que inviabilizou sua análise, e outro que foi respondido de forma muito sintética (em termos de SIM e NÃO) e que não foi devolvido após a réplica.

Após o início da leitura e da análise do material recebido, houve a necessidade de uma nova convocação de mulheres, desta vez para preencher um roteiro de questões sobre *cesárea desejada*. Para tal, foi realizado o mesmo procedimento, obtendo-se 24 retornos em 10 dias. Destas mulheres, 17 responderam ao questionário enviado⁹.

⁶ MURAL: Conceito utilizado pelo Facebook para se referir ao conjunto de informações publicadas por um usuário para sua rede de contatos.

⁷ COMPARTILHAR: Conceito utilizado pelo Facebook para se compartilhar, em seu mural, uma informação publicada/disponível no mural de um amigo.

⁸ AMIGOS: Conceito utilizado pelo Facebook para se referir à rede de amigos de um usuário; para se tornar um “Amigo” é necessário ser convidado ou convidar outro usuário.

⁹ Para a versão final desta dissertação, ficou definido, junto à orientadora, que esta pesquisa não discutiria os dados relativos à cesárea desejada, por ter sido um campo menos explorado, tanto em termo da coleta de dados como de análise, o que poderia trazer

Ao final, portanto, foram organizados três grupos, a partir do material recebido: Grupo Cesárea Indesejada (CI, N=20), Grupo Cesárea Desejada (CD, N=17) e Grupo VBAC (N=18). Os Grupos CI e CD responderam aos respectivos roteiros de questões e o Grupo VBAC disponibilizou o arquivo ou o endereço do relato de parto disponível na web.

É importante frisar que todas as pessoas que responderam às mensagens-convite receberam as informações e as orientações iniciais sobre a pesquisa. Além disso, todas as mulheres que entraram em contato e passaram a compor os Grupos CI e CD receberam os respectivos roteiros e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por e-mail.

3.2.2 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Conforme mencionado anteriormente, a versão final desta pesquisa contou apenas com a análise dos dados referentes ao Grupo Cesárea Indesejada. Desse modo, apenas as informações referentes a esse grupo serão apresentadas a seguir.

No quadro 1 estão apresentadas as características sociodemográficas das mulheres que responderam ao questionário sobre a cesárea indesejada.

Quadro 1. Características sociodemográficas das mulheres que consideraram sua cesárea indesejada e que responderam ao questionário.

Nome	Idade (época da CI)	Estado civil	Nº de anos estudados	Estado	Sistema de saúde utilizado	Tipo de cesárea
Anita	28	casada	12 ou mais	RS	convênio	cesárea eletiva
Anne	26	casada	12 ou mais	AL	privado	cesárea intraparto
Clarissa	32	mora com companheiro	12 ou mais	BA	privado	cesárea intraparto
Cilene	28	casada	12 ou mais	SP	privado	cesárea eletiva
Carolina	17	casada	12 ou mais	SC	convênio	cesárea eletiva
Daiane	28	casada	12 ou mais	RJ	convênio	cesárea após indução
Denise	29	casada	12 ou mais	GO	convênio	cesárea intraparto
Elisa	33	casada	12 ou mais	MG	misto	cesárea após indução
Elena	28	casada	12 ou mais	RS	misto	cesárea eletiva
Flavia	33	casada	12 ou mais	SP	convênio	cesárea intraparto
Fabiola	30	mora com companheiro	12 ou mais	SP	misto	cesárea eletiva
Heloisa	41	casada	12 ou mais	SP	privado	cesárea após indução
Juliana	24	solteira	12 ou mais	SP	convênio	cesárea após indução
Julie	36	casada	12 ou mais	SP	público	cesárea após indução
Lívia	32	casada	11	SP	convênio	cesárea intraparto
Lorena	32	união estável não legalizada	12 ou mais	SC	misto	cesárea intraparto
Natalia	34	união estável	12 ou mais	SP	público	cesárea intraparto
Paula	27	casada	12 ou mais	PR	misto	cesárea intraparto
Regina	26	solteira	12 ou mais	SP	público	cesárea intraparto
Roberta	22	casada	12 ou mais	MG	público	cesárea após indução

Observa-se que essas mulheres apresentam a mesma faixa etária ($29,3 \pm 1,2$ anos de idade) e que a maioria delas é do estado de São Paulo (Gráfico 1), e/ou vivia, no momento de seu parto, na capital do seu estado.

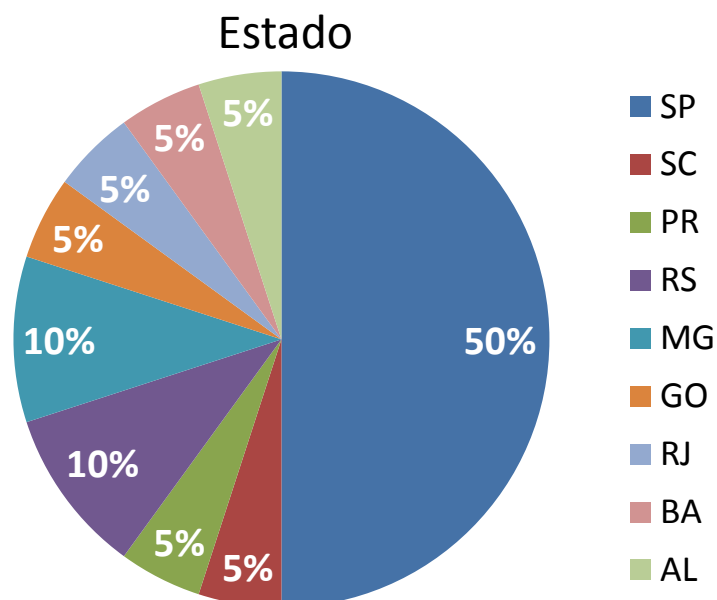


Gráfico 1. Distribuição (%) do estado onde ocorreu o nascimento nos grupos de mulheres que tiveram cesárea indesejada.

Com relação ao tipo de financiamento da assistência ao parto, temos que a maior parte das mulheres utilizou o convênio médico, seguido por uma assistência mista (parte pelo convênio e parte particular), pela rede particular e, por fim, pelo setor público.

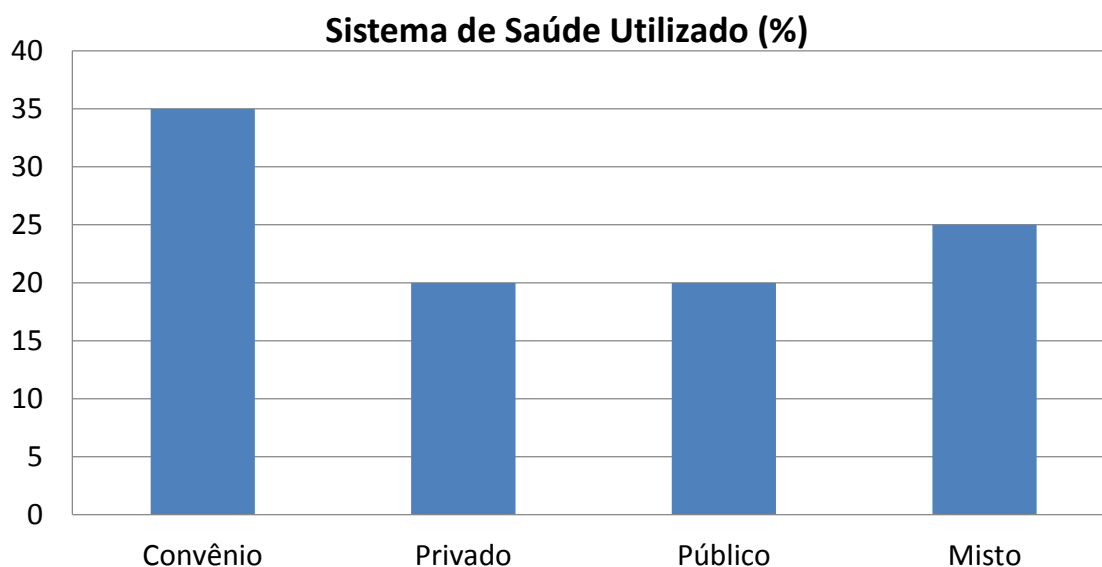


Gráfico 2. Tipo de financiamento do atendimento – público, privado, convênio ou misto.

3.3 COLETA DE DADOS

Para dar início à coleta de dados, inicialmente foi criado um endereço de e-mail específico para a pesquisa (cesareaindesejada@gmail.com). Em seguida, como já mencionado anteriormente, foi publicada uma mensagem-convite, pela pesquisadora, no seu Mural do Facebook, divulgando informações sobre a pesquisa e convidando dois diferentes grupos de mulheres a participar dela: mulheres que considerassem que sua cesárea fora indesejada e mulheres que possuíssem relatos de parto VBAC publicados na internet.

Conforme as mulheres foram entrando em contato, suas informações foram sendo organizadas em planilhas de controle¹⁰ criadas pela pesquisadora, em dois diferentes grupos: Grupo Cesárea Indesejada (CI) e Grupo VBAC, tornando possível o controle e a organização dos contatos que se seguiram.

Às mulheres que compunham o Grupo VBAC, foi solicitado que enviassem o endereço do *link* no qual o relato do parto VBAC estava publicado. Às mulheres que compunham o Grupo CI, foi solicitado que aguardassem a finalização do roteiro de questões.

¹⁰ Anexo 3

Em seguida, foi elaborado um instrumento em Word, caracterizado como um roteiro de questões, que pretendeu buscar informações variadas junto às futuras entrevistadas: o histórico familiar de partos e nascimentos; informações prévias à gestação; informações, desejos e escolhas durante a gravidez; histórico do pré-natal, do parto, do pós-parto e da amamentação; negociação junto aos profissionais de saúde; redes de apoio e, principalmente, relato dos sentimentos nas diversas etapas da gestação, parto e pós-parto, conforme Anexo I.

A etapa seguinte consistiu na aplicação desse instrumento em três momentos diferentes, o que caracterizou três grupos-piloto: um primeiro piloto com a própria pesquisadora, cujas respostas já apontaram importantes adaptações no roteiro, e dois outros grupos, cada um composto por quatro entrevistadas. As mulheres entrevistadas nos dois grupos-piloto foram gentilmente convidadas a comentar a respeito do instrumento, de forma a colaborar com a elaboração do seu formato final. Com base nas respostas dos grupos-piloto e dos comentários tecidos pelas mulheres, o roteiro foi revisto. Após a finalização dessa versão revista, o roteiro foi enviado para todas as mulheres que compunham o Grupo CI.

Conforme as respostas foram sendo recebidas, a pesquisadora realizou uma primeira leitura flutuante, preenchendo uma planilha que continha dados referidos como sociodemográficos e reprodutivos (idade, estado civil, anos de estudo, número de gestações, de perdas, de cesáreas e/ou partos etc.). Em seguida, foi realizada uma leitura mais detalhada, em que dúvidas e/ou perguntas adicionais foram sendo anotadas no próprio arquivo enviado pela entrevistada, utilizando-se para isso o recurso de revisão do Word.

Ao final, esse documento contendo as marcas de revisão da pesquisadora foi enviado novamente para a entrevistada, para que fosse respondido. Na grande maioria das vezes, considerou-se encerrado o preenchimento de informações com o recebimento das respostas (réplica), à exceção de duas entrevistas que exigiram uma tréplica.

Ao término da leitura do material, algumas questões adicionais surgiram e isso requereu contatos adicionais com todo o grupo. Todas as mulheres que responderam às questões iniciais contidas no instrumento

também responderam aos contatos posteriores, não havendo dificuldade de obter os dados necessários.

De posse do roteiro de questões, uma planilha para entrada de dados qualitativos foi criada¹¹, inicialmente contendo as categorias derivadas dos objetivos propostos – as categorias de análise elencadas *a priori*. No decorrer da leitura do material, novas categorias foram surgindo, em função da alta frequência com que apareceram nas respostas ou de alguma particularidade, exigindo que a planilha fosse sendo complementada para abarcar também as categorias surgidas *a posteriori*. Para tal, foram selecionados excertos que tratavam da categoria específica e estes foram sendo “colados” nas devidas colunas de categorias, ao lado do nome/codínome da entrevistada¹². Processo semelhante foi realizado para o Grupo Cesárea Desejada.

Uma vez que os dados estavam devidamente organizados em categorias (“planilhados”), trabalhou-se com o recurso de filtros e de busca (CTRL+L) para selecionar os dados desejados e fazer as análises mais específicas, tais como definir quais seriam os excertos utilizados e elaborar a apresentação dos resultados e a discussão.

3.4 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico obtido por meio do preenchimento dos roteiros de questões traz um desafio adicional que não passa apenas por “entender” a fala do sujeito, mas também por localizá-la e ressignificá-la a partir do contexto em que está inserida, das relações que o sujeito estabelece em seu meio, com seus interlocutores e com a própria pesquisadora.

Aliás, é necessário levar-se em consideração que a própria pesquisadora é uma mulher que considera a sua cesárea indesejada e que, por esse motivo, inevitavelmente “carrega” uma parte de sua experiência e dos sentimentos vividos para a relação com essas mulheres, bem como para a análise dos dados.

¹¹ Anexo IV

¹² Todos os nomes das entrevistadas, bem como dos profissionais e das instituições citadas, foram trocados ou suprimidos.

A análise temática do material empírico foi feita com base na perspectiva das relações de gênero, a partir do conceito proposto por DINIZ (2009):

(...) examinando os modelos típicos de assistência ao parto no SUS e no setor privado, as propostas de mudança voltadas à adoção de um cuidado mais baseado no respeito às evidências científicas e aos direitos das mulheres, e os conflitos de interesse e resistências à mudança. São examinados os pressupostos de gênero que modulam a assistência à saúde materna e os vieses de gênero na pesquisa neste campo, entre eles: a superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação ou invisibilidade dos efeitos adversos das intervenções.

Além disso, a fim de analisar alguns achados desse material, foi utilizada como referencial teórico a produção científica de uma autora que vem contribuindo significativamente para a compreensão dos fenômenos estudados.

GUTMAN (2011) vem tratando com autoridade de diversos aspectos que envolvem a maternidade: parto, amamentação, pós-parto, depressão pós-parto etc.

O parto deveria ser revelador, no sentido de que cada mulher deveria ter a possibilidade de parir da maneira mais próxima daquilo que ela **é em essência**. São poucas as mulheres que conseguem se ver refletidas no parto que acabam de atravessar. Os partos não são bons nem ruins, mas a vivência de cada mãe é fundamental para a compreensão posterior de suas dificuldades no início do vínculo com o seu filho.

A autora faz uma crítica atualizada a respeito das rotinas e dos serviços, que estão muito pouco atentos ao “preço emocional” que essas mulheres estão “pagando” pela experiência de parto pela qual vêm passando:

(...) o pessoal assistente tem um único objetivo: extrair um bebê relativamente saudável. Não importa como, nem a que preço emocional (que lhes é invisível). Creio que a partir deste pensamento se estabeleceu uma série de rotinas que, como tais, perderam o sentido original, o objetivo específico que pode tornar necessárias algumas intervenções. A banalização e a generalização destas práticas cresceram em detrimento do corpo e das emoções da mãe.

Por fim, a pesquisadora tomou como referência a Medicina Baseada em Evidências, de forma a assegurar que a análise do material empírico estivesse apoiada em estudos científicos atuais e/ou confiáveis, bem como em revisões sistemáticas e meta-análises, garantindo, assim, a fidedignidade de seus achados.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e aprovado pela referida instância.

Para esta pesquisa, foram respeitados os princípios éticos de sigilo e de anonimato dos participantes, conforme preconizado em estudos com seres humanos.

Todas as participantes leram e assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, o TCLE, que foi enviado conjuntamente com os roteiros de questões. Além disso, todos os nomes de pessoas e/ou instituições foram alterados de forma que a identidade fosse preservada, utilizando-se um critério de alteração de nome que não será informado aqui, a fim de se garantir a preservação da identidade.

Por se tratar de um estudo cuja coleta de dados ocorreu via e-mail, as entrevistadas foram orientadas a imprimir o TCLE, preenchê-lo, escaneá-lo e enviá-lo para a pesquisadora. Para aquelas entrevistadas que referiram não ser possível esse procedimento, foi feita uma orientação para que preenchessem o TCLE (dispensadas da assinatura) e o enviassem anexado a um e-mail, contendo o seguinte texto:

Prezada Heloisa de Oliveira Salgado,

Informo que li e tomei ciência das informações contidas no documento “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e estou de acordo em participar da pesquisa “A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões no parto e nascimento.” fornecendo informações a respeito do nascimento de meu filho.

Atenciosamente,

XXX

É importante dizer que no TCLE estava mencionada a possibilidade de oferecer uma escuta qualificada, especializada no tema, para aquelas mulheres que, ao refletir sobre sua experiência como usuária ou como profissional em um momento tão delicado, se sentissem tristes ou aborrecidas com os fatos narrados da sua experiência (ver Anexo II).

Considerando-se que não existe tal serviço, pelo menos no SUS, exceto para casos graves com diagnóstico psiquiátrico (DPP, psicose

puerperal), e virtualmente nenhum serviço especializado em saúde mental materna, a pesquisadora, cuja formação é em psicologia clínica, mais especificamente em saúde materno-infantil, esteve sensível aos relatos e buscou um contato adicional de forma a oferecer apoio e encorajamento para que essas mulheres buscassem ajuda.

Ao longo da pesquisa, foram detectados cinco casos que sugeriam um nível importante de sofrimento psíquico e que apontavam para a necessidade de atendimento especializado em saúde mental. A pesquisadora colocou-se à disposição dessas mulheres a fim de apoiá-las e escutá-las no relato de seu sofrimento e orientá-las na busca por uma ajuda em sua região.

Dessas cinco mulheres, duas já estavam em acompanhamento psicológico e, ainda assim, utilizaram-se desse meio com a entrevistadora para dividir suas angústias e aflições. Uma retornou agradecendo o contato e a disponibilidade da entrevistadora em oferecer apoio e as demais não deram seguimento à troca de e-mails.

Por fim, é importante mencionar que, ao longo de todo o contato, a pesquisadora colocou-se à disposição para fornecer qualquer informação aos participantes da pesquisa e comprometeu-se a compartilhar os resultados ao final da pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira análise perpassou as informações provenientes das respostas ao roteiro semiestruturado enviado para o grupo de mulheres que se prontificaram a responder sobre sua experiência com uma cesárea **indesejada** e, em seguida, para o grupo que se oferecia para responder sobre a experiência de uma cesárea **desejada**.

Conforme já mencionado anteriormente, em função de esse último campo ter sido mais limitado no que diz respeito à coleta e à análise de dados, e considerando-se a riqueza das respostas fornecidas pelas mulheres do Grupo Cesárea Indesejada (CI), definiu-se que esta pesquisa analisará somente os dados referentes ao Grupo CI e que os demais dados coletados – Grupo Cesárea Desejada e Grupo VBAC/PNAC – serão discutidos em trabalhos futuros.

Uma exceção será feita para a apresentação de dados fornecidos por uma das mulheres do Grupo CD, uma vez que tocam em uma questão fundamental para se discutir a assistência obstétrica no país e auxiliam na descrição do conceito de cesárea indesejada.

Com relação ao conjunto de dados, observou-se que o Grupo CI forneceu informações de forma muito detalhada, não apenas quantitativamente, como também qualitativamente. Em parte, esse fato pode ser analisado sob a perspectiva da especificidade desse grupo: mulheres que responderam a uma mensagem publicada em mídias sociais que circulou também em redes altamente relacionadas à campanha pelo parto humanizado. Isso significa que, em sua maioria, estas são mulheres que já vêm acompanhando as discussões mais atuais com relação à assistência obstétrica no Brasil e no mundo via rede de relacionamentos, o que as torna bastante críticas e sensíveis ao tema.

Além disso, são mulheres extremamente insatisfeitas com a atual assistência obstétrica, considerando-se “vítimas” dela. Enquanto algumas possuem essa consciência desde a gestação, outras a adquiriram após a experiência da cesárea, sobretudo por meio do contato com outras mulheres e profissionais em comunidades virtuais, *blogs*, grupos virtuais e/ou listas de

discussão, o que torna impossível a generalização desses dados para todo o grupo de mulheres insatisfeitas com sua cesárea.

Um dado que confirma esse achado é o fato de que 55% das mulheres que responderam ao questionário referiram algum tipo de militância/atuação na área de humanização da assistência ao parto, seja como doula, como moderadora de grupos de apoio ao parto e à amamentação, como pesquisadora/estudante de pós-graduação ou exercendo alguma forma de divulgação dos benefícios do parto natural/humanizado e das evidências científicas em mídias sociais, conforme discussão que será aprofundada no subcapítulo 4.1.1.2 (Que parto passaram a desejar?).

Desse modo, essas mulheres devem ser consideradas uma exceção, quando comparadas com o universo de mulheres que não estão satisfeitas com sua cesárea, pois não são representativas do universo de mulheres que dizem preferir parto normal e acabam sendo submetidas à cirurgia.

4.1 A “CESÁREA INDESEJADA”

Como já discutido no capítulo 2 (Métodos), o conceito de “cesárea indesejada” ainda é um conceito em construção. Ao se buscar na literatura o termo “cesárea indesejada”, e suas variações em inglês (*unwanted caesarean* ou *unwanted c-section*), identificou-se apenas uma referência, que é desde o início o “estudo-guia” para esta pesquisa (POTTER e col., 2001). No entanto, verificaram-se diversos estudos que lidam com outras perspectivas a respeito da questão da cesárea: a *cesárea desnecessária*, quando ela é realizada sem indicação precisa; a *cesárea a pedido* da gestante ou a *preferência pelo parto normal*.

São muitos os estudos que buscaram conhecer a preferência das mulheres pela via de nascimento, e todos os estudos identificados – brasileiros e estrangeiros – concluem que a preferência das mulheres é pelo parto normal. Partindo-se, portanto, dessa evidência, buscou-se identificar mulheres que considerassem sua cesárea indesejada, a fim de se descrever esse novo conceito.

Logo no início, foi interessante observar que parte das mulheres que entravam em contato para participar da pesquisa, logo no primeiro e-mail, já

informava que não somente considerava sua cesárea indesejada, como também a considerava (ou desconfiava de que havia sido) desnecessária (DIAS e col., 2001), como exemplificado a seguir por meio dos textos recebidos.¹³

MULHER 1: *“Oi Heloisa, passei por uma cesárea desnecessária e indesejada há 4 anos atrás, se puder ajudar de alguma forma por favor me avise.”*

MULHER 2: *“Gostaria de participar de sua pesquisa sobre cesárea indesejada.*

Eu passei por uma “desnecesária” em junho de 2010. E hoje estou grávida de 10 semanas, e em busca de um VBAC.

Estou à disposição para a entrevista!”

MULHER 3: *“Estou escrevendo porque tenho interesse em participar da pesquisa, o meu relato de parto está disponível na comunidade *nome da comunidade* no orkut. Foi uma cesárea indesejada e sem indicação.”*

MULHER 4: *“Há 10m tive um cesárea muito muito indesejada, após 22h de TP, 18 ativos, fui cesareada. Algo em mim mudou e me maculou, ainda hoje não superei a dor de ter o meu parto roubado, mesmo sem saber se foi ou não necessária. Estou à disposição, não tenho relato, mas posso responder por e-mail o que desejar.”*

MULHER 5: *“Tive dois partos normais hospitalares e uma cesárea que até hoje não tenho certeza se foi necessária. Me disponho a te ajudar.”*

Não foi objetivo desta pesquisa relacionar se a mulher também considerava sua cesárea desnecessária, embora em muitas entrevistas essa informação tenha surgido naturalmente em meio ao relato.

No entanto, esse fato merece ser discutido e aprofundado em pesquisas posteriores, uma vez que é muito comum observar, nas mulheres que desejavam um parto normal e que tiveram uma cesárea, uma “revolta” (e o melhor termo para esse fato é mesmo “revolta”) ao perceber que, além da frustração pelo “não parto”, soma-se a frustração pela “indicação desnecessária”. Esse fenômeno, inclusive, cunhou um termo bastante conhecido nas redes de discussão sobre maternidade, parto e evidências científicas, uma variação do termo *cesárea sem indicação baseada em evidências científicas*: “desneCesárea” (CARNEIRO, 2009; FIGUEIREDO e col., 2010).

¹³ Todos os excertos preservam sua redação original, tendo-se procedido unicamente a uma revisão ortográfica. Quando foi necessário resumi-los ou suprimir uma parte para colocar em foco a informação analisada, utilizou-se o seguinte sinal de supressão: (...).

Antes de se discutir essa questão, cabe aqui um aparte, que diz respeito à experiência pessoal da pesquisadora com relação à sua cesárea. Como mencionado na Apresentação, a pesquisadora é mais uma das mulheres que avalia a experiência de nascimento de seu filho como uma “cesárea indesejada”, o que, em parte, foi a motivação para a realização desta pesquisa. O que pode ser dito, com relação a essa experiência pessoal, é que ela não é “privilégio” de uma ou de outra mulher que desejou o parto normal.

O que a pesquisadora pôde observar, nos vários anos em que vem acompanhando listas de discussão, comunidades e relatos de parto, é que existe um processo de elaboração de uma cesárea que ocorreu no lugar de um parto normal aguardado. E que, para muitas mulheres, a tomada de consciência de que sua cesárea também foi desnecessária, em função da condução do pré-natal e/ou do trabalho de parto, desrespeitando os protocolos baseados em evidências científicas para a assistência da gestação e do parto, conduz invariavelmente ao sentimento de “cesárea indesejada”. No entanto, há exceções.

Uma das questões que possibilitou à pesquisadora aprofundar essa reflexão foi a resposta de LORENA para a pergunta “Porque você considera que sua cesárea foi indesejada?”:

“Eu ainda não sei se ela foi indesejada porque eu a desejei como forma de evitar sofrimento da minha filha. Mas do ponto de vista de não querer viver essa experiência, sim, ela foi indesejada. Eu a considero indesejada, desse ponto de vista, por não ter podido viver a experiência de parir um filho naturalmente, ativamente, vendo sair, segurando, sentindo. Eu senti as contrações, estava pronta para elas, e queria muito ter vivido isso.”

Para se compreender o relato de LORENA, é necessário retomar sua história: após 25 horas de trabalho de parto em casa (para parto domiciliar planejado), com 8 cm de dilatação, ela foi transferida para o hospital porque o bebê não desceu pelo canal de parto. Já no hospital, após mais algumas horas de trabalho de parto, um exame detectou que os batimentos do bebê não se recuperavam e a própria LORENA solicitou a cesárea:

“Na verdade, fui eu quem pedi a cesárea. Eu estava em franco trabalho de parto há muitas horas. E tinha força pra aguentar quantas horas mais fossem necessárias, estava bem disposta. Mas num determinado momento, senti uma angústia muito grande, tive vontade

*de chorar, me deu um desespero que não entendi. Pedi à enfermeira que auscultasse minha filha. E vimos que os batimentos cardíacos dela estavam a menos da metade do que estavam antes. Fiquei desesperada. E foi nessa hora que eu disse: 'Vamos fazer uma cesárea agora!'. Deitei na maca, parecia que sempre tinha feito aquilo. Meu marido chegou a dizer: 'Mas amor, e você?! Você não queria, você não quer, como você vai ficar?', mostrando preocupação com a minha escolha... Mas eu disse: 'Eu vou ficar bem. Estou pronta. A *nenê* não está bem e eu posso sentir que ela não está bem'. A médica ainda não tinha se pronunciado. Só então ela me olhou e disse: 'Vamos?'. E eu disse: 'Agora. Tô pronta'. Eu mesma me deitei, abri os braços e fiquei esperando. Eu me lembro – e acho que vou me lembrar pra sempre – de um pensamento que eu tive nessa hora e que, por mais que pense nele, nunca vou entender seu real significado. Eu deitei e pensei: 'Eu deixarei de existir por alguns momentos, mas ela vai nascer bem'."*

O relato de LORENA traz pistas que permitem delinear a compreensão do conceito de “cesárea indesejada” não somente como a frustração pelo parto que não ocorreu, como também a frustração das expectativas, ainda que uma cirurgia tenha sido a única solução possível para se garantir o nascimento de um bebê saudável.

Outro relato que não somente confirma esse ponto de vista, como agrega novos conceitos a ele, foi trazido por JULIE, uma mulher que viveu uma cesárea indesejada como única forma de evitar que ela morresse em função de uma pré-eclampsia grave. No e-mail de contato, JULIE escreveu:

*“Boa noite Heloísa, fiz uma cesárea indesejada no *hospital*, porém super necessária, pois tive pré-eclampsia. Se te interessar posso participar da pesquisa.”*

Diferentemente da maioria das mulheres que entrou em contato e logo informou ter vivido uma cesárea indesejada, JULIE, em seu contato inicial, sinaliza que protagonizou uma experiência de cesárea indesejada, mas que, em função de um quadro grave que se apresentou, esta pode ser considerada necessária.

Ao realizar a leitura de seu relato, é possível observar que não somente houve todo um preparo e uma expectativa para que seu parto fosse normal, como também foi realizado todo o esforço por parte da equipe que a acompanhava para que isso se concretizasse. Seu relato, portanto, traz pistas de que a cesárea indesejada não é somente fruto da elaboração de uma cesárea desnecessária, como veremos a seguir.

É óbvio que, em função das altas taxas de cesárea no Brasil, em especial no sistema suplementar, em que estas chegam a ser até seis vezes mais altas do que o preconizado pelos documentos oficiais, muitas das mulheres que autorreferem sua experiência de cesárea como indesejada também a referem como tendo sido desnecessária, sobretudo quando estão a par das evidências científicas e das informações que circulam nos meios ligados ao parto humanizado.

No entanto, qualquer discussão envolvendo o desejo (ou o 'indesejo') torna necessário pressupor a existência de um processo ligado a diversas dimensões da vida da mulher, algo que a própria JULIE toca em seu depoimento:

“apesar de tudo isso, me pergunto por que eu, por que comigo? Precisava mesmo ser tudo tão forte pra eu aprender, crescer e amadurecer? Ainda não tenho essa resposta. Sou mais forte, mais segura do que eu era há 3 anos, mas precisava ser assim? Acho que ainda não aceitei, não tanto a cesárea, mas a situação como um todo, porque no fim a cesárea indesejada pra mim acabou sendo apenas um detalhe desagradável.”

JULIE reforça essa questão quando perguntada a respeito do que faria de igual ou de diferente, a partir da sua experiência de cesárea indesejada:

“preparação para o parto natural, me informaria através de livros, textos sobre a gestação, amamentação, faria terapia, me alimentaria bem, não assistiria a filmes ou notícias violentas, faria exercício físico, ou seja, acho que faria muito do que fiz da outra vez, e a cesárea que no meu caso foi necessária, não tenho como dizer que não. Ou seja, acho que faria muito do que fiz da outra vez, e [também] a cesárea que no meu caso foi necessária, não tenho como dizer que não.”

Em resumo, os depoimentos de LORENA e JULIE possibilitam compreender que o conceito de “cesárea indesejada” não está diretamente ligado à noção de uma cesárea desnecessária ou da frustração de um desejo, mas parece evidenciar que tal conceito é resultado de um processo que envolve múltiplas variáveis, tais como as circunstâncias históricas e sociais vividas pela mulher, referentes à sua rede de relações (tanto virtual, quanto presencial) e, especialmente, da relação da mulher com a equipe de

profissionais de saúde que a acompanha e das experiências de cuidado recebidas, conforme será visto mais adiante ¹⁴.

4.1.1 O que leva as mulheres a considerar uma cesárea indesejada

Neste capítulo, serão analisados os dados a partir de várias perspectivas relativas ao “desejar” um parto normal e que surgiram ao longo dos relatos.

4.1.1.1 Que parto desejavam?

Qual é a definição de desejo que Lacan nos dá?

Um desejo evanescente,
cujo único objeto e única satisfação é ser reconhecido pelo outro.
Sem nenhuma substância, o que o dominaria, o enquadraria,
o habitaria, seria o desejo de reconhecimento.
De extrema sofisticação, nesse conceito, algo está num círculo lógico.
Que é o desejo? É o desejo de fazer reconhecer seu desejo.
(MILLER,1997)

Buscar a definição de desejo para a psicanálise, em especial para Lacan, num primeiro momento, pode intrigar o leitor. No entanto, ao se realizar leituras a fim de entender como o psicanalista compreende o complexo fenômeno do desejo, encontrou-se na epígrafe acima algo que faz muito sentido para a perspectiva proposta nesta pesquisa: o desejo de fazer reconhecer seu desejo.

A escolha do parto está muito relacionada com as expectativas que as mulheres têm a respeito de maternidade e com as informações que possuem; leia-se, aqui, informações de todos os tipos: as baseadas em evidências científicas, em conversas com o médico e/ou a equipe que atenderá o parto, em livros, em depoimentos, em conversas informais.

Para muitas mulheres, parto bom é o parto previsível: uma cesárea agendada que permite que se preparem e se organizem para irem à maternidade, receber seu bebê, voltar para casa e continuar suas vidas. Para

¹⁴ Contém trecho do parecer emitido pela professora Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira.

outras mulheres, o parto bom é aquele que lhes permite viver o evento do nascimento de forma natural, ser a primeira pessoa a receber seu bebê, amamentá-lo o quanto antes e não passar sequer um dia a mais longe dele.

Já para algumas outras, parto bom é aquele em que mãe e bebê ficam bem ao final; para outras, ainda, é aquele que é muito maior do que simplesmente ver nascer o seu bebê, mas um evento que transcende em termos de experiência física, emocional, sexual etc.

Só há uma coisa em comum entre todas essas mulheres que estão planejando o nascimento de um filho: elas querem garantir uma assistência que consideram ser a mais segura e que dê a maior chance possível de ela e seu bebê “terminarem” essa experiência de forma segura e saudável.

Por esse motivo, para se compreender a cesárea a partir da perspectiva de ser ou não desejada, a pesquisadora buscou escutar das mulheres a razão pela qual consideravam sua experiência como indesejada e qual era a expectativa de parto que tinham.

Inicialmente, o roteiro de perguntas contou com um primeiro bloco de questões, que buscou informações sobre as mulheres participantes (idade, estado civil, cobertura da assistência ao parto, educação), histórico familiar e obstétrico (estado civil e idade à época da cesárea indesejada, número de filhos, de cesáreas, de perdas gestacionais) e, ao final, três questões que pretendiam obter um primeiro levantamento da razão pelo qual elas consideravam sua cesárea indesejada: *“Porque você considera que sua cesárea foi indesejada?”*, *“Como era o parto que você desejava?”* e *“Como é/era o parto que você passou a desejar depois de viver a experiência de uma cesárea indesejada? Por quê?”*.

A intenção de se iniciar perguntando sobre o histórico familiar e obstétrico era não apenas fazer uma aproximação do assunto, a fim de evitar já fazer as perguntas mais específicas sobre a experiência de parto, mas também conhecer um pouco mais as experiências pregressas de nascimento das pessoas próximas à mulher. Apesar de ser bastante “tentador” analisar essas experiências com as questões referentes a desejos, escolhas e frustrações, por uma questão de foco e de escassez de tempo, essa análise não foi feita. No entanto, os dados preliminares já apontam para uma relação bastante interessante e que deve ser aprofundada em pesquisas futuras.

Com relação à primeira questão, “*Por que você considera que sua cesárea foi indesejada?*”, observou-se que, para esse grupo específico de mulheres, a cesárea pela qual passaram é considerada indesejada não somente porque desejavam um parto normal, mas por um conjunto de fatores associados à frustração primeira de não ter seu desejo realizado, conforme os relatos abaixo:

a) Não ter seu desejo/suas decisões respeitados:

“O médico não respeitou as minhas decisões e nem os meus familiares.” (ANNE)

“Porque não foi o que eu combinei com a médica, nem o que eu planejei durante a gestação”. (PAULA)

“Porque ocorreu durante a tentativa de parto normal e quando eu ainda desejava aguardar o nascimento espontâneo.” (ROBERTA)

b) Sentir-se enganada/que houve má-fé:

“O obstetra indicou a cesárea pois ‘parecia’ que o bebê era muito grande e havia o ‘risco’ de eu não ter passagem, e na verdade o único risco era da minha filha nascer no natal ou ano-novo, já que a cesárea foi feita com 38 semanas e 1 dia e ela nasceu com 45,5cm e 2,695kg.” (CILENE)

“Pois tive um diagnóstico de gravidez de alto risco (Hipertensão Gestacional) e não era.” (FABIOLA)

“Porque não houve motivo algum para a realização da cesárea. Foi uma decisão precipitada, para não dizer mal intencionada do médico.” (JULIANA)

c) Condução do trabalho de parto em desacordo com o preconizado pela OMS e pela MBE:

“A minha cesárea foi indesejada, primeiro: porque eu queria ter parido em casa. (...) Segundo: [na] minha avaliação técnica, a obstetra não deveria ter rompido a minha bolsa. Não se mede batimento cardíaco fetal entre contração, com mulher deitada de costas, ainda que fosse, no hospital, não houve reavaliação, eu não sei ao certo se esse diagnóstico de bradicardia procede. Acho que ela tava cansada, dormiu o TP todo, só acordou para perguntar por que eu estava assim, tremendo, gemendo, me sugeriu que entrasse na banheira e voltou a dormir.” (CLARISSA)

“Porque acho que se o medico não tivesse estourado a minha bolsa eu teria contrações não tão intensas até uma fase mais avançada do

trabalho, quando naturalmente estouraria a bolsa, mais próximo do expulsivo. E também acho que se houvesse mais estrutura no hospital eu teria aguentado mais tempo. E também acredito que alguma analgesia poderia ter sido feita para me ajudar a aguentar mais tempo.”
(DENISE)

- d) O sentimento de que o profissional “se aproveitou” da situação de fragilidade em que se encontrava para “convencê-la”:

“Fui induzida pela médica, ela sabia do meu desejo pelo parto natural, e usou como desculpa o fato de eu ser estreptococos positivo. Segundo ela, era muito arriscado um parto natural.” (CAROLINA)

“Eu queria parto normal. Estava com contrações ritmadas há 8 horas, bolsa rota, porém o médico alegou não ter dilatação suficiente. Ele decidiu que era melhor a cesariana e me “convenceu” disso na hora.”
(FLAVIA)

Ao se buscar informação a respeito de qual parto as mulheres desejavam, verificou-se que essa questão está de acordo com os achados dos estudos que buscaram compreender os aspectos relacionados à satisfação no parto.

O envolvimento no processo decisório/controlado da situação tem sido apontado como uma das questões principais para a satisfação das mulheres com os serviços que atendem o parto. De modo geral, a questão do controle, tanto interno (relacionada ao próprio comportamento), quanto externo (relacionada ao ambiente, incluindo a equipe de saúde), é importante para as mulheres, seja para a vivência do parto, seja para os resultados psicológicos. Apesar de alguns aspectos negativos que podem estar relacionados à questão do controle, como maior ansiedade das mulheres e conflitos com a equipe de saúde, a revisão da literatura sobre o tema sugere que mulheres com mais controle, ou que se percebem com mais controle, têm experiências mais positivas do parto, maior nível de satisfação e menor depressão¹⁶.
(DOMINGUES RMSM; SANTOS EM; LEAL MC, 2004)

Esses estudos, portanto, sugerem que as mulheres identificam o fato de não terem tido seus desejos respeitados, associado à relação com o profissional/equipe, como parte desse processo que as levou à cesárea.

Dando continuidade à análise, ainda com relação às mulheres que definiram sua cesárea como indesejada unicamente pela frustração de não terem tido um parto, chama a atenção o fato de a maioria delas ter sido atendida por uma equipe de profissionais sabidamente “atípicos”, com experiência em assistência humanizada ao parto. De acordo com LINO H (2009),

No entanto, temos também uma crescente comunidade de profissionais e usuárias que se opõem a este modelo [mais intervencionista de assistência ao parto], constituindo um movimento social organizado que auxilia

o acesso a um modelo contra-hegemônico, que aqui chamaremos de modelo “atípico”. A OMS e o Ministério da saúde também têm seguido esse movimento e dirigido seus esforços para esse segundo modelo.

Pode-se inferir que essas mulheres, por saber que foram acompanhadas por uma equipe não típica (logo, com baixas taxas de cesárea), e por terem a consciência de que tiveram a possibilidade de viver um trabalho de parto com profissionais que respeitaram suas decisões e acreditaram em sua capacidade de parir, percebem que a qualificação de sua cesárea como indesejada passa especialmente pela frustração pelo “não parto”.

“Porque passei minha gestação inteira acreditando que não existe nenhum tipo de parto melhor que o humanizado e me preparei muito para este tipo de parto. Devido a um problema no colo do útero detectado somente durante o trabalho de parto fui obrigada a fazer a cesárea, o que me deixou bastante frustrada.” (HELOISA)

Além disso, em função de suas escolhas, provavelmente estão mais informadas do que a grande maioria das mulheres, já que essas equipes não típicas são minoria e geralmente indicadas por doulas e/ou listas de discussão. Dessa forma, essas mulheres resignam-se por saber que sua experiência foi uma fatalidade – afinal, como preconizado pela OMS, 10 a 15% das mulheres precisarão de uma cesárea – e elas, infelizmente, entraram para essa estatística.

“Sim, fiquei muito triste. Unicamente em função de não ter vivido um parto natural. Eu me saí uma ótima mãe de primeira viagem, não tinha muitas dúvidas, resolvia as coisas intuitivamente, era muito segura e paciente no trato com ela. Era apenas a tristeza pelo parto cesáreo.” (LORENA)

Outro dado que surgiu no relato dessas mulheres atendidas por equipe não típica diz respeito à forma positiva com que avaliam a equipe, elogiando com maior frequência os profissionais que as atenderam e o atendimento que receberam. Uma das exceções fica por conta de NATÁLIA, que passou 18h em trabalho de parto em uma Casa de Parto e depois foi transferida para o hospital, tecendo sérias críticas ao período em que esteve no hospital:

“No hospital fui desrespeitada, empurraram minha cadeira de rodas, fizeram mais de 10 exames de toques em 4h, riram de mim, duvidaram da minha dor, caçoavam da minha escolha da casa de parto, tentaram

proibir a companhia do meu esposo, limitaram meus movimentos, me xingaram por ter molhado o cabelo, duvidaram da minha contração, não acreditaram nas minhas palavras. (...) Enquanto estive na casa de parto, fui respeitada.”

Os dados encontrados nos relatos dessas mulheres atendidas por equipes não típicas, portanto, parece estar de acordo com a literatura. Um estudo que avaliou a satisfação de mulheres com o parto normal demonstrou uma associação positiva entre satisfação com o parto e opinião positiva com relação à assistência prestada pela equipe: “O relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para sua satisfação” (DOMINGUES e col., 2004).

Com relação à segunda questão, “*Como era o parto que você desejava?*”, foi identificado um conjunto de possibilidades diferentes para o desejo de um “parto normal” – parto natural, parto humanizado, parto na água, parto de cócoras e parto domiciliar – e para o local escolhido – no hospital, no leito, no domicílio, em casa de parto. Muitas mulheres, além de identificarem o tipo de parto que desejavam, descreveram-no com detalhes.

Quando comparamos os relatos sobre o parto desejado com o desfecho ocorrido, por meio das respostas às questões “*Como foi a cesárea?*” e “*Você considera que a cesárea foi melhor, igual ou pior do que você esperava? Por quê?*”, identifica-se uma diferença muito grande entre o imaginado/planejado e a realidade, sendo possível começar a delinear mais claramente novos motivos pelos quais a cesárea foi indesejada, conforme O relato a seguir feito por de DENISE:

[O parto que desejava:] “*Gostaria de ter tido um parto normal o mais natural possível. Queria muito ter vivido meu parto até o final. Não me recusava a receber anestesia se fosse preciso, mas nem isso eu pude ter. O meu sonho era ter tido o parto na água, mas isso eu já sabia que não teria. E mais sonho ainda se fosse domiciliar.”*

[O relato de como foi a cesárea:] “*Foi rápida, me senti como se estivesse sendo dissecada viva. No instante em que se constata que a anestesia pegou, já começam a te cortar, e eles conversam entre si, de assuntos outros, como se você não estivesse lá. E mais angustiante ainda foi que o meu filho não chorou ao nascer. Perguntei a razão e ouvi a resposta mais descabida vinda do meu ginecologista, que acompanhou minha gravidez toda, e sabia como meu filho era agitado*

na barriga 'isso é normal, tem criança que nasce mais calminha'. Eu tinha certeza que havia algo errado, pois meu filho me chutou até o momento em que me anestesiaram. Como poderia ter nascido 'calminho'. E de fato depois eu soube que havia um problema. (...) Segundo a pediatra que acompanhou o parto ele nasceu com batimento cardíaco bem baixo, e não respirou nos primeiros 30 segundos. Ela teve que massageá-lo para que ele respirasse e os batimentos voltassem ao normal. Ainda disse que ele tinha um pequeno hematoma na cabeça em função da pressão que as contrações faziam a cabeça dele fazer sobre meu osso da pelve sem abertura pra ele passar. Neste ponto existe uma divergência de opiniões. O ginecologista diz que não reparou em nada disso, que ele nasceu rosado, a pediatra alega que ele já estava meio roxo. E eu como estava sozinha, com um pano na minha frente não sei qual é a verdade. Eu o vi muito rapidamente, pois a pediatra disse que em função do tamanho e do peso dele e do que aconteceu em seu nascimento, ele teria que ser monitorado um pouco pra acompanhar seus sinais e sua glicemia. Passado algum tempo, nem sei precisar quanto, mas me pareceu bastante, vem a pediatra com ele, dizendo que era pra eu olhá-lo rapidinho, pois ele havia nascido muito grande e precisava ficar em observação. 'mas esta tudo bem viu mãe' me deu vontade de chorar... não por ter tido um filho, mas por estar lá, sozinha, sem saber o que estava de fato acontecendo, totalmente incapaz de me mover, atrás de um paninho, com dois médicos do outro lado, que conversavam entre si e riam e não me falavam nada."

[A cesárea foi melhor, pior ou igual ao que imaginava?] *"Muito pior que tudo que eu imaginava, além da situação descrita acima, senti muiiiiitas dores no pós-operatório. Não conseguia me mover direito, nem sentar, nem andar. Não conseguia cuidar do meu filho direito. Sem contar que demorei bem mais de uma hora a vê-lo. Foi sem dúvida a pior experiência que eu já tive. E se tiver outro filho pretendo não passar por isso de novo."*

A enorme diferença entre o parto planejado/desejado e a experiência vivida, presente em diversos relatos, parece ser um dos fatores relacionados com a autorreferência da experiência de nascimento do filho como tendo sido via cesárea indesejada.

Não é de se estranhar que a experiência de nascimento do filho tenha sido negativa, sobretudo, para aquelas mulheres que desejavam um parto fora do hospital ou um parto natural em que pudessem participar ativamente do nascimento, contar com a presença de um acompanhante e do contato precoce com o bebê.

Para esse grupo, que desejou uma assistência mais comumente relacionada àquela oferecida pelas equipes "não típicas", a experiência de nascimento que foi vivida é completamente diferente da experiência desejada e

planejada. Para além de não ter ocorrido o parto, todos os eventos que antecederam e sucederam o nascimento em si estão em desacordo com o que fora planejado.

Esse dado está de acordo com a literatura a respeito do tema, conforme revisão bibliográfica realizada por FIGUEIREDO e col. (2002). Segundo as autoras, “o tipo de parto tem efeitos claros sobre a percepção e satisfação da mulher com a experiência de parto e efeitos menos claros sobre o bem-estar físico e emocional da mãe e a qualidade da relação que estabelece com o bebê”. Afirmam ainda que

[a] cesariana pode ter um impacto negativo sobre a percepção e satisfação da mulher com o parto, assim como sobre outras dimensões que se referem ao ajustamento emocional e à relação e cuidados com o bebê. Os estudos acerca das consequências psicossociais do parto por cesariana evidenciam que este procedimento é susceptível não só de atenuar a experiência de vida positiva de dar à luz, como pode ainda implicar consequências psicossociais negativas.

4.1.1.2 Que parto passaram a desejar?

A terceira questão do roteiro referia-se a “*Como é/era o parto que você passou a desejar depois de viver a experiência de uma cesárea indesejada? Por quê?*”. Ao comparar com a questão sobre “*Como era o parto que você desejava?*” nota-se, primeiramente, que a quase a totalidade das mulheres refere ter passado a desejar um parto humanizado, sendo que 50% delas passaram a desejar um parto domiciliar, conforme abaixo:

[O parto que desejava:] “*Apenas normal. Na época não tinha conhecimento do parto humanizado. Queria o normal por ser ‘normal’*”

[O parto que passou a desejar após a cesárea indesejada:] “*Após a cesárea soube da possibilidade do parto humanizado e foi isso que desejei desde então. Os motivos foram a maior segurança para mãe e bebê e o tratamento mais humano dado a ambos, pois me incomodou muito saber que tudo o que passamos não fora necessário. Gostaria de ter evitado todos aqueles procedimentos que minha pequena havia sofrido (colírio, aspiração, injeção...) e sem necessidade alguma.*”
(CILENE)

[O parto que desejava:] “*parto normal*”

[O parto que passou a desejar após a cesárea indesejada:] “*Natural Domiciliar. Para que não haja intervenções desnecessárias nem de rotinas hospitalares.*” (FABIOLA)

A referência à escolha de um parto humanizado ou, mais especificamente, de um parto domiciliar, após a experiência de cesárea

indesejada, demonstra um fato que não foi identificado na literatura, possivelmente por ser ainda um aspecto relativamente novo e que tem se disseminado mais recentemente via mídias sociais: a maciça divulgação de informações a respeito da atual realidade obstétrica e suas taxas de cesáreas e de intervenções, as melhores evidências científicas para assistência ao parto, as indicações da OMS para assistência à gestação e ao parto, relatos de partos humanizados, a divulgação de grupos de apoio ao parto humanizado, do trabalho de doulas, entre outros.

Essa provavelmente também é a explicação para outro dado já citado identificado na pesquisa: 55% das mulheres que responderam ao questionário referiram algum tipo de militância/atuação na área de humanização da assistência ao parto, seja como doula, como moderadora de grupos de apoio ao parto e à amamentação, como pesquisadora/estudante de pós-graduação ou exercendo alguma forma de divulgação dos benefícios do parto natural/humanizado e das evidências científicas em mídias sociais.

Quando o foco é colocado nessas mulheres que referiram alguma militância/atuação na área, identifica-se que 72% delas passaram a desejar um parto domiciliar após a experiência da cesárea indesejada. Os dados analisados possibilitam fazer uma inferência a respeito do motivo pelo qual essas mulheres passaram a desejar um parto domiciliar: a possibilidade de se ter um parto natural, humanizado, que respeite suas decisões sobre o parto e o pós-parto, evitando intervenções desnecessárias e garantindo um contato precoce com o bebê, bem como maior satisfação com a experiência de parto e amamentação.

Ainda considerando os dados referentes às mulheres que referiram alguma militância, estes sugerem que o acesso à informação e às evidências científicas possibilitou a esse grupo acreditar que parto domiciliar é a forma mais segura de se trazer um filho ao mundo, quando se trata de uma gestação e de um trabalho de parto de baixo risco.

Por fim, os achados evidenciam a importância de se aprofundar essas questões em estudos futuros, bem como de reforçar a necessidade de se considerar que os resultados desta pesquisa não pretendem ser generalizáveis para a população brasileira, mas sim para este grupo específico de mulheres que possuem acesso aos meios digitais, que os utilizam como ferramenta de

comunicação e têm acesso às informações que circulam pelas redes relacionadas à campanha pelo parto humanizado e pela divulgação de evidências científicas.

4.1.1.3 Conversou com o ginecologista-obstetra (GO)?

Outro fator importante para se compreender as razões pelas quais essas mulheres consideram a experiência da cesárea como indesejada está relacionado à expectativa que foi criada em torno do que foi conversado/acordado com o seu médico durante o pré-natal.

Foram duas as questões que fizeram menção a esse fato: “*Você conversou com seu médico sobre seus planos para o parto?*” e “*Como se sentiu e o que imaginou após essa(s) conversa(s)?*”. Ao analisar as respostas, verifica-se que a grande maioria das mulheres permaneceu com o obstetra inicial, confiando que teria um parto normal, ainda que o profissional tivesse elencado certas “condições” da parte dele para que o parto ocorresse, ou respondido que só é possível verificar a viabilidade de um parto normal durante o trabalho de parto (“na hora a gente vê”), como vemos a seguir (grifos feitos pela pesquisadora):

“Sim, eu perguntei minhas opções, ela disse que parto só deitada ou de cócoras. Mas que já que eu era sedentária, não poderia parir assim. Perguntei sobre o parto na água, mas ela afirmou que não existia essa possibilidade, só depois soube que já existia parto na água mas ela não atuava naquela maternidade. Eu não sabia que era possível fazer um parto domiciliar.”

[Como se sentiu?] “Fiquei frustrada, eu não tinha opções no final das contas. Seria deitada e com episio, porque ela já dizia que o bebê era muito grande.” (CAROLINA)

“Conversamos sobre parto normal e ele disse que essa era a primeira escolha dele. (...) Ele se mostrou totalmente a favor de realizar um parto normal, desde que fosse em posição ginecológica com episio. Porém me fez acreditar que o parto natural não era indicado para ninguém. Ele dizia que parir de cócoras e sem anestesia era coisa pra ‘índio’, que nós éramos muito sedentárias e que não precisava sentir dor.”

[Como se sentiu?] “Eu confiei no médico. (...) Eu não tinha ideia que era possível um parto natural, somente o normal (anestesia e tal...) e ele era totalmente a favor do parto normal.” (FLAVIA)

“Sim, em todas as consultas. Eu sempre queria que ele me desse uma garantia de que eu teria meu tão desejado parto normal. (...) Ele sempre dizia que seria possível o parto normal, já que eu era uma gestante saudável, mas lembro que ele sempre dizia que só daria pra

saber na hora. No entanto, isso não me assustava, pois eu tinha convicção de que seria capaz de parir.

[Como se sentiu?] *“Imaginei que estava tudo certo, que estava mesmo decidido que eu teria um parto normal. No entanto, com 37 semanas ele mudou o discurso (...)”* (LIVIA)

Fica claro nos excertos que, embora o médico tivesse apresentado restrições para que o parto normal ocorresse, seu discurso sobre segurança em parto normal, associado à falta de conhecimento baseado em evidência científica por parte das mulheres, fez com que elas confiassem que o médico faria o parto normal.

Quando a cesárea acontece, na percepção das mulheres parece ter havido a quebra do “acordo”, ainda que os relatos demonstrem que o profissional posicionou-se de forma pouco clara e até mesmo referiu ter limitações, e a frustração advinda do rompimento do laço de confiança depositado pela mulher no profissional pode explicar um dos fatores de insatisfação com relação à via de nascimento por cesárea.

Esse dado confirma as evidências a respeito de satisfação do parto e relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde como um dos fatores importantes para uma avaliação positiva da experiência do parto e do nascimento (DOMINGUES e col. 2004).

Além disso, outro aspecto deve ser considerado como fator de insatisfação pela via de nascimento e pela qualidade da assistência recebida: em alguns casos, há o relato de “problemas” que foram sendo levantados pelo profissional e que “impediriam” o parto normal (bebê alto, colo fechado/ falta de dilatação, placenta madura, “data de validade”¹⁵ para entrar em trabalho de parto) e que nem sempre são argumentos respaldados pela medicina baseada em evidências.

Desse modo, conforme já citado acima, considerando-se que uma parte dessas mulheres teve acesso a informações baseada em evidências científicas após a experiência da cesárea indesejada, é possível considerar

¹⁵O termo “data de validade” para entrar em trabalho de parto foi cunhado pelas mulheres para se referir a uma justificativa utilizada pelos obstetras para agendar uma indução de parto ou uma cesárea, pautando-se num suposto “sofrimento fetal” que viria a ocorrer caso a gestação prosseguisse além daquela data. Em geral, isso ocorre quando a mulher completa 40 ou 41 semanas, embora a literatura afirme que uma gravidez normal pode se estender até 42 semanas.

este como mais um fator relacionado à avaliação negativa da experiência de nascimento, que é a avaliação de que passou por uma cesárea desnecessária.

Além disso, é possível perceber, a partir desses relatos, que muitas mulheres referem sentimentos negativos e associados ao estresse ao receber essas informações, sobretudo quando o parto já está tão próximo. Isso pode ser considerado um dos eventos geradores de desequilíbrio, estresse, medo e, em alguns casos, desconfiança por parte das mulheres com relação ao profissional, conforme relatos abaixo de CLARISSA e ELENA:

*“Sim, conversamos bastante, ela é a única obstetra que faz parto domiciliar em *cidade*, tinha muita confiança, pois algumas amigas haviam parido em casa com ela. Sentia-me segura, em todas as consultas exceto quando completei 39s e ela me disse que só esperaria até 41s, quando faria uma cesárea, caso eu não entrasse em trabalho de parto. Isso me deixou apavorada!” (CLARISSA)*

*“Sim eu conversava desde o começo, em todas as consultas, (...). Mas nunca foi legal, porque todos os argumentos científicos que eu levava ele refutava, ao ponto que com 36 semanas eu mesma cheguei no consultório dele e disse para acabarmos com aquela lenga-lenga e marcarmos a cirurgia. Ele nos ultrassons sempre dava jeito de dizer que *nenê* era uma criança grande, cabeça grande, seria inteligente, tudo para me desanimar de um parto. Não tinha opção de posições, ele era tão ou mais inseguro que eu quando eu perguntava procedimentos de parto. (...)”*

*“Sempre me sentia envergonhada, ironizada, diminuída, sem respostas convincentes, sem atenção que eu queria e merecia. Após as conversas eu sempre imaginava que meu parto ia ser ruim, porque ele iria dar jeito de intervir, de machucar, de botar a mão onde não era chamado. Tinha medo da intervenção terminar em prejuízo para a *nenê*. Nunca me senti realmente bem e aliviada após conversar com ele. (ai Jesus porque segui com ele, né? Rsrs). Ou seja, durante as conversas me sentia humilhada, e após me sentia um pingo de pó no Universo sem apoio nenhum. (...)” (ELENA)*

O que os dados discutidos acima vêm confirmar é que, para além da frustração por ter vivido uma cesárea, há questões envolvidas no processo de se qualificar negativamente a experiência de gestação, parto e nascimento que parecem estar relacionadas com a frustração das expectativas e dos planos para o parto, com a relação com a equipe/profissional, com o sentimento de quebra de acordo e com o acesso a informações baseadas em evidências científicas.

4.2 A ATITUDE DOS PROFISSIONAIS FRENTE À EFETIVIDADE E À SEGURANÇA DAS INTERVENÇÕES E A SATISFAÇÃO COM O CUIDADO: A PERSPECTIVA DAS MULHERES

Nas últimas décadas, frente aos efeitos adversos relacionados à pobreza das relações humanas, ao excesso de intervenções, ao sofrimento físico e emocional desnecessário causado pelo uso irracional de tecnologia no parto e à dificuldade em se reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, iniciou-se um movimento crítico internacional para “priorizar a tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a desincorporação de tecnologia danosa. (...) [esse] movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países, e no Brasil é em geral chamado de humanização do parto” (DINIZ, 2005).

A crítica a esse modelo se deu nas mais variadas áreas, das ciências da saúde às ciências sociais, em especial no movimento de mulheres, culminando, na década de 1980, em um comitê formado por profissionais de saúde, epidemiologistas, sociólogos, parteiras e usuárias que se organizaram em grupos para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Apoiado pela OMS, esse grupo desenvolveu a metodologia de revisão sistemática, o que se tornou o embrião do que viria a ser o movimento pela medicina baseada em evidências científicas, a MBE (DINIZ, 2005).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) é um movimento internacional criado na segunda metade da década de 1980 e em poucos anos se estendeu ao mundo inteiro. Nasce do reconhecimento de que boa parte da prática médica não é respaldada por estudos de qualidade sobre a segurança e a eficácia dos procedimentos utilizados, quer sejam os medicamentos, os exames, as cirurgias, entre outros. (...) Com isso, foi organizada uma iniciativa internacional para sistematizar o conhecimento científico “menos tendencioso” a respeito de cada procedimento médico, por especialidade (DINIZ e DUARTE, 2004.)

A assistência ao parto no Brasil, entretanto, não parece reconhecer devidamente a MBE, uma vez que as taxas de partos instrumentais e de cesárea mantêm-se elevadas e o uso de intervenções continua sendo feito de rotina, apesar da ampliação da divulgação/socialização das melhores

evidências para assistência à gestação e ao parto, sobretudo nas mídias sociais.

Esse fato vem criando um novo paradoxo: a partir do acesso das mulheres à informação baseada em evidências dirigida a usuárias, tem sido cada dia mais comum que elas baseiem suas expectativas e seus desejos com relação à gestação e ao parto em informações cientificamente mais sólidas do que os próprios profissionais que as estão acompanhando – em geral, médicos obstetras. Isso explica, em parte, a razão pela qual tantas mulheres vêm relatando, sobretudo nas mídias sociais, experiências indesejadas e mal-avaliadas de parto e nascimento de seus filhos.

Respeitar as recomendações propostas pela medicina baseada em evidências (MBE) é um dos fatores protetores para experiências seguras, respeitadas e bem-avaliadas de parto e nascimento. Entende-se por seguras, respeitadas e bem-avaliadas aquelas associadas com melhores resultados para a mulher e para o bebê em estudos bem controlados.

Na última década, por exemplo, vários estudos têm reforçado que os melhores resultados para gestantes saudáveis são aqueles associados a um parto que se inicia e é conduzido espontaneamente, com mais de 39 semanas completas de gestação, e no qual a mulher tem preservada sua integridade corporal. No entanto, tal forma de assistência é rara no Brasil.

Nesse modelo de assistência, vê-se incluída a indicação judiciosa de intervenções, pesando-se riscos e benefícios, a participação informada das mulheres nas escolhas, a atenção ao seu bem-estar físico e emocional, incluindo a presença contínua de acompanhantes, com especial ênfase em uma relação horizontalizada entre a mulher e os profissionais, o que possibilita que ela se sinta respeitada.

A partir desse contexto, buscou-se identificar, nos relatos, informações que trouxessem dados sobre o respeito à MBE. Foram selecionados três tópicos, dentre os vários levantados pelas mulheres. São eles:

- a) Como as mulheres avaliam a indicação da cesárea;
- b) se a mulher considera que participou da decisão (e como se sentiu);
- c) a relação paciente x profissional.

4.2.1 Como as mulheres avaliam a indicação da cesárea: “a ‘necessidade’ da cesariana”.

De acordo com a MBE, existem situações para a indicação de uma cesárea. Essas indicações podem ser *absolutas* ou *relativas* (AMORIM e col. 2010a e 2010b). Nas indicações *absolutas*, mãe e/ou bebê correm sério risco de morrer ou de ter complicações graves, caso a cirurgia não seja realizada. No entanto, estas são raras.

Já nas indicações *relativas*, existe algum risco, mas este é discutível e deve ser avaliado conjuntamente com a mulher, uma vez que as consequências devem ser assumidas por ela; não há evidência clara a respeito de os riscos da cesárea serem menores que os do parto normal e deve-se ter especial cuidado para não se superestimar os benefícios e subestimar os riscos.

Considerando-se as taxas de cesárea do Brasil, que já passaram dos 50%, e as taxas de cesárea do sistema particular/convênio, que beiram os 90% (ANSS, 2008), chegando aos 95% ou mais em algumas instituições e/ou municípios, não há dúvidas de que as indicações mais prevalentes, em nossa realidade, são as *discutíveis/relativas*, uma vez que a OMS preconiza que apenas 10 a 15% das mulheres necessitariam de uma cesariana. Nesse contexto, buscou-se compreender se havia alguma relação entre a consideração da cesárea como indesejada e a indicação da cesárea por parte do médico.

Para tanto, o roteiro de questões previu uma questão específica sobre qual havia sido a indicação da cesárea. De posse dos dados, observou-se que os motivos para realização da cirurgia nas mulheres entrevistadas foram variados: no total de 20 roteiros preenchidos, foram identificados 18 motivos diferentes.

Chama atenção a existência de controvérsias nessas indicações, conforme identificado no questionário de ELISA. Quando perguntada sobre a indicação de sua cesárea, ela respondeu: “*transverso, colo posterior e falta de dilatação*”. No entanto, ao longo de seu texto, percebe-se claramente uma divergência que foi questionada pela entrevistadora:

[Na indicação da cesárea, vc comenta que foi ‘Bebê transverso, colo posterior e falta de dilatação’ e para seu marido foi dito que vc estava exausta e não evoluiria. Com isso, e com a informação acima de que vc foi induzida a aceitar intervenções, eu fiquei em dúvida do real motivo...] *“Depois da anestesia (...) eu já estava com 6 cm de dilatação e o médico decidiu chamar um colega para ajudar a me avaliar. Quando o outro médico chegou, eles começaram a fazer um monte de exames de toque muito dolorosos, que me fizeram sangrar muito. Esse médico foi quem falou em bebê transverso durante esses exames, com a opinião dele a indicação foi cesárea. Eles chamaram meu marido e disseram que fariam a cesárea porque não queriam me colocar e ao bebê em risco, pois eu estava muito cansada e eles achavam que eu não teria uma evolução. (...) Quando peguei meu prontuário, estava apenas a expressão ‘falha de indução de parto’ como justificativa para a cesárea e vejo isso como um ‘mea culpa’ do médico, que realmente falhou na prescrição das intervenções.”*

Esse trecho do relato de ELISA confirma a existência de controvérsia sobre a real indicação da cesárea, dado que surgiu em outros relatos, e que reforça a necessidade de se conduzirem estudos futuros que avaliem como se dá a indicação de uma cesárea, a comunicação dessa decisão para a mulher e para a família e o registro no prontuário.

Outro dado que chamou a atenção foi que, das 20 respostas, apenas quatro (4) delas foram “diretas e concisas”: *“bebê pélvico”, “circular de cordão”, “estreptococos positivo” e “PA elevada”*. Em todas as demais respostas, as entrevistadas julgaram ser necessário descrever o contexto da indicação ou referir ao menos três elementos para justificar a cesárea, como posto acima.

Esse dado é bastante significativo, pois possibilita refletir sobre algumas questões. Primeiramente, reforça achados de estudos anteriores (ANSS, 2008) segundo os quais a maioria das cesáreas não é de indicações *absolutas*, o que se pode supor pela necessidade de se “explicar” todo um contexto para conseguir justificar a indicação, conforme exemplo retirado do relato de HELOISA:

“Foram feitos dois exames de toque: um quando entrei em TP e outro após 6 horas. Neste último, o Dr X constatou que o lado interior do útero estava bem dilatado, porém, do lado externo, no colo do útero, a dilatação era zero, devido a uma fibrose descoberta somente naquele momento.”

Além disso, os dados encontrados também permitem inferir que, para essa população que não se sentiu satisfeita com o desfecho do nascimento de seu bebê, foi necessário realizar uma reflexão a respeito da experiência, o que lhes permitiu compreender que, na realidade, houve um “conjunto de fatores”

que culminou na cesárea indesejada – seja por indicação do médico, seja por solicitação dela – reforçando a dimensão de processo desse evento.

Partir da dimensão de processo auxilia na compreensão da razão pela qual algumas entrevistadas fizeram menção sobre “desconfiança/dúvida” quando elaboraram sua resposta para a indicação da cesárea:

“... o médico só chegou cerca de 3 horas após a internação e o suposto início da indução.” (DAIANE)

“Aparentemente não tinha nenhuma indicação...” (DENISE)

*“No meu prontuário consta ‘gestante em pródromos’, mas eu cheguei lá e informei que estava lá para fazer a cesárea da *nenê* (...) Não houve real indicação, foi marcada antes...” (ELENA)*

“Não teve indicação clara de cesárea. Ela só disse que tava ali há 12h, com BR e tava muito lento, que o batimento dele podia ficar ruim... balela.” (PAULA)

Pode-se supor, ainda, que durante a resposta ao roteiro de questões – ou até mesmo antes disso –, ao refletir a respeito de sua cesárea ou ao buscar informações para compreender as razões pelas quais fez a cirurgia, a entrevistada tenha percebido claramente situações “mal-explicadas” ou “mal-intencionadas” nesse processo, conforme exemplo retirado da fala de LÍVIA:

“Segundo o obstetra que nem sequer me examinou, a indicação foi por Distócia Funcional (eu fui até a maternidade alguns meses atrás e pedi todo o meu prontuário).”

Dar-se conta de eventos como esse também pode estar relacionado ao fato de essas mulheres considerarem sua cesárea indesejada. Além de a cirurgia ter ocorrido quando desejavam um parto normal, ela ainda foi feita a partir de uma indicação *relativa* ou *discutível* e, em algumas situações, envolvendo “armadilhas” (CARDOSO e col., 2012), conforme atestam os relatos.

Esse dado está de acordo com a literatura, que vem questionando a razão dos altos números de cesáreas, a exemplo do publicado por DIAS e col. (2008):

O que aconteceu que fez com que tantos novos diagnósticos de problemas no trabalho de parto passassem a ser feitos? Mudaram as mulheres e as gestações ou mudaram os critérios médicos? Se foram os critérios médicos de diagnóstico, qual o embasamento para tal mudança?

Em documento que discute “Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século”, DIAS e col. (2008) identificam uma série de fatores relacionados à “epidemia de cesárea” (DINIZ e col. (2006) no mundo e, sobretudo, no Brasil, e citam alguns fatores, tais como a pressão exercida pelos profissionais, a comodidade para o profissional e para a instituição hospitalar, a falta de informação e de apoio para a mulher e o modelo de assistência que eleva o risco de morbidades e mortalidade. Os autores concluem o documento referindo que:

O desafio de enfrentar esta questão [taxas de cesarianas] é certamente uma tarefa para múltiplos parceiros e deve envolver gestores de todas as esferas, profissionais de saúde e suas entidades de classe (conselhos) e sociedades científicas, as universidades e principalmente as mulheres e suas famílias para que, corretamente informadas, possam exercer seu papel de protagonistas neste evento que tem profundos significados sociais e afetivos.

Com base no excerto anterior, é possível perceber que a questão da indicação da cesárea é algo profundamente mais complexo e que merece ser discutido a partir dessa ampla perspectiva de saúde pública.

4.2.2 Se participou da decisão e como se sentiu: reflexões acerca de uma “*casca de derrotas*”

Entre os estudos que se têm proposto a compreender a questão da escolha da cesárea e do que seria satisfação com o parto, identifica-se que ser escutada pela equipe ou participar da decisão tem importante efeito positivo para a satisfação da mulher (SODRE e col., 2010). Isso significa que as mulheres avaliam a experiência mais positivamente quando sentem que foram incluídas no processo decisório.

A informação e a decisão informada, nas ações de saúde, são direitos da mulher que devem ser promovidos. No processo da parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e com o seu bebê e sobre o modo de participação, pois deseja adaptar-se ao modelo hospitalar vigente. O profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre o cuidado, os tratamentos e as alternativas, e dar à mulher a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado. (SODRE e col., 2010)

Considerando-se que este pudesse ser um fator relevante no julgamento da experiência de cesárea como indesejada, perguntou-se para as entrevistadas se elas julgavam haver participado da decisão e como haviam se

sentido (“Com relação ao momento de decisão pela cesárea, responda: b. Você participou da decisão? Descreva detalhadamente como foi (em caso de SIM) ou por que não (em caso de NÃO)” e “Como você se sentia/se sentiu neste momento? a. Fisicamente e b. Emocionalmente.”).

Em sua maioria, as mulheres consideram que não participaram da decisão e forneceram respostas extremamente detalhadas, com o relato completo do momento em que houve a indicação da cesárea e de como se sentiram naquele momento.

Em praticamente todos os relatos é possível identificar a escolha de uma palavra/expressão/frase que traz a intensidade do sentimento vivido nesse momento, evidenciando uma importante diferença entre a descrição de como essas mulheres se sentiam FISICAMENTE e EMOCIONALMENTE no momento da indicação/decisão pela cesárea. A presença de dor e desconforto físico é indubitável, mas aparentemente inferior ao desconforto emocional.

Nos excertos abaixo, os relatos de ANITA e CLARISSA trazem, com riqueza, os sentimentos vividos, com destaque especial para a escolha das palavras feitas pelas entrevistadas, em grifos realizados pela pesquisadora:

“Foi extremamente doloroso, fui pega de surpresa, era apenas a consulta semanal, que havia sido adiantada em um dia pois a pressão havia alterado um pouco mais. Mesmo já sabendo que poderia acabar em cesárea, nestes últimos momentos, foi um choque muito grande. Comecei a chorar, e saí do consultório chorando, até o momento de chegar no hospital. (dei uma rápida passada em casa antes para pegar as coisas) Tomei um banho em casa rapidamente (e chorando!!)

a. Fisicamente: bem. b. Emocionalmente: péssima.” (ANITA)

*“Não participei da decisão, estava decepcionada, frustrada, minha preocupação era a conta do hospital, visto que os dois que o meu plano cobria estavam sem vaga, a médica sugeriu que fôssemos para o mais caro de *cidade*, meu companheiro aceitou, eu tentei retrucar, ir para o SUS, mas fui voto vencido. (...) O nascimento da minha filha foi muito frustrante, só senti alegria quando voltei para casa dois dias depois”*

Fisicamente: Exausta, impotente. b. Emocionalmente: Frustrada, arrasada, todos os sentimentos ruins, não sentia alegria de ter minha filha chegando, e sim uma grande frustração, por não ter conseguido parir em casa.” (CLARISSA)

Na grande maioria dos relatos, as entrevistadas julgam não ter participado da decisão, havendo, inclusive, relatos de mulheres que consideram que foram induzidas ou levadas a pedir uma cesárea, em função

dos desconfortos físico e/ou psíquicos gerados pela forma como foi conduzido o pré-natal ou o trabalho de parto pelo médico/equipe.

“O médico me induziu à cesárea, não chegou a impor. Fico ainda inquieta por não ter questionado mais, pois fiquei desconfiada dele estar empurrando uma cesárea pelo ‘risco’ da minha filha nascer no natal ou no ano-novo.

a. Fisicamente: bem b. Emocionalmente: triste e desapontada”
(CILENE)

“Desde o momento do consultório (da fala de que tínhamos que “assinar um termo de responsabilidade pela criança”) eu fui me sentindo coagida a acatar as decisões posteriores, sem muita possibilidade de discordar. No momento da decisão da cesárea em si me lembro de uma sensação um pouco confusa, de estar tudo acontecendo muito depressa e eu me dar conta de que iria realmente para a cirurgia somente quando já estava sendo empurrada na maca até o centro cirúrgico. É preciso dizer que ao longo de todo tempo da consulta prévia e da internação eu realmente acreditei que estava sendo submetida a uma indução e, como no momento da chegada do médico ao quarto eu sequer tinha tido contrações, no meu entender o processo nem havia propriamente começado ainda. A constatação de insucesso feita por ele foi como um corte brusco, eu acho que demorei a processar.

a. Fisicamente: sem sinal de trabalho de parto, como eu disse. E nenhum outro desconforto físico. b. Emocionalmente: quando realmente me dei conta do que iria acontecer, já na sala de cirurgia, comecei a me sentir apavorada.” (DAIANE)

Ao se analisar os relatos, é possível perceber que há uma dinâmica de coerção da mulher para a cesárea, realizada pelos(s) profissional(ais) envolvido(s) na assistência, seja durante o pré-natal, seja durante o trabalho de parto, conforme elencado abaixo:

- a. **a ameaça**, percebida pela mulheres nas interações com o profissional, de que se não “obedecerem” estarão colocando a vida do bebê em risco;

“Ela pediu o exame, me explicou que era uma bactéria ‘agente da meningite’ e que se desse positivo, tínhamos de conversar, pois se a bolsa rompesse, quanto maior o tempo com a bolsa rompida, maior o risco de infecção. (...) Que o ideal, era marcar a cesárea antes do prazo, fazer o antibiótico 4 horas antes da cesárea, para prevenir infecção. (...) Quando levei o resultado, ela falou que nessas condições seria arriscado tentar um parto normal, pois o bebê poderia se contaminar e morrer. Com 17 anos, mãe de primeira viagem, sem apoio, e sem informação, aceitei a indicação. Não queria arriscar a vida dela por um ‘capricho’ meu. (...) Uma doula na minha vida, teria feito TODA a diferença.

*a. Fisicamente: preocupada que meu corpo, a bactéria, a afetasse.
b. Emocionalmente: triste e preocupada”* (CAROLINA)

"Sim [participei da decisão], me senti frustrada, e não sabia se estava tomando a decisão correta. Mas o medo nos olhos do meu marido ao saber que ela estava com circular de cordão me fizeram achar que seria o melhor. (...) O médico falou que se eu quisesse faria a cesárea naquele dia mesmo. E, apesar de saber que a circular não era indicação, fiz a cesárea pois sabia que o meu esposo iria ficar extremamente receoso pois o filho de um primo dele, naquele mesmo ano havia sido natimorto e segundo os médicos por circular de cordão, então eu vi o desespero nos olhos dele e aceitei fazer a cesárea naquele mesmo dia.

a. Fisicamente: Cansada.

b. Emocionalmente: Impotente, frustrada, queria desistir ou pedir indução, mas tive vergonha. [Vergonha do quê?] Vergonha de pedir indução pois já estava marcado o horário da cirurgia." (FABÍOLA)

b. **o desrespeito** aos seus desejos e à sua escolha;

"não [participei da decisão]. Chorei muito, pedi para assinar um documento me responsabilizando em esperar mais (já que na ausculta, ela estava ótima), briguei, xinguei, mas meu marido e irmã que estavam comigo, não aceitaram e eu sozinha, cedi. (...) ele quando me examinou, falou imediatamente que teria que ir para cesárea, eu lembro que levantei a cabeça e abaixei no mesmo instante e comecei a dizer que não ia fazer cesárea nenhuma, logo meu marido entrou e começou a chamar de louca e minha irmã fez coro com ele. (...)

a. Fisicamente: estava bem.

b. Emocionalmente: um caco, um lixo, uma reprodutora somente." (ANNE)

"Não [participei da decisão]. O novo médico mandou prepararem a raque e me disse, sem chance de discordar: vai ser cesárea. Já anestesiada, na maca, continuei pedindo que fizessem parto normal, disse que a vontade da mãe deveria ser respeitada, fiquei pedindo para o médico que fazia PN pélvico fazer o parto, mas nada foi atendido. Fui para a faca.

a. Fisicamente: Já não sentia a parte de baixo do meu corpo, mas estava bem fisicamente (eu acho).

b. Emocionalmente: Totalmente desrespeitada em meu desejo, com raiva do médico que estava atrasado e do outro médico que não me atendeu por conta de seu plantão ter acabado há poucos minutos. Fiquei inconformada de não ter o desfecho que imaginava por conta de burocracias de um hospital-escola." (REGINA)

c. **a imposição** de procedimentos dolorosos, sem o adequado alívio da dor, condicionado o alívio da dor à aceitação da cesárea;

"Mediante as minhas dores muito intensas e a total negação de qualquer meio de alívio eu implorei pela cesárea, pois tinha a sensação de que se demorasse mais um pouco eu morreria de dor.

Me senti extremamente frustrada e revoltada, pois sabia que se a minha bolsa não tivesse sido estourada pelo médico, antes da hora, eu conseguiria aguentar as dores, que estavam bem razoáveis até então. E também que se me fosse oferecido uma estrutura melhor, como uma banheira, água quente, e alguma analgesia eu teria conseguido. Frustrada por não ter conseguido meu parto, que havia me

preparado tanto. Triste porque sabia que não poderia ficar com o meu filho logo que ele nascesse. Não poderia amamentá-lo. Mas aliviada porque de alguma forma aquelas dores teriam fim. Já estava perdendo a razão. (...)

- a. *Fisicamente: Estava enfraquecida, pois já havia vomitado muitas vezes, minha pressão estava baixa. Tinha tonturas.*
- b. *Emocionalmente: Muito nervosa em função das dores e muito chateada com o fato de estar indo para uma cesárea sem indicação.* (DENISE)

- d. **a falsa impressão** de que poderiam ficar em trabalho de parto no hospital, mas logo em seguida ter a cesárea indicada;

“NÃO [participei da decisão]. O médico chegou às 8 da manhã, minha internação foi às 5h30. A bolsa havia estourado na sala de pré-parto e as técnicas de enfermagem ficavam fazendo toque e perguntando: vai ser normal? Vai ser normal? Quando ele chegou, ele auscultou, fez o toque e disse que ela estava muito alta e com pouca dilatação e que demoraria horas ainda para nascer normal, então ele disse: vamos fazer a cesárea, para vcs não correrem riscos. (...) ME SENTI IMPOTENTE. (...) Vi que não adiantaria falar nada, ele disse que continuar era um risco, eu não iria arriscar e não queria mais ficar sozinha naquele pré-parto.

- a. *Fisicamente: NÃO SEI DIZER.*
- b. *Emocionalmente: COM MEDO. [Com medo do quê, especificamente?] Tenho horror à cirurgias/anestesia... não queria mais um corte (fiz uma cirurgia de apendicite em 2004 e odiei a recuperação, fiquei muito mal.)”* (FLÁVIA)

- e. **o convencimento** de que, se o parto for espontâneo, pode não haver pediatra ou anestesista “no plantão”, ou de que estes serão profissionais desconhecidos do médico;

“Eu participei dizendo olha Fulano, vamos marcar de uma vez a data, e pronto. Ele em todas as consultas dizia ser arriscado o parto acontecer em finais de semana, porque não havia pediatra nem anestesista na cidade. Aí foi marcado para uma segunda-feira. Na mesma hora ele pegou o calendário e marcou, ligeirinho e sem me questionar. Ele sequer perguntou se eu estava certa, se eu sabia o que estava fazendo, nada do terrorismo que ele fazia em relação ao parto ele fez quando eu disse para marcar a cesárea.

- a. *Fisicamente: sempre tensa e nervosa nas consultas, e neste dia também, eu chorava bastante.*
- b. *Emocionalmente: no dia da consulta que marcamos até um alívio me deu! Mas com o tempo eu chorava por não ter sido forte de bancar sozinha o parto, e pedia por favor para o Universo fazer eu entrar em trabalho de parto antes.”* (ELENA)

Cabe aqui uma observação. Tanto a categoria “ameaça” quanto a “convencimento” serão retomadas posteriormente no capítulo 4.3 (Violência Obstétrica).

É importante mencionar, também, que alguns dos mecanismos de “coerção” (FAUNDES e CECATTI, 1991; BARCELLOS e col., 2009; TESSER e col., 2011) já foram referidos e/ou descritos na literatura, mesmo que esse não seja o termo utilizado. FAUNDES e CECATTI (1991) citaram, inclusive, a falha de progressão e a superestimação dos riscos do bebê como dois grandes motivos das altas taxas de cesárea.

Assim como na discussão sobre a indicação da cesárea, realizada no subcapítulo anterior, este é um mecanismo altamente complexo e que deve ser discutido, inclusive, à luz da bioética, conforme descrito por BARCELLOS e col. (2009), uma vez que envolve uma prática paternalista, por parte do médico, de não promover nem respeitar a autonomia da gestante pela escolha da via de parto e reforçar sua vulnerabilidade.

Para o grupo estudado, não ter participado da decisão parece estar relacionado à forma como essas mulheres avaliam sua cesárea. No entanto, é necessário realizar novos estudos com vistas a se confirmar esse dado.

4.2.3 Relação profissional x paciente

Os resultados encontrados no subcapítulo que tratou da participação da mulher no momento de decisão pela cesárea chamam a atenção para a relação profissional-paciente. A riqueza de detalhes dos relatos e a identificação de uma comunicação coerciva entre profissional-paciente sinalizaram a necessidade de se buscar informações adicionais a respeito da relação entre os profissionais e as mulheres durante o pré-natal e a assistência ao nascimento, uma vez que a literatura, conforme mencionado anteriormente, traz evidências de que os profissionais de saúde que atendem o parto têm um importante papel na “interferência” desse processo. De acordo com CARDOSO e BARBOSA (2012),

Os resultados evidenciaram uma (sutil ou explícita) interferência do obstetra sobre a escolha das mulheres, influenciando o desfecho em cesariana e sugerindo que, para muitas mulheres, não está sendo possível escapar das “armadilhas” de um modelo biomédico mercantilizado, interventor e iatrogênico, institucionalizado e legitimado pela sociedade.

Desse modo, buscou-se analisar, nos relatos, informações que contribuíssem para a compreensão de como se deu esse fato durante o atendimento à gestação e ao nascimento e verificar de que forma esse modelo de relação pode (ou não) estar associado ao objeto desta pesquisa.

Ao se analisar os relatos, verificou-se que as mulheres referem diversas situações que remetem à relação com os profissionais de saúde, que vão desde o pré-natal até o atendimento no pós-parto e a amamentação. A fim de organizar os dados, optou-se por dividir os excertos em situações que foram avaliadas positivamente e negativamente pela entrevistada.

4.2.3.1 Quando as mulheres se sentiram respeitadas e acolhidas ou “*minha médica desejou comigo isso até o fim*”

Entre as situações avaliadas positivamente, é possível identificar que se sentir acolhida, sentir que está sendo ouvida e, sobretudo, respeitada pelos profissionais parecem ser itens importantes, como relatam ANITA e JULIANA:

“Também sei que minha médica desejou comigo isso até o fim (temos amigas em comum e uma relação muito bacana, inclusive fora do consultório).” (ANITA)

“achava o médico o máximo da atenção e cuidado. Desde a primeira consulta até o pós-parto, ele sempre foi muito atencioso, as consultas eram sempre demoradas, podia ligar a qualquer momento no celular ou no consultório.” (JULIANA)

Além disso, durante a assistência ao parto, sentir que um dos profissionais foi sensível a algum pedido ou necessidade aparece como um evento altamente valorizado pelas mulheres e ao qual elas dão destaque durante o seu relato:

“(...) senti muitas dores na hora da anestesia, estava chorando muito na sala de cirurgia, detalhe que eu esqueci aqui, a única coisa que me respeitaram foi a anestesista que era uma senhora, um amor ela e eu pedi para não me amarrarem e ela aceitou.” (ANNE)

“eu tinha o plano de parto em mãos, a equipe sabia, a princípio tentou procedimentos de rotina, mas depois não fez nada até que a GO chegasse. (...) eu falei com ela por telefone e ela pediu pra ir na maternidade avaliar, início de TP, ela dispensou, voltei pra casa. Na volta (perto da meia-noite, umas 4h depois), a equipe estava mais

ciente do plano e não fizeram nada até ela chegar, ela avaliou e decidiu internar.” (PAULA)

*“Uma pediatra do *Hospital* em especial foi ótima, passou no meu quarto (acho que no segundo dia, depois de eu ter passado todas as horas anteriores num esforço sem fim para conseguir amamentar) e ficou ajudando o *nenê* a pegar o peito por mais de uma hora, até que deu certo e ele conseguiu mamar por vários minutos seguidos. Foi um momento muito emocionante!” (REGINA)*

Um fato que desde o início chamou a atenção nos roteiros preenchidos pelas mulheres foi a quantidade de informações e reflexões críticas. Inicialmente, não se esperava reflexões tão profundas, em parte pelo fato de os relatos terem sido feitos por e-mail, sem o contato face a face, e em parte porque não se considerou, *a priori* que essas mulheres estivessem fazendo uma reflexão crítica da sua experiência. Com isso, chamam a atenção, em meio a tantas reflexões críticas, situações em que as mulheres avaliam sua experiência positivamente.

Além disso, há que se considerar que muitas dessas mulheres já estavam suficientemente frustradas pelo fato de o trabalho de parto ou o parto não estar sendo encaminhado como haviam planejado; logo, ter alguém que as apoie ou respeite sua decisão/solicitação, de fato, faz uma diferença importante no processo, fazendo “merecer” ser citado em meio ao relato, por ter gerado sentimentos positivos de se sentir respeitada e participante do processo.

Um dado relevante é que as mulheres que referiram escolhas prévias de equipe sabidamente não típicas trouxeram mais informações positivas a respeito do atendimento, conforme relatos abaixo:

*“O apoio e atenção do Dr. X, da psicóloga e da doula *doula* foram tranquilizadores pra mim naqueles dias. (...) Salvo um ou outro inconveniente que encontrei nesse caminho, no geral a relação foi ótima, foram atenciosos, respeitosos, pacientes, eu digo que os funcionários da *maternidade* não parecem estar num hospital público. O atendimento foi acima da minha expectativa, em todos os setores, e eu passei por todos né. Do pré-natal a UTI e banco de leite, e em todos eu digo que encontrei anjos. Tinha hora que eu achava que tinha morrido e tava no céu, porque no meio da minha angústia maior aparecia uma pessoa que parecia ter surgido do além pra me botar bem de novo. Minha mãe e meu marido tiveram a mesma impressão. Por 2 anos voltei lá periodicamente pra acompanharem minha filha, e eu sempre ia nos setores pra encontrar aquelas pessoas que fizeram a diferença pra mim naquele momento delicado da minha vida.” (JULIE)*

De acordo com DINIZ (2005), esse modelo de relação comum às equipes “não típicas” seria:

(...) a Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente – ênfase na importância do diálogo com a paciente, inclusão do pai no parto, presença de doulas (acompanhantes de parto), alguma negociação nos procedimentos de rotina, a necessidade da gentileza da “boa educação” na relação entre instituições e seus consumidores. Diferentemente de uma noção referida a direitos sociais, aqui está fortemente presente a tradição liberal, de direitos do consumidor à escolha, criando uma “rede privada de assistência humanizada” e ampliando a legitimidade do modelo da MBE (...).

No entanto, ainda assim, uma das mulheres que passou por atendimento com equipe humanizada relata desconfortos muito parecidos com os das demais mulheres atendidas por equipes típicas, sugerindo que a vivência da relação profissional-paciente é mais determinante em uma avaliação positiva do trabalho de parto do que a filosofia humanista:

*“(...) Além disso, no TP eu achei que tanto a doula (*doula*) como o dr. X poderiam ter me auxiliado mais no sentido de me acalmar. Como eu sentia muita dor, eu quis deitar e não senti por parte da *doula* uma insistência em me tirar da cama para fazer exercícios para aliviar a dor. Eles ficavam sentados acompanhando os batimentos cardíacos e as contrações, falavam algumas palavras de apoio, mas naquele momento eu me senti sozinha e frágil. No momento do exame de toque, também me senti magoada, pois para mim foi um exame muito doloroso, acabei gritando um pouco além da conta e o dr. X disse que eu não precisava exagerar, pois o exame não doía tanto assim. Achei que naquele momento ele não teve sensibilidade o suficiente para compreender a minha dor, parecia que era ‘frescura’ minha. Apesar de achar ele um profissional competéssimo e o admiro muito por ser um dos maiores defensores e especialistas do parto humanizado, eu não faria meu próximo parto com ele.” (HELOISA)*

E o relato de LORENA, que foi atendida por uma equipe típica quando foi transferida para o hospital, vem confirmar essa afirmação:

*“Sim, eles me ouviram todo o tempo. Não tinha como não me ouvir. Eu entrei muito forte naquela sala. Era ou me ouvir ou não me atender. (...) Eu nunca pensei que diria isso, mas [a cesárea] foi feita de maneira muito bacana. Todos conversavam comigo. E eu pedi a todos, principalmente à enfermeira que me acompanhava e ao anestesiologista, que ficou do meu lado, que me informassem o exato momento em que ela seria retirada (eu deveria ter pedido pra não usar o campo cirúrgico, mas não me dei conta disso na hora). Pedi que meu marido ficasse ao lado dos médicos que a ajudariam a nascer, que ele ficasse de olho nela chegando. No momento em que ela seria tirada, eles disseram: ‘É agora! Lá vem a *nenê*!’. Foi um clima de alegria. A enfermeira que me acompanhava, disse bem amorosamente: ‘*LORENA*, ela vem vindo’.*

Por esse motivo, não é de se estranhar que uma grande parte das queixas feitas pelas entrevistadas pode ser resumida em uma grande categoria “não se sentir respeitada, inclusive, como sujeito do processo”, conforme discutido a seguir.

4.2.3.2 Quando as mulheres não se sentiram respeitadas e acolhidas ou quando “*a sete centímetros pélvico rompeu a bolsa, ohhh!*”

Antes de iniciar a discussão sobre este tópico, é fundamental sublinhar que se trata de um tema muito delicado e complexo, uma vez que diz respeito à relação paciente x profissional e a seus conflitos.

Foram muitos os relatos que trouxeram, em detalhes, a dificuldade da mulher de se sentir escutada e respeitada, em suas decisões, pelo profissional responsável pelo pré-natal ou pelo trabalho de parto e parto.

Se sentir um objeto, não ser respeitada em sua decisão ser desmoralizada ou tratada com indiferença/rudeza, infelizmente, foram queixas muito comuns e recorrentes.

No exemplo abaixo, está o relato de REGINA, que trouxe com detalhes as queixas mencionadas acima, denotando a tristeza e a pobreza da relação entre os profissionais e a paciente, em momento tão delicado como o da assistência ao parto:

[Você informou que tipo de parto desejaria quando chegou à maternidade? Se sim, como foi?] “Sim, eu disse que desejava muito um parto normal, mas sabia que nenhum médico faria com meu bebê pélvico (já que essa tinha sido a informação que recebi no grupo de apoio ao parto natural). Para minha surpresa, o médico que estava no plantão disse que poderia fazer parto normal se eu desejasse, e fiquei feliz da vida! Só que esse médico sairia das 11 às 13 horas e só ficaria até às 19 horas (eram cerca de 10 horas da manhã quando eu estava com 2 cm de dilatação e 3 contrações a cada 10 minutos, ainda com pouca dor, caminhando e conversando normalmente). Se não nascesse nesse período, dependeria do médico que estivesse de plantão na hora. Fui correndo então para casa me preparar, tomei um banho, arrumei a mala e voltei para a maternidade.”

No excerto acima, REGINA relata como a assistência ao parto está completamente “amarrada” aos protocolos hospitalares, em vez de às necessidades individuais dos pacientes.

No excerto a seguir, ela dará continuidade ao relato dos fatos, que não só confirmam que todos os profissionais da instituição estão submetidos a

esses protocolos, como acabam por também submeter os pacientes a eles, desconsiderando qualquer possibilidade de incluir esses pacientes nas decisões, de permitir sua participação, bem como de enxergá-los como indivíduos que têm nome e desejos, e que deveriam ser os sujeitos e os principais interessados em seu processo de trabalho de parto:

*“(...) [de volta à maternidade] Quando a enfermeira viu minha situação, orientou que outro médico me examinasse apenas por precaução. Aceitei, ele fez um exame de toque, constatou 7 cm (fiquei feliz em saber disso, pois estava levando o TP super bem), soube que o bebê estava pélvico e imediatamente agilizou minha internação. A maternidade foi tomada por um clima de desespero, fui orientada a tirar meus brincos, trocar de roupa e ir para outra sala. Fui fazendo isso calmamente, senti o tampão sair de uma vez, pedi um pano para me limpar, com todos à minha volta desesperados. Eu disse que a bolsa ainda não havia rompido, que podiam ficar tranquilos, mas a enfermeira disse que quem rompia era o médico, e eu fiquei chateada com isso. Quando me levantei para ir para a outra sala, a bolsa se rompeu no caminho, e lavou o corredor com um líquido branquinho. O clima de desespero aumentou, começaram a comentar por todos os lados ‘a sete centímetros pélvico rompeu a bolsa, ohhh!’, e eu feliz por ter passado por mais essa etapa de forma tranquila e natural. Cheguei à outra sala e, como o médico que eu queria ainda não havia chegado, apesar de já ter passado das 13 horas, dei-me conta de que sofreria uma cesárea. Só que chegou outro médico dizendo que adorava um parto normal pélvico, que ele também poderia fazer. Ele me examinou, eu estava com dilatação total e ele sentiu o pé do *nenê* durante o exame de toque. Fiquei feliz de novo por alguns instantes, mas logo fui informada de que o seu plantão já havia acabado, e que assumiria um outro médico.”*

Por fim, ela aponta a surdez institucional que aparece de forma tão recorrente nos relatos:

“(...) O novo médico mandou prepararem a raque e me disse, sem chance de discordar: vai ser cesárea. Já anestesiada, na maca, continuei pedindo que fizessem parto normal, disse que a vontade da mãe deveria ser respeitada, fiquei pedindo para o médico que fazia PN pélvico fazer o parto, mas nada foi atendido. Fui para a faca.”

A narrativa de REGINA é muito dura, pois é um relato (e um retrato!) muito claro de como uma mulher pode sofrer, durante uma única experiência de nascimento, as consequências de protocolos hospitalares arcaicos e “médicocentrados” que, inevitavelmente, levam a uma má relação profissional x paciente.

Em seu relato, ela refere **se sentir um objeto**, não ser **respeitada em sua decisão**, ser **desmoralizada**, **tratada com indiferença**, entre outras

referências comumente identificadas em relações verticalizadas, pobres e massificadas.

Dada a frequência de relatos como esse e a importância de compreendê-los, esta pesquisa optou por analisar o *corpus* referente à relação paciente x profissional à luz das teorias que discutem a violência na assistência obstétrica.

4.2.4 O parto “trágico” e o efeito protetor da cesárea: um paradoxo da assistência obstétrica e da formação médica

Conforme mencionado anteriormente, esta pesquisa não contará com a discussão dos dados coletados no Grupo CD. No entanto, definiu-se que haveria uma única exceção, que está relacionada ao fato de a mulher que respondeu ao questionário (LAÍS) ser uma médica pediatra e levantar uma questão altamente relevante para essa discussão: a formação dos médicos obstetras.

Quando perguntada sobre os motivos pelos quais escolheu uma cesárea, LAÍS respondeu:

“Bem, é uma longa história. Sou pediatra, assim fiz 2 anos de internato e 2 anos de plantão em centro obstétrico. Foram 4 anos vendo partos normais evoluírem com dificuldade, com RNs nascendo anoxiados, lotando as UTIs neonatais. Isso porque eu estava em hospitais-escolas de faculdades de medicina tradicionalmente consideradas boas, humanizadas. Obviamente que eram médicos residentes e sem tanta experiência, que a minha obstetra tinha ao menos 20 anos a mais de estrada, mas eu não senti empatia suficiente pelo momento parto normal.”

Essa fala traz um dado muito importante para esta discussão, em especial para a análise dos motivos pelos quais uma parte das mulheres vem escolhendo a cesárea como via de nascimento de seus filhos: o parto normal, hoje em dia, poderia ser chamado de qualquer coisa, menos de “normal”.

As intervenções que têm sido utilizadas rotineiramente (episiotomia, kristeller, entre outras), o descaso e o desrespeito para com as necessidades e escolhas das parturientes, a negação de alimentação, de alívio adequado da dor, de privacidade e da presença de acompanhante, quando reunidos,

transformam um evento fisiológico em um evento patológico, não raro com desfecho bastante crítico e adverso.

Por esse motivo, LAÍS é muito feliz ao citar sua experiência de atendimento de sala de parto durante a residência. De fato, partos evoluírem com dificuldade e bebês nascendo mal, infelizmente, é fato corriqueiro atualmente nas maternidades e nos hospitais-escolas.

Nesses últimos, geralmente mais intervencionistas, as mulheres são submetidas a intervenções e procedimentos dolorosos e invasivos, sob a justificativa da necessidade de treinamento e aprendizagem dos médicos em formação.

Além disso, por se tratar de hospitais-escolas, não raro as mulheres são vistas apenas como “peças” de aprendizagem, tendo seus corpos expostos e manuseados, em especial a vulva (o que geralmente envolve vários exames de toque, episiotomia e uso de fórceps), algumas vezes, por mais de um estudante, sem se levar em conta a individualidade e as necessidades da mulher e de seu bebê – que muitas vezes seriam apenas estar sendo acompanhada em sua evolução, sem necessidade de intervenção.

(...) se tomaremos aqui a definição proposta em 2008 sobre o que seria um parto normal ou fisiológico (iniciado espontaneamente, conduzido espontaneamente, e que se encerra espontaneamente – sem drogas ou cirurgias)⁴³, trata-se de um fenômeno raro no Brasil. (...) Os profissionais praticam intervenções sobre a vagina, como a episiotomia (que é uma laceração de 2º grau, no mínimo) e os fórceps, que aumentam os riscos de danos genitais graves¹⁶, e quando estes danos ocorrem, responsabilizam o parto em si pelos danos¹³. Desta forma, o dano iatrogênico é invisibilizado e re-descrito como um dano “natural” do parto, associado ao processo fisiológico e não às intervenções. (...) (DINIZ, 2009)

No entanto, diferentemente do que LAÍS citou (que uma das justificativas para tais desfechos seria o fato de esses partos serem acompanhados por residentes, ainda em treinamento), o que está por trás dessa dura realidade é a medicina intervencionista que vem formando os médicos, desde que o parto foi assumido como um evento médico. Não é por um acaso que os próprios profissionais envolvidos na assistência ao parto preferem a cesárea e temem acompanhar um parto que não esteja evoluindo dentro dos padrões considerados “normais” pela medicina.

Em resumo, o que o relato de LAÍS possibilita compreender, é que o parto, do modo como é conduzido atualmente, transforma-se em uma “panela

de pressão” cujo produto final é uma assistência marcada por práticas ultrapassadas e dolorosas – não raro, violentas -, causando sequelas físicas e psicológicas em mulheres e em seus bebês, além de um desgaste emocional para os profissionais envolvidos.

4.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma das categorias que surgiu no decorrer da análise empírica do material referente ao Grupo CI diz respeito à violência institucional da assistência obstétrica, também conhecida por *violência obstétrica* (VO), termo que será utilizado nesta pesquisa.

No início da coleta de dados, era esperado que surgissem algumas referências a situações já descritas na literatura como sendo típicas de violência obstétrica, mas se imaginava que seriam relatos isolados e em número reduzido, uma vez que se esperava haver uma “censura/veto social” a referir-se ao parto como um evento ruim, quando mãe e bebê, felizmente, encontram-se bem.

“Ainda por cima, muitas pessoas não entendiam o fato de eu estar com uma filha linda e saudável no meu colo e ainda assim estar chorando por um parto que não tive.” (ANITA)

No entanto, conforme os roteiros de questões foram sendo recebidos, a pesquisadora foi surpreendida com o volume e a frequência de relatos de situações que podem ser interpretadas como VO.

Na abordagem desse tema, será considerada não somente a literatura que descreve e analisa o conceito de violência obstétrica, como também a que trata dos aspectos psicológicos da maternidade e do nascimento, uma vez que pensar a respeito de violência na situação do nascimento traz à luz não somente questões que perpassam a violência de gênero, como também o desrespeito aos processos evolutivos (instintivos e fisiológicos) e emocionais do ser humano.

Com relação ao grande número de ocorrências de relatos de situações interpretadas como VO, esse fato pode ser compreendido, em parte, ao se considerar que o tema vem sendo divulgado e discutido amplamente na mídia,

principalmente após a publicação, pela Fundação Perseu Abramo, do documento “Pesquisa: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado brasileiros/Gravidez, filhos e violência institucional no parto: o estudo que revelou que 1 a cada 4 brasileiras sofre violência no momento do parto”¹⁶. No resumo dessa publicação, que trata sobre “Gravidez, filhos e violência institucional no parto”, estão os seguintes dados:

Afirmaram terem sofrido “algum desrespeito ou maltrato ao procurar assistência em maternidades ou em atendimento pré-natal” 15% das mulheres que tiveram filho/a(s) natural(is).

Em resposta a diferentes formas de violência institucional, no entanto, uma em cada quatro (25%) relatou ter sofrido, na hora do parto, ao menos uma entre 10 modalidades de violência sugeridas – com destaque para exame de toque doloroso (10%), negativa para alívio da dor (10%), não explicação para procedimentos adotados (9%), gritos de profissionais ao ser atendida (9%), negativa de atendimento (8%) e xingamentos ou humilhações (7%).

Ainda cerca de uma em cada quatro (23%) ouviu de algum profissional algo como:

- “não chora que ano que vem você está aqui de novo” (15%);
- “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe” (14%);
- “se gritar eu paro e não vou te atender” (6%);
- “se ficar gritando vai fazer mal pro neném, ele vai nascer surdo” (5%).

Por isso, é preciso considerar inicialmente que parte das mulheres que participou desta pesquisa possivelmente teve acesso a essas informações e a possibilidade de refletir a respeito de sua experiência, sustentando a definição de cesárea indesejada discutida anteriormente, sob a perspectiva de um conceito em construção, fruto de um processo. No entanto, ainda que todas elas tenham tido acesso a essas informações previamente, o fato de quase todas as entrevistas fazerem menção a algum tipo de VO já pode ser considerado, por si só, um dado muito significativo que merece ser aprofundado em estudos futuros.

A literatura traz diversas referências sobre o que deve ser tratado como VO. No relatório publicado pela USAID, “Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth”, são descritas sete categorias para abuso e desrespeito no nascimento: Abuso físico, cuidados não consentidos, cuidados

¹⁶ <http://www.fpa.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>

não confidenciais, cuidados não dignos, discriminação com base em atributos específicos dos pacientes, abandono de tratamento e detenção em instalações.

Já uma revisão da literatura internacional realizada por pesquisadoras brasileiras a respeito do tema (D'OLIVEIRA e col., 2002) identificou e descreveu quatro categorias que, em sua maioria, contemplam as sete categorias mencionadas anteriormente: negligência, violência física, violência verbal e violência sexual.

Na totalidade dos relatos, foi possível analisar um conjunto variado de atitudes dos profissionais com base nas categorias propostas por D'OLIVEIRA e col. (2002) para VO. A mais comum é a negligência, seguida da violência física e da violência verbal. Felizmente, não houve nenhum relato de violência sexual.

DINIZ (2009) propõe um modelo explicativo para se compreender a razão pela qual tantas mulheres sofrem VO na assistência à gestação e ao parto:

No Brasil tivemos grandes avanços no campo da saúde materna, entre eles a universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto (...). Porém, persistem desigualdades e a qualidade da assistência é limitada pela escassa atenção às evidências sobre segurança e conforto dos procedimentos na assistência, e pela permanência de uma cultura discriminatória, punitiva e correccional dirigida às mulheres.

Isso significa que, enquanto o corpo da mulher continuar sendo visto como “defeituoso” e “necessitando” de intervenções para “correção” dos processos fisiológicos, enquanto o parto continuar sendo visto como um evento meramente médico e arriscado e enquanto os protocolos médicos e hospitalares não forem atualizados a partir das evidências científicas – como o uso desnecessário de procedimentos arriscados, dolorosos, sem explicações ou consentimento da mulher –, as mulheres continuarão relatando fatos e situações relacionados à violência obstétrica.

Para se ter uma exata ideia da complexidade desse tema, foi feita a análise integral de um dos dois relatos que apresentaram referências de VO ao longo de toda a assistência, conforme quadro abaixo:

Quadro 2. Excertos retirados do roteiro de questões preenchido por DENISE.

	EXCERTO	ANÁLISE
Sobre o trabalho de parto (TP):	<p><i>“Eu disse a ele que estava em trabalho de parto, daí ele duvidou, pois disse que meus batimentos não eram de alguém que estava em trabalho de parto. Falei pra ele que estava tendo contrações desde a 1:30 da manhã, que vinham a cada 4 mim, que inicialmente não eram doloridas mas que na hora da consulta (9:00 da manhã) estavam doloridinhas, totalmente suportáveis, foi então que ele resolveu medir a dilatação. Disse que não havia feito isso antes, pois podia ser dolorido e antes ele achava desnecessário. Então fez o toque, e no momento em que retirou os dedos escorreu uma água quente e eu sabia que a minha bolsa tinha se rompido. Daí falei pra ele e ele em nada se alterou, falou ‘é, às vezes acontece mesmo, vou providenciar sua internação.’”</i></p>	<p>NEGLIGÊNCIA: fazer menção a não acreditar que a gestante estaria em trabalho de parto.</p> <p>VIOLÊNCIA FÍSICA: realizar um toque e romper a bolsa, sem consentimento ou informação prévia de que o toque poderia levar ao rompimento de bolsa ou que iria rompê-la.</p>
Sobre anestesia:	<p><i>“Já com muitas dores, vomitando de dor, e apavorada por estar com apenas 3cm de dilatação, eu implorei uma analgesia, uma anestesia, qualquer coisa que aliviasse um pouco as minhas dores. Tudo me foi negado.”</i></p>	<p>NEGLIGÊNCIA: negar apoio, informação e alívio da dor.</p>
Sobre a participação da mulher durante o TP:	<p><u>[Que foi dito pela equipe com relação ao trabalho de parto, à sua participação, seu empenho em ajudar o desenrolar do trabalho de parto, sobre a saúde do bebê (sofrimento fetal) ou à sua saúde:]</u></p> <p><i>“Nada me foi dito. Me internaram e ninguém mais apareceu, até o médico aparecer 3 horas depois pra fazer a ausculta e o exame de toque, nada me foi dito, ou feito que favorecesse ao parto normal. Aliás me foi negado tudo, até que enlouquecida de dor implorei pela cesárea, e aí tudo foi agilizado com a maior rapidez. Em 10 minutos eu estava na sala de parto. (...) Mediante as minhas dores muito intensas e a total negação de qualquer meio de alívio eu implorei pela cesárea, pois tinha a sensação de que se demorasse mais um pouco eu morreria de dor.”</i></p>	<p>NEGLIGÊNCIA: abandono; não oferecer informações necessárias.</p>
Sobre a presença de acompanhante:	<p><i>“Definitivamente em nada me ouvira. Já na sala de parto, anestesiada perguntei pelo meu marido que não estava no centro cirúrgico, o anestesista me respondeu friamente ‘nem sei quem é o seu marido’. Então fiquei eu, vulnerável e sozinha, enfrentando uma cirurgia de risco, sem poder fazer nada, ver nada. Saber de nada que estivesse acontecendo e sem ninguém pra me acompanhar. (...)”</i></p> <p><i>“Durante o nascimento eu fiquei sozinha, nem meu marido pôde estar comigo. A explicação póstuma foi que um pai tinha desmaiado num parto anterior, batido a cabeça e entrado em coma. E por isso, nenhum outro podia acompanhar.”</i></p>	<p>NEGLIGÊNCIA: desrespeito a um direito constitucional, o que torna nula qualquer justificativa; falta de informação.</p> <p>VIOLÊNCIA VERBAL: tratamento grosseiro.</p>
Sobre a cirurgia:	<p><i>“No instante em que se constata que a anestesia pegou, já começam a te cortar, e eles conversam entre si, de assuntos outros, como se você não estivesse lá. E mais angustiante ainda foi que o meu filho não chorou ao nascer. Perguntei a razão e ouvi a resposta mais descabida vinda do meu ginecologista, que acompanhou minha gravidez toda, e sabia como meu filho era agitado na barriga ‘isso é normal, tem criança que nasce mais calminha’. Eu tinha certeza que havia algo errado, pois meu filho me chutou até o momento em que me anestesiaram. Como poderia ter nascido ‘calminho’. E de fato depois eu soube que havia um problema. (...). Passado algum tempo, nem sei precisar quanto, mas me pareceu bastante, vem a pediatra com ele, dizendo que era pra eu olhá-lo rapidinho, pois ele havia nascido muito grande e precisava ficar em observação. ‘mas está tudo bem viu mãe’ me deu vontade de chorar... não por ter tido um filho, mas por estar lá, sozinha, sem saber o que estava de fato acontecendo, totalmente incapaz de me mover, atrás de um paninho, com dois médicos do outro lado, que conversavam entre si e riam e não me falavam nada.”</i></p>	<p>NEGLIGÊNCIA: Rompimento da relação médico-paciente; uso de tecnologia em detrimento da interação pessoal; objetificação do outro e anulação de sua subjetividade – o outro deixa de ser um sujeito para ser um objeto de intervenção.</p>
Sobre obter informações:	<p><i>“Não busquei, depois de tudo que tinha passado não queria ouvir nenhuma explicação mentirosa, exagerada ou fantasiosa vinda da parte deles. Sabia que em momento algum me contariam a verdade. Só escutei da pediatra que eu havia tomado a decisão certa de fazer a cesárea, pois se tivesse demorado mais tempo pra “TIRÁ-LO” ele poderia</i></p>	<p>NEGLIGÊNCIA: informações contraditórias, rompimento da relação médico-paciente; tratamento grosseiro.</p>

	<i>nascer sequelado, pois já ficou 30 segundos sem respirar e quase sem batimento. E do médico rindo dizendo para a outra médica 'e ele ainda queria o normal, esse menino não sai de lá nunca, não deste tamanho e com esses ombros largos'. Aliás depois perguntei ao médico o que teria acontecido se eu tivesse no meio do mato ao entrar em trabalho de parto, ele respondeu 'vc teria morrido' (...)."</i>	
Sobre informações divergentes:	<i>"Quando ele nasceu ele não chorou... demorou até eu ouvir ele chorando. Passou um tempinho do choro a pediatra vem com ele e diz que tínhamos que ser breves no primeiro encontro porque ele nasceu muito grande e bebês grandes têm quedas bruscas de glicemia então ele tinha que ser monitorado um pouco. E levou meu filho embora. Já no quarto ela me contou que ele tinha nascido roxo, que não respirou, que teve que ser massageado, que o batimentotava quase zero. Mas que com 1 min já estava tudo ótimo e restabelecido. Eu não tinha nem como questionar nada, porque ninguém da minha confiança de fato viu o que aconteceu. E pra ajudar o ginecologista disse que não percebeu nada disso."</i>	NEGLIGÊNCIA: informações contraditórias, rompimento da relação médico-paciente; tratamento grosseiro.

Em suma, o que o relato de DENISE possibilita compreender é que a violência obstétrica encontra-se, muitas vezes, "disfarçada" nas rotinas, nos procedimentos e nos modelos de relações estabelecidos nas instituições e com os profissionais.

Ao entrar na instituição, a mulher tem desconsiderada a sua individualidade (crenças, valores e expectativas); seu corpo é "objetificado" por meio da manipulação excessiva e das intervenções; a relação interpessoal é substituída pelo uso abusivo e rotineiro da tecnologia; os medos, anseios e desejos das mulheres são desconsiderados em prol dos protocolos hospitalares; e seus direitos são desrespeitados.

De acordo com AGUIAR (2010), em estudo sobre violência institucional em maternidades públicas:

Essa violência, como aponta a literatura, se expressa através da objetificação da paciente que não é reconhecida como um sujeito na relação com o profissional de saúde, e sim como um objeto de intervenção para se chegar a um fim. Vigora também a transformação de suas diferenças étnicas, sociais e de gênero em desigualdades, através de condutas discriminatórias que colocam a paciente em posição de inferioridade a fim de reforçar as relações de mando e obediência.

Os dados sugerem que a violência obstétrica é um fator importante para este grupo que autorrefere sua cesárea como indesejada, evidenciando a necessidade de se aprofundar o estudo desse fenômeno a fim de se compreender de que forma a violência institucional se relaciona com o conceito de cesárea indesejada.

4.3.1. Violência psicológica

A partir da leitura dos relatos dessas cinco mulheres, e dos demais que não foram utilizados para o exercício acima, foi possível observar a existência de uma quinta categoria de VO que diz respeito a um tipo de violência muito mais velada do que as demais: a violência psicológica, também chamada de violência silenciosa (SILVA LL e col., 2007).

Referindo-se à violência do parceiro íntimo, de acordo com o Ministério da Saúde/MS (apud SILVA e col., 2007),

Violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, exploração, crítica pelo desempenho sexual, não deixar a pessoa sair de casa, provocando o isolamento de amigos e familiares, ou impedir que ela utilize o seu próprio dinheiro. Dentre as modalidades de violência, é a mais difícil de ser identificada. Apesar de ser bastante frequente, ela pode levar a pessoa a se sentir desvalorizada, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa a provocar suicídio.

Ao realizar uma busca por publicações que utilizam o termo *violência psicológica*, verifica-se que, tal como descrita no trecho acima destacado, esta aparece mais frequentemente associada à violência doméstica, mais precisamente na relação da mulher com o(s) companheiro(s) ou ex-companheiro(s). Foram poucos os estudos que citaram a violência psicológica na relação com profissionais de saúde e, mais especificamente, no parto.

O que foi possível perceber, por meio da leitura dos relatos, é que a violência psicológica na relação com o profissional de saúde durante o pré-natal e o parto existe e, em muitos casos, permanece velada e até mesmo sendo consentida (SILVA e col., 2007) e banalizada (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011) pelas próprias mulheres que a vivenciam, conforme observado nos excertos abaixo:

Quadro 3. Excertos retirados de cinco roteiros de questões respondidos e que contêm relatos de violência psicológica na assistência obstétrica.

NOME	EXCERTO	ANÁLISE
ANNE:	<p>[Você participou da decisão?] “não. chorei muito, pedi para assinar um documento me responsabilizando em esperar mais (já que na ausculta, ela estava ótima), briguei, xinguei, mas meu marido e irmã que estavam comigo, não aceitaram e eu sozinha, cedi. (...) ele quando me examinou, falou imediatamente que teria que ir para cesárea, eu lembro que levantei a cabeça e abaixei no mesmo instante e comecei a dizer que não ia fazer cesárea nenhuma, logo meu marido entrou e começou a chamar de louca e minha irmã fez coro com ele.”</p>	<p>Não seguir os protocolos e indicar a cesárea em quadro típico de fase latente de trabalho de parto. Não respeitar o desejo da gestante e permitir que a família se pronuncie e a coaja, apesar de a gestante aparentemente estar em perfeita condição de opinar a respeito de sua saúde.</p>
CLARISSA:	<p>“Sentia-me segura, em todas as consultas exceto quando completei 39s e ela me disse que só esperaria até 41s, quando faria uma cesárea, caso eu não entrasse em trabalho de parto. Isso me deixou apavorada!”</p>	<p>Às vésperas do nascimento, decretar um prazo para o início de trabalho de parto, ameaçando fazer uma cesárea, quebrando o vínculo de confiança e os combinados iniciais, gerando sentimento de “pavor”.</p>
CILENE:	<p>“O obstetra indicou a cesárea pois ‘parecia’ que o bebê era muito grande e havia o ‘risco’ de eu não ter passagem, e na verdade o único risco era da minha filha nascer no natal ou ano-novo, já que a cesárea foi feita com 38 semanas e 1 dia e ela nasceu com 45,5cm e 2,695kg.</p> <p>[motivo da internação?] “Após exame de toque, o médico disse que eu tinha uma protuberância no osso do quadril que ‘talvez’ pudesse impedir a passagem do bebê que ‘parecia’ grande. Era melhor fazer a cesárea e evitar sofrimento desnecessário.”</p>	<p>Questionar a capacidade de a mulher parir, utilizando argumentos equivocados e não comprovados cientificamente (tamanho do bebê e possível protuberância no quadril), indicando uma cesárea às vésperas das festas de final de ano.</p>
CAROLINA	<p>“Fui induzida pela médica, ela sabia do meu desejo pelo parto natural, e usou como desculpa o fato de eu ser estreptococos positivo. Segundo ela, era muito arriscado um parto natural.”</p> <p>“Ela pediu o exame, me explicou que era uma bactéria ‘agente da meningite’ e que se desse positivo, teríamos de conversar, pois se a bolsa rompesse, quanto maior o tempo com a bolsa rompida, maior o risco de infecção.”</p> <p>“Que o ideal, era marcar a cesárea antes do prazo, fazer o antibiótico 4 horas antes da cesárea, para prevenir infecção. Lembro de perguntar se caso a bolsa rompesse, se eu podia tomar banho primeiro e arrumar tudo com calma. Ela afirmou que o banho sim, mas que seria tudo muito rápido, não deveria esperar. Quando levei o resultado, ela falou que nessas condições seria arriscado tentar um parto normal, pois o bebê poderia se contaminar e morrer. Com 17 anos, mãe de primeira viagem, sem apoio, e sem informação, aceitei a indicação. Não queria arriscar a vida dela por um ‘capricho’ meu.”</p> <p>“Uma doula na minha vida, teria feito TODA a diferença.”</p>	<p>Ameaçar a integridade física da mulher e do bebê utilizando argumentos equivocados e não comprovados cientificamente, gerando medo e insegurança. Superestimação dos riscos com base em informações “incorretas”.</p>
DAIANE:	<p>“Sim, fui a uma consulta de rotina onde, apesar de os exames recentes (cardiotocografia) estarem ‘normais’ o médico disse que havia chegado ao seu limite de segurança e que se quiséssemos esperar mais teríamos que ‘assinar um termo de responsabilidade’ pela saúde do bebê. A sua orientação então foi que fôssemos para a maternidade no mesmo dia, onde ele ‘tentaria fazer uma indução’.”</p> <p>“(…) supostamente teria sido ‘ministrada com o soro’ [ocitocina sintética] desde o início. Eu fui internada entre 17 e 18h, só tive contato com a equipe de enfermagem até as 21h, quando o obstetra chegou para constatar que não havia contrações e me conduzir à sala de cirurgia. Iniciei a resposta com ‘supostamente</p>	<p>Às vésperas do nascimento, decretar um novo limite de segurança e, para garantir que seu encaminhamento seja respeitado, ameaçar a família a assinar um documento se comprometendo com a segurança da mulher e do bebê, caso seja questionado.</p> <p>Além disso, aparentemente não realizar a indução de acordo com os protocolos, uma vez que esta é considerada “falha” antes mesmo de ter início.</p>

	<p><i>teria' porque tempos depois, ainda incomodada com a história, pesquisando por conta própria e conversando com outros profissionais concluí que é muito pouco provável que efetivamente tenha sido feita uma indução (ou que tenha sido feita da maneira correta). Durante um tempo eu quis pedir o prontuário da clínica para ter essa informação confirmada, mas nunca cheguei a fazer isso."</i></p>	
--	--	--

Pode-se observar, por meio dos excertos, que essas mulheres foram colocadas em uma situação de coação, em função dos encaminhamentos realizados pelo profissional/equipe – em sua maioria, não embasados cientificamente, segundo a MBE –, o que pode ser interpretado como violência psicológica, uma vez que, além da situação clara de desrespeito, gera sentimentos extremos de desconfiança, medo, dúvida e tristeza.

Para além dos exemplos expostos acima, qualquer ocorrência analisada sob a perspectiva da violência institucional obstétrica, pelo fato de gerar sentimentos negativos e contraditórios e levando em conta a situação de extrema vulnerabilidade em que a mulher se encontra, não só pode como deve ser analisado como um evento gerador de violência psicológica. E, em se tratando do momento primordial de parto e nascimento e estabelecimento de vínculo da mulher com o bebê que está nascendo, pode-se concluir que isso é altamente prejudicial e danoso para a dupla mãe-bebê.

WINNICOTT (2000), em seu artigo que trata sobre o trauma do nascimento, refere:

A saúde mental do indivíduo é construída pela mãe que, por ser devotada ao filho, é capaz de fazer uma adaptação ativa. Isto pressupõe a existência de um estado básico de relaxamento na mãe, bem como de uma compreensão do modo de vida do bebê, que, por sua vez, nasce da capacidade materna de se identificar com o filho. Esta relação entre a mãe e o bebê começa antes de o bebê nascer e continua, em alguns casos, através do processo de nascimento e para além dele. No meu entender, o trauma do nascimento é a interrupção da continuidade do continuar-a-ser do bebê e, quando esta interrupção é significativa, os pormenores do modo como as invasões são sentidas, assim como a reação do bebê a elas, tornam-se, por sua vez, importantes fatores adversos ao desenvolvimento do ego.

Qualquer tipo de vivência de violência na assistência ao parto e nascimento é não somente uma questão de desrespeito aos direitos humanos e reprodutivos, como também um evento gerador de estresse e, provavelmente de comprometimento daquela relação “em construção”, e de um bebê que ainda está se organizando física e psicologicamente, segundo WINNICOTT

(2000). Não são poucas as evidências a respeito da importância de se garantir para mãe e bebê um nascimento respeitoso, ainda que não seja possível saber, ao certo, a extensão e profundidade desses “traumas”.

Por esse motivo, dando sequência à análise, ainda no quesito violência psicológica, serão discutidas a seguir três situações muito comuns aos relatos e que merecem uma reflexão, por se tratar de eventos sabidamente traumáticos: mulheres cujas mãos foram amarradas durante a cirurgia (e sequer foram desamarradas no momento de ver seu bebê), mulheres que relatam terem sido sedadas após o nascimento de seus filhos e mulheres que foram deixadas sozinhas na recuperação.

Essas três situações devem ser analisadas não somente a partir da perspectiva da violência psicológica, mas também como associadas a outros tipos de violência, conforme já descrito por D’OLIVEIRA e col. (2002): da violência física (na situação de sedação e mãos amarradas), da negligência/abandono (na situação de ser deixada sozinha na recuperação) e da percepção mais ampla dos cuidados não consensuais, não dignos e da privação da presença de acompanhante. Para isso, serão utilizadas também as contribuições da psicologia do desenvolvimento e da psicanálise.

4.3.1.1. “Largada no cantinho”: o abandono de puérperas após o nascimento.

Conforme mencionado anteriormente, um dado importante e que foi observado no conjunto do material empírico diz respeito a este período em que a grande maioria das mulheres relata ter ficado desacompanhada: o período da recuperação. Para essas mulheres que autorreferem sua cesárea como indesejada, esse foi um momento de grande desconforto, falta de informação e solidão.

Além de esta situação estar relacionada a dois fatores de violência obstétrica (psicológica e negligência/abandono), como já mencionado, é importante lembrar que há uma terceira questão envolvida e que a torna injustificável: trata-se de mais uma prova da violação de um direito amparado

por lei – a Lei nº 11.108, também conhecida como Lei do Acompanhante¹⁷ (Capítulo VII – do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato):

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

Soma-se a isso o fato de a literatura vir apontando a presença de acompanhante como importante quesito para diminuição das intervenções no parto e de cesáreas e, portanto, de aumento de satisfação com o parto.

De maneira geral, os resultados do suporte são favoráveis, destacando-se redução da taxa de cesarianas, da analgesia/medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da utilização de ocitocina e produzindo aumento na satisfação materna com a experiência vivida. Quando o provedor de suporte não é um profissional de saúde, os benefícios têm sido mais acentuados. (BRÜGGEMANN e col., 2005)

Foi possível verificar, por meio das entrevistas, que ficar sozinha na recuperação foi um dado importante observado no conjunto do material empírico, pois, para este grupo, esse foi um momento de grande desconforto, falta de informação e solidão, como será visto adiante.

“no pós-parto me senti sozinha e muito angustiada, sem atenção das técnicas de enfermagem e/ou informações sobre meu marido e sobre meu bebê.” (FLAVIA)

É sabido que proibir a presença do acompanhante durante a recuperação é protocolo hospitalar para evitar que se tenha o dobro de pessoas em uma sala próxima ao centro cirúrgico, o que poderia gerar novas demandas, uma vez que a presença de alguém que está com o foco exclusivo na mulher, apoiando-a, certamente faria com que a equipe de enfermagem fosse muito mais solicitada e seria mais uma “preocupação”.

¹⁷ Lei Federal no. 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o Subsistema e acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [legislação na internet]. Brasília; 2005. [acesso em 10 de dezembro de 2012]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>

No entanto, considerando-se que naquele momento o foco é a mulher em seu pós-cirúrgico, e que na maioria das vezes ela está consciente, é de fundamental importância que ela esteja com alguém de sua confiança e que possa lhe oferecer o apoio necessário. Protocolos são necessários, desde que sejam em favor do paciente e não do hospital.

HODNETT e col. (2007) realizaram uma revisão de estudos ECR publicados e não publicados que comparavam o suporte contínuo durante o trabalho de parto e os cuidados habituais, e verificaram que o primeiro tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e bebês e nenhum dano conhecido, recomendando, assim, que todas as mulheres tenham apoio contínuo durante o parto e nascimento. No entanto, chamam a atenção para o fato de que existe pouca informação sobre os efeitos do suporte contínuo intraparto em mães e bebês e sobre o bem-estar no período pós-parto.

Os dados da presente pesquisa demonstram que as mulheres entrevistadas, além de não terem sido beneficiadas pela presença de acompanhante, ainda foram submetidas à violência institucional. A seguir, alguns trechos retirados dos relatos que ilustram esta situação em que as mulheres são “largadas no cantinho”:

“(...) me deixaram sozinha em uma sala pós-cirurgia, meu esposo não ficou comigo e nem ficou com minha filha, eu chorava muito e ainda tive que ouvir as enfermeiras rindo da situação e de tudo o que eu tinha dito no CC. (...) Elas ficaram na sala ao lado da que eu estava na recuperação, ficaram rindo alto e dizendo: ‘aiii Doutor, tá doendo muito, tá doendo muito!’ que foi o que eu falei no CC ao Dr, ele era a única pessoa presente que eu conhecia naquela sala.” (ANNE)

ANNE, além de ter passado pela aflição de estar sozinha na recuperação, foi novamente vítima de violência obstétrica ao ser alvo das zombarias das enfermeiras, que repetiam o que ela havia dito durante o parto. Ridicularizar a dor e o pedido de ajuda é o que há de mais perverso dentre as formas de violência não veladas.

O relato abaixo, de CILENE, revela a naturalização da violência, o que significa que o ato é consentido e banalizado não só pela equipe, mas também pela parturiente.

“me senti aflita, mas achando tudo normal. (...) Não precisei perguntar por nada, a equipe buscou me informar sobre todos os procedimentos que estavam sendo feitos até o momento em que fui levada para uma

sala pouco iluminada e orientada a descansar e dormir um pouco pois em algumas horas estaria com minha filha e então não seria mais possível.”

Além de naturalizada, a violência é velada, pois a equipe submete a mulher aos protocolos e ela aceita, com medo de desrespeitar os profissionais e de uma possível repreensão, conforme relato de REGINA:

*“Depois que o *bebê* nasceu, ele foi colocado ao meu lado, minhas mãos foram desamarradas, e pude acariciá-lo por um certo tempo. Olhei para o pediatra e perguntei se eu podia estar fazendo aquilo (queria saber se não estava desrespeitando algum protocolo por não devolvê-lo tão rápido) (...)”*

Pode-se referir a esse tipo de violência como sendo “silenciosa”, uma vez que não só quem a pratica, como quem é submetido a ela, muitas vezes não se dá conta do ocorrido. Ela é típica de relações assimétricas/verticais, em que o profissional e sua equipe são vistos como os detentores “do conhecimento” (GILBERT e col., 2006) e o paciente como “objeto” da intervenção.

Outra situação de violência velada diz respeito a protocolos que a princípio visariam “humanizar”, mas que, da forma como são encaminhados pela equipe, apenas agravam a situação de abandono. Podemos identificar essa situação por meio de um termo bastante conhecido no meio: “abandono conjunto”, uma triste metáfora do tão conhecido e importante “alojamento conjunto”. O excerto abaixo exemplifica essa situação:

“Até hoje é rotina da maternidade, após a cesárea, o bebê é colocado entre os joelhos da mãe, pois já que não sentimos as pernas, o bebê não cai. Ninguém me ajudou, eu não conseguia levantar a cabeça para ver se ela estava incomodada com algo, não conseguia pegá-la, e não tinha ninguém na sala de recuperação. São 2 circulantes para 6 ou 8 leitos. Eu trabalhei nessa maternidade depois, e vi que era rotina. Sou formada hoje além de doula, como técnica em enfermagem. Ficamos cerca de 1 hora a 1:30 ali, com ela no meio das minhas pernas. [E se o bebê chora, e as circulantes estão ocupadas, ele fica chorando? Tem como chamar uma das circulantes?] Fica chorando, porque não tem campainha, não tem acompanhante pra ajudar ou chamar alguém, então a mãe TEM que esperar alguém resolver vir.” (CAROLINA)

O relato de CAROLINA traz uma situação muito inusitada, para não dizer com “requintes de crueldade”, de “abandono conjunto”: ser “largada no cantinho” completamente incapaz de se movimentar em função da anestesia e

com o seu bebê entre as pernas. Cabe aqui uma reflexão bastante pessoal da pesquisadora a respeito dessa passagem, que soou extremamente violenta.

O que será pior para uma mãe nesse momento: estar longe de seu bebê, aflita por notícias, mas acreditando que ele está sendo prontamente atendido pela equipe médica no berçário, ou tê-lo próximo, porém completamente distante em função da impossibilidade de a mulher se movimentar, vendo-o e ouvindo-o chorar, sem poder fazer absolutamente nada por seu bebê que acabou de nascer?

Por fim, identificamos no relato abaixo, de DAIANE, a típica cena que vem sendo relatada diariamente pelas mulheres sobre esse momento de se sentir “largada no cantinho” (grifos da pesquisadora):

“Depois da sutura, fui levada para o que deveria ser a sala de recuperação por cerca de 40 minutos a 1 hora mas que me pareceram muito mais. O estado de confusão mental permanecia, eu não tive contato com ninguém da equipe e fiquei me sentindo ‘largada’ até o momento em que a enfermeira apareceu para levar a maca até o quarto. (...) imediatamente após a cirurgia: fui levada na maca para o que me pareceu o canto de um corredor no centro cirúrgico e fiquei lá sozinha por algum tempo (que me pareceu muito longo) sem que ninguém esclarecesse o que estava se passando, e os pensamentos confusos por conta, acredito, da emoção da cirurgia/anestesia. Nesse momento, lembro de me sentir com muita raiva, tratada como uma ‘engrenagem do processo’.”

DAIANE faz referência a duas questões importantes. Primeiro, ter sido “largada no cantinho”, o que significa estar “largada” (sic) sem nenhum profissional por perto e sem que ninguém tenha explicado antes onde ela estava, por que teria de ficar ali e por quanto tempo. Segundo, ter sido “dopada” ou ter permanecido nesse momento em um estado de “confusão mental” ou “grogue”. Essa será a próxima questão a ser discutida, em função da frequência com que aparece nos relatos, como será visto a seguir.

Esses não são os únicos relatos que falam sobre os sentimentos de solidão, tristeza, medo, angústia e raiva por estar sozinha, longe de seu bebê e sem notícias sobre sua situação de saúde e de seu filho. ELISA, FLÁVIA, FABÍOLA, JULIANA e LÍVIA também trouxeram relatos importantes – e tristes – a respeito desse momento.

Identificaram-se os adjetivos “horível”, “angustiante”, “péssimo” em vários relatos, durante a descrição do período de recuperação, e a menção a “sentir-se sozinha” está presente em praticamente todos eles.

Considerando-se que esse não é o foco desta pesquisa, neste momento cabe divulgar esse evento tão recorrente, bem como levantar a discussão a respeito da violência subjacente a esse “protocolo”, apontando para a importância de se aprofundá-lo em estudos futuros.

4.3.1.2. “Acho que fui sedada”: o primeiro contato com seu bebê e a falta de memória após o nascimento.

Quando se perguntou a respeito do primeiro contato das mulheres entrevistadas com o bebê, chamou atenção a menção, em muitos relatos, sobre estar “grogue”, “dopada”, “sedada” ou experimentar “confusão mental”¹⁸. Isso significa que uma parte dessas mulheres, quando viram seu bebê pela primeira vez, estava cognitivamente prejudicada, num dos momentos mais importantes para estabelecimento do vínculo mãe-bebê e para amamentação.

Não é novidade na literatura a importância do contato precoce mãe-bebê: de etologistas a psicanalistas (KLAUS e KENNEL, 1993; ODENT, 2002), há um consenso sobre a importância das primeiras relações mãe-bebê, sobretudo nas primeiras horas, como um evento que possui efeito altamente positivo no estabelecimento de comportamentos de apego. “Não importando a espécie, imediatamente após o parto há um curto e crítico período de tempo que tem consequências a longo prazo” (ODENT, 2002). Esse período também é chamado por alguns autores de “período sensitivo”, conforme citam KLAUS e KENNEL (1993):

¹⁸Nenhuma das mulheres chegou a citar a medicação utilizada, até porque a maioria ainda hoje tem dúvida sobre se de fato recebeu alguma medicação no pós-parto, apesar de relatar sintomas de confusão mental. Em uma conversa informal com três profissionais de obstetria*, a pesquisadora verificou que a medicação mais comumente utilizada após o parto é o Midazolam, medicação que possui um efeito sedativo e indutor de sono: “Midazolam (Dormonid®) possui um efeito sedativo e indutor do sono muito rápido, de pronunciada intensidade. Também exerce um efeito ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular. Após administração intramuscular ou intravenosa, ocorre uma amnésia anterógrada de curta duração (o paciente não se recorda de eventos que ocorreram durante o pico de atividade do composto).” [acesso em 7 agosto 2012]. Disponível em:

http://www.pdamed.com.br/bulanv/pdamed_0001_00339_01000.php

*Agradecimento a Ana Cristina Duarte, Carla B. A. Polido e Melania Amorim.

É interessante notar que as mais primitivas observações clínicas sugerem a existência de um período sensitivo. A este período, durante o qual o apego dos pais ao bebê floresce, demos o nome de período sensitivo materno. Durante este período enigmático, interações complexas entre a mãe e o bebê ajudam a uni-los. Isto deve ser diferenciado de uma outra etapa sensitiva, posteriormente, no primeiro ano de vida, durante o qual o bebê estabelece um relacionamento estável e afetivo com sua mãe (Brofenbrenner, 1968; Yarrow, 1961) (...) Os dados obtidos através de várias observações clínicas e estudos controlados, realizados pelo mundo inteiro, dão apoio ao princípio de um período específico nos seres humanos logo após o nascimento.

Logo após o parto (AIRES MM, 2012), os níveis de um hormônio chamado ocitocina estão elevados ao máximo, tanto no organismo da mãe como no do bebê. Durante o parto, a ocitocina é o hormônio responsável por promover contrações uterinas. No entanto, após o nascimento, esse hormônio continua circulando e atuando de forma importantíssima: na promoção de contrações uterinas para o retorno do útero ao seu tamanho original, no reflexo de ejeção do leite e no estabelecimento do vínculo.

Ao longo das últimas décadas, numerosos estudos (PEDERSEN, 1982; CUMMINGS, 2010) demonstraram que esse hormônio possui um papel fundamental no estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê – humanos e animais –, o que o tornou conhecido como “hormônio do amor” ou “hormônio da ligação”.

É surpreendente porque todos os fisiologistas, médicos e parteiras sabem que esse hormônio – liberado pela glândula pituitária posterior – é essencial durante o processo de parto e lactação. Ele estimula as contrações uterinas para o parto do bebê e para a saída da placenta. Ele estimula o “reflexo de ejeção do leite”. (...) Uma nova era de pesquisa começou quando aprendemos, com Prange e Pedersen, que uma injeção de ocitocina nos ventrículos cerebrais de mamíferos pode induzir um comportamento materno. (...) Niles e Newton resumiu a lição que podemos tirar desta geração de pesquisas, dizendo que a “ocitocina é o hormônio do amor”. (...) Quando os efeitos comportamentais da ocitocina foram confirmados por inúmeros estudos, K. Uvnas-Moberg, na Suécia, enfatizava que os níveis de pico da ocitocina logo após o parto podem ser ainda mais altos que durante o parto. (ODENT, 2002)

Portanto, as primeiras horas após o parto podem ser consideradas um momento crucial, não só do ponto de vista fisiológico, como também do ponto de vista emocional, para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê; isso é verdade mesmo quando o nascimento se deu por meio de uma cesárea, fora do trabalho de parto. Aliás, nessa situação em que não houve um trabalho de

parto e, conseqüentemente, de produção endógena de ocitocina, o contato mãe-bebê estimula o início do processo de produção desse hormônio, tão necessário e fundamental para o processo do pós-parto, inclusive para a lactação e a formação do vínculo (ODENT, 2002).

Em resumo, promover o contato precoce estimula a amamentação precoce, o que também tem efeitos importantes no estabelecimento do aleitamento exclusivo.

O primeiro relato a ser analisado será o de LIVIA, que dá pistas de como um primeiro contato prejudicado por conta de medicações nesse momento tem efeitos a médio e longo prazo não somente para o estabelecimento do vínculo, como também para a amamentação:

[Como foi o primeiro contato com seu bebê?] “Foi gostoso, mas foi fiquei um pouco triste porque eu não estava muito ativa, estava ainda muito grogue dos medicamentos. Era como se meu filho estivesse ali comigo mas eu não estivesse tão presente com ele. (...) Como ele chorava muito, e as enfermeiras diziam que eu não tinha leite, elas começaram a oferecer ‘complemento’ para o meu bebê. Só que eu não sabia o que era esse tal ‘complemento’; elas não me explicaram do que se tratava. Pra mim era leite materno do banco de leite. Como eu estava extremamente cansada, física e psicologicamente, por conta da cesárea, e também dopada com tantos remédios, sem conseguir interagir como gostaria com meu bebê, eu fui aceitando o tal ‘complemento’, pois depois que ele tomava aquilo ele dormia tranquilamente... Só fui descobrir que ‘complemento’ era fórmula, no dia que tive alta, pois a neonatologista veio com a receita e as medidas para eu continuar dando. Fiquei arrasada!”

Além disso, é fundamental considerar outro aspecto importante que o relato de LÍVIA traz para a discussão: a completa falta de informação e de comunicação entre paciente e equipe, bem como o desrespeito, por parte das equipes/instituições, às políticas públicas para incentivo da amamentação. Apesar do incentivo para o aleitamento materno, explícito em documentos oficiais do Ministério da Saúde*, muitas vezes há uma indução para o desmame precoce, que deve ser analisada na perspectiva da falta de comunicação, de informação e de apoio técnico e emocional para a mulher. Ao se fazer a leitura dos relatos, sobretudo os que citaram a amamentação, fica claro que, ao final, o fracasso da amamentação ou o desmame precoce é visto

* Portal da Saúde [acesso em 7 agosto 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34836.

como um problema/limitação da mulher, quando na realidade o sistema levou a essa situação.

Nos relatos, as mulheres dão pistas de não terem certeza de que foram sedadas, pois nunca foram informadas de que isso aconteceu ou de que aconteceria. O que elas relatam são lapsos de memórias, indício de que passaram um tempo desacordadas nesse período em que ficaram longe de seu bebê logo após o parto.

Este é um ponto crítico, uma vez que as mulheres estão sendo submetidas a uma intervenção sem ter tido conhecimento de que isso ocorreria, sem terem sido informadas dos efeitos adversos desse fato e sem ter consentido ou, por vezes, tendo sido desrespeitadas quando solicitado que não fosse feita a sedação:

“pedi para que não me dopassem com antialérgicos, mas não fui atendida”. (FLAVIA)

Para além das questões já mencionadas anteriormente, com relação ao prejuízo para a formação do vínculo e da amamentação, práticas como essas devem ser analisadas também da perspectiva da violência, uma vez que essas mulheres, além de terem sido privadas do contato precoce com o seu bebê, não foram informadas de que seriam “apagadas” (sic) após o parto, nem das consequências desse procedimento, não só do ponto de vista físico, como também do emocional.

CLARISSA relata claramente a desconfiança sobre ter sido sedada, pois não tem lembranças do período imediato ao pós-parto e se lembra de estar “grogue” horas depois, quando pôde ver seu bebê pela primeira vez.

[Como foi a cesárea?] “Horrível, fui amarrada, minha filha foi logo afastada de mim, só a vi horas depois. Depois do parto acho que fui sedada, pois não lembro de várias coisas, inclusive como cheguei ao quarto. (...) [Como foi o primeiro contato com seu bebê?] Senti muita alegria, queria logo colocar para mamar, estava meio grogue ainda (...)”.

Não é possível saber quanto tempo mãe e bebê ficaram longe, logo após o parto. Mas uma coisa é certa: além de terem sido privadas do primeiro contato logo após o nascimento, o primeiro contato “oficial”, algumas horas

depois, também foi prejudicado, uma vez que a mãe relata ter estado “grogue” naquele momento.

Assim como CLARISSA, várias mulheres relataram ter se sentido assim no primeiro contato com o seu bebê, algumas horas após o nascimento, conforme relatos abaixo:

“Apesar de eu estar meio grogue e sem conseguir me movimentar muito, nem sentar na cama eu conseguia, pegar aquela coisinha tãooooo diferente de como eu imaginava (...)” (ELENA)

“(...) sou profissional da saúde, mas detesto hospital. estava muito fragilizada, muito desempoderada, achava que poderia atrapalhar. Me doparam muito e eu estava muito nauseada, com medo, tive um episódio de síndrome do pânico meses antes de engravidar, quando engravidei, estava ainda em tratamento... (...) [o período pós-operatório foi] péssimo. senti muito enjoo, me deram antialérgico e drammin, fiquei dopada por um dia inteiro.” (FLAVIA)

“Lembro ter ido para o quarto ainda ‘grogue’, tem um vídeo que meu marido fez para registrar a primeira mamada, minha irmã estava no quarto, a enfermeira me dava instruções e eu só lembro por causa do vídeo.” (JULIANA)

O relato de JULIANA traz uma informação adicional que chamou a atenção: a enfermeira dando instruções a respeito de amamentação e a única lembrança que a mulher tem dessa situação é um vídeo que foi gravado. Isso significa que essa mãe recebeu seu bebê pela primeira vez, tentou amamentá-lo e não tem memória desse fato, a não ser pelo registro em vídeo.

Aqui, temos dados que não somente demonstram claramente o risco psicológico pelo qual mãe e bebê passaram, por terem sido privados de um primeiro contato em um estado de prontidão e alerta “emocional” fundamentais para o momento, como o risco físico para esse bebê por ter sido recebido e amamentado por uma mãe ainda “grogue”.

PAULA, em seu relato, dá indícios de que, a despeito de ter recebido seu filho logo após o nascimento, teve seus sentimentos e suas percepções “mascarados” pelo estado de alteração física e emocional em que se encontrava – sentimentos e percepções que seriam fundamentais para esse primeiro contato.

[Além de contar como foi, descreva o que sentiu no primeiro contato]
“Ele foi colocado no meu peito ainda na sala de parto, contato pele a pele, eu ainda chorava e não lembro do que senti qdo o vi... só tenho

uma foto minha nessa hora e a minha cara tava inchada como se eu tivesse levado um soco... depois eu lembro dele do meu lado qdo voltei pro quarto, meio grogue de anestesia ainda e lembro que em algum momento (já 'recuperada') olhei pra ele no bercinho e pensei: por que fizeram isso com a gente...?"

No relato abaixo, é possível visualizar um contraponto entre uma intervenção medicamentosa necessária e desnecessária nesse momento do nascimento. JULIE, que teve um quadro grave de pré-eclampsia e necessitou de uma cesárea de emergência após tentativa de indução, traz em seu depoimento a gravidade de ter vivido, no nascimento de seu filho, o medo da morte. Para ela, naquele momento, dar um fim ao sofrimento parecia ser seu único objetivo, e se recuperar era vital:

[Como foi a cesárea?] “Terrível, tive ânsia, sentia os puxões, parecia que eu dormia mas ao mesmo tempo ouvia tudo. Não via a hora de acabar. Minha pressão nesse momento se estabilizou (e após o parto subiu mais que antes). Tudo que eu não queria na hora que acabou era ver o bebê, estava muito cansada, dormi! (...)”

[Como foi este período longe de seu bebê?] “estranho, eu não podia vê-la pois fiquei 3 dias na UTI tomando o tal sulfato, ela não podia me ver pois estava na incubadora pra engordar. Meu marido ia vê-la, tirou fotos, conversou com ela sobre o que estava acontecendo. (...)”

[Como você se sentiu durante este período longe de seu bebê?] “Desconfortável, queria estar com ela, ao mesmo tempo estava me recuperando de quase ter morrido, então já que tudo estava ficando bem só pensava em melhorar e depois ir vê-la.”

JULIE, que relata ter tido pré-eclampsia e necessitado de uma cesárea de emergência, dá pistas de que há uma diferença muito grande entre uma intervenção dessa magnitude – a sedação – necessária e a desnecessária. Estar viva e recuperada era condição para poder estar com seu bebê. Diferentemente de PAULA, JULIANA, ELENA, FLÁVIA, CLARISSA e as outras mulheres que apenas desejavam estar conscientes e ativas no primeiro contato com o seu filho.

4.3.1.3. De mãos atadas: efeitos concretos e simbólicos de se ter as mãos amarradas durante cesárea.

Apesar de não ter sido feita nenhuma questão específica sobre o tema, as mulheres trouxeram, espontaneamente, nas entrevistas, referência sobre

terem tido as mãos amarradas durante o procedimento da cesárea ou quando viram o seu bebê pela primeira vez.

“(...) frustração: por estar apavorada e passiva (os braços ‘amarrados’ tiveram um peso simbólico forte) ao longo de todo o processo, eu me senti roubada de um momento que deveria ser muito especial.”
(DAIANE)

Uma questão que surgiu em vários relatos foi o significado atribuído por algumas mulheres à situação de terem seus braços amarrados durante a cesárea. Amarrar os braços das mulheres em uma cesárea é protocolo em quase todas as instituições, para evitar os riscos de uma possível contaminação e/ou de movimentação próximo ao campo cirúrgico.

No entanto, para além do desconforto físico de estar amarrada nesse momento, identifica-se nos relatos o efeito simbólico de estar presa, sobretudo após o nascimento, quando é permitido às mulheres ver o seu bebê. Quando lhes é permitido...

Assim como DAIANE, outras mulheres relataram o desconforto de ter sido amarrada e de não ter podido sequer tocar no seu bebê, e do peso negativo que isso teve na experiência do nascimento:

[Como foi a cesárea?] *“Horrível, fui amarrada, minha filha foi logo afastada de mim, só a vi horas depois. Depois do parto acho que fui sedada, pois não lembro de várias coisas, inclusive como cheguei ao quarto.”* (CLARISSA)

“neste ponto fiquei surpresa e um pouco chocada, pois quando estava no centro cirúrgico tive as mãos amarradas. Questionei mas não teve acordo. (...) [Em que momento ficou longe de seu bebê?] Desde o momento em que nasceu até ser levada ao quarto. Quando foi tirada da minha barriga, enrolaram-na num lençol e colocaram-na ao lado do meu rosto para que eu pudesse ‘conhecê-la’. Não pude tocá-la pois estava com as mãos amarradas e logo a levaram para fazer os procedimentos padrões.” (CILENE)

[Como foi o primeiro contato com seu bebê?] *“Minhas mãos estavam amarradas por isso quando ela nasceu apenas vi rapidamente, na sala do pós-operatório quando a colocaram em meu colo e pude pegá-la pela primeira vez custei a acreditar que ela era minha. Foi estranho sentir seu cheiro, sua pele, estranhei a sensação, foi desajeitado.”* (NATALIA)

Se retomarmos os autores que descreveram os mecanismos de formação do apego, é possível identificar numerosos estudos que observaram

o primeiro contato de variadas espécies de animais – não apenas os mamíferos – com seus filhotes (CUMMINGS e col., 2010; BOWLBY, 1990).

Não é novidade que uma grande parte dos animais rejeita filhotes que foram afastados ou simplesmente manuseados por outra pessoa/animal. Felizmente, não é o caso dos humanos, já que atualmente a quase totalidade dos nascimentos é institucionalizada.

No entanto, esses estudos nos dão pistas de algo que é instintivo para a grande maioria dos animais, incluindo-se os seres humanos: o instinto de proteção da cria.

Estar amarrada nesse momento, portanto, e não poder tocar e (re)conhecer seu filho que acabou de nascer, deve ser olhado não somente sob a lente da violência institucional, pois significa privar a mãe daquilo que lhe é mais instintivo no momento do nascimento, como também deve ser considerado sob a perspectiva da dimensão simbólica desse evento, que é o sentimento de estar sendo “roubada”, como referiu DAIANE, desrespeitada em seus desejos e em suas necessidades.

GUTMAN (2010) trata dessa questão quando discute a institucionalização do parto nos dias atuais. Ela contribui com a discussão citando a importância, para a mãe e o bebê, das primeiras experiências de contato, e de que forma o modelo de assistência atual contribui para que essas experiências não sejam as ideais, estando esse evento relacionado às dificuldades no início da relação mãe-bebê.

Os partos não são bons nem ruins, mas a vivência de cada mãe é fundamental para a compreensão posterior de suas dificuldades no início do vínculo com o seu filho. (...) Não é possível falar de partos sem dirigir um olhar honesto ao que acontece em 99 por cento deles na sociedade ocidental. A maioria transcorre em uma instituição médica – clínica ou hospital – em que ninguém acredita que valha a pena levar em conta as condições emocionais da parturiente. (...) A banalização e a generalização destas práticas cresceram em detrimento do corpo e das emoções da mãe.

Felizmente, no conjunto de relatos, foi possível identificar mulheres que conseguiram negociar que suas mãos não fossem amarradas ou que tiveram a “sorte” de tê-las desamarradas no momento de receber seus filhos.

[Como foi a cesárea?] “(...) A 2ª [cesárea] Foi péssima, senti muitas dores na hora da anestesia, estava chorando muito na sala de cirurgia,

detalhe que eu esqueci aqui, a única coisa que me respeitaram foi a anestesista que era uma senhora, um amor ela e eu pedi para não me amarrarem e ela aceitou.” (ANNE)

*[Como foi a cesárea] “Rápida e fria. Como havia um pano tapando minha visão, pedi a meu marido que relatasse o que estava vendo. Ele continuou mudo, até que percebi que podia ver o *nenê* nascendo pelo reflexo na luminária do teto, e assim eu vi o *nenê* sendo puxado pelo bumbum às 13h38. Depois que o *nenê* nasceu, ele foi colocado ao meu lado, minhas mãos foram desamarradas...” (REGINA)*

Para finalizar, uma citação de WINNICOTT que resume muito bem o significado desse momento:

Dentre as teses que defendo, há uma especial: a de que as mães, a não ser que estejam psiquiatricamente doentes, se preparam para a sua tarefa bastante especializada durante os últimos meses de gravidez, mas que gradualmente voltam ao seu estado normal nas semanas e meses que se seguem ao processo de nascimento. Já escrevi muito sobre este assunto, sob o título de “preocupação materna primária”. Neste estado, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinada. Posso tomar tal fato como certo quando vou além e afirmo que o protótipo de todos os cuidados com os bebês é o ato de segurá-los? (WINNICOTT, 1996)

Em resumo, apesar de a situação de ter sido amarrada ter sido relatada por poucas mulheres, no conjunto total das que responderam ao roteiro de questões, o peso desse evento deve ser estudado com mais profundidade, uma vez que traz efeitos importantes no estabelecimento do vínculo mãe e bebê e na própria construção da identidade da mulher como mãe (CRUZ e col., 2007).

4.4 RELAÇÃO MÃE-BEBÊ

Há várias décadas, diferentes autores vêm pesquisando a formação do vínculo mãe-bebê, da gestação aos primeiros anos de vida, como forma de compreender como se dá o estabelecimento das relações primordiais e de que modo elas estão relacionadas com o desenvolvimento social, emocional, físico e cognitivo de bebês e crianças e aos modelos de relação que serão estabelecidas por eles ao longo da vida. “A atitude emocional da mãe orienta o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência e servindo como

organizador da sua vida psíquica, por possibilitar identificações que poderão influenciar seu desenvolvimento a posteriori” (BORSA, 2007).

Durante a gravidez, esse vínculo já está em construção e é considerado, por vários autores, como fundamental para a relação mãe-bebê que se estabelecerá após o nascimento e ao longo dos primeiros anos de vida (BRAZELTON e col., 2002; KLAUS e KENNEL, 1993; SOIFER, 1992). Nesse período, os pais já identificam comportamentos e características típicas do “seu filho”, individualizando-o, e iniciam um modelo da interação que vai ser estabelecida após o nascimento, ao longo dos primeiros anos.

Nesse processo, o parto é um dos momentos fundamentais, já que será a “concretização” da maternidade¹⁹ que se vem construindo ao longo dos últimos meses, além de ser efetivamente o primeiro contato da mãe com seu bebê. Foram meses aguardando aquele momento em que veria o seu filho, em que o teria nos braços para (re)conhecê-lo, amamentá-lo, certificar-se de que é de fato saudável (ou que não é), com quem se parece, etc. Enfim, esse é o momento de reorganização emocional das expectativas e fantasias sobre o filho que estava sendo gerado, e o momento de se assumir como mãe.

Por ora, comentou-se a respeito da perspectiva emocional da relação mãe-bebê. No entanto, é necessário considerar que o contato precoce mãe-bebê também determina desfechos fundamentais para os processos fisiológicos que serão estabelecidos a seguir: a dequitação da placenta, a diminuição do sangramento (loquiação), a estimulação da produção de leite e o estabelecimento da amamentação.

4.4.1 Primeiro contato com o bebê

Quando uma mulher é submetida a uma cesárea, muitas vezes o contato com o seu bebê, na hora do nascimento, é restrito ou não ocorre. Em parte, isso pode ser explicado pelo fato de se tratar de uma cirurgia de grande porte (“*major surgery*”), em que a mulher está anestesiada, geralmente

¹⁹ Vários autores discutem a maternidade como um evento que se constrói ao longo da vida das pessoas. Tanto um homem quanto uma mulher, ao vivenciarem as relações com suas respectivas “mães” (inclusive substitutas), vão construindo uma noção de maternidade e de maternagem que serão a referência para a construção de sua maternidade com seu(s) filho(s).

imobilizada, sentindo-se passiva e insegura, e não raro seu bebê precisa de cuidados especiais, sobretudo quando a cirurgia foi eletiva e ocorreu fora do trabalho de parto²⁰.

Esse cenário bastante comum tem servido de justificativa para o estabelecimento de protocolos hospitalares que colocam mãe e bebê como objetos, desconsiderando a individualidade de ambos e a importância do primeiro contato e do estabelecimento precoce do vínculo e da amamentação, conforme preconizado no quarto passo do documento “Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno” (OMS, 2001).

Considerando-se o contexto mencionado, e com base na inferência de que uma cesárea indesejada facilitaria a ocorrência de sentimentos contraditórios, relacionados à frustração do desejo de um parto normal e de um primeiro contato adequado com seu bebê, esta pesquisa buscou saber mais informações a respeito de como se deu o primeiro contato entre mãe e bebê.

Com relação ao tempo durante o qual as mulheres entrevistadas ficaram separadas de seu bebê, foram encontrados os seguintes resultados:

Quadro 4: Número absoluto de horas (ou dias) que as mulheres relataram ter ficado separadas de seu bebê.

Tempo que ficou separada de seu bebê	Número de mulheres
NÃO foi SEPARADA de seu BEBÊ	2
MENOS DE 1h	3
1h	5
2h	2
3h	2
MAIS de 4h	3
HORAS (Não se lembra)	2
MAIS de UM DIA	1

Os dados indicam que apenas uma pequena parte das mulheres não foi afastada de seu bebê após o nascimento. A grande maioria foi afastada por

²⁰ A cesárea eletiva é o principal fator associado ao nascimento de bebês prematuros tardios e/ou com algum nível de desconforto respiratório.

pelo menos 1 hora, sendo que um número considerável de mulheres foi afastada por mais de 4 horas. A única mulher que relatou ter ficado afastada de seu bebê por dias foi JULIE, que foi internada na UTI por três dias (8 dias de internação, no total) após a cesárea, como consequência de uma pré-eclâmpsia grave.

Com base nos resultados, podemos considerar que a grande maioria das mulheres ficou afastada de seu bebê por um tempo relativamente longo logo após o parto – um período propício para o primeiro contato, pois ambos estão fisiologicamente preparados para esse momento. Além de estarem em um período de alerta, vários estudos (ODENT, 2002; TOMA e REA, 2008) demonstraram que o olfato, a audição e até mesmo a visão do bebê estão completamente adaptados para esse primeiro contato, o que facilitaria não só a formação de vínculo, como também a amamentação.

Além disso, mesmo naqueles casos em que não tenha havido trabalho de parto, o contato entre mãe e bebê estimula a produção de ocitocina, hormônio que deixa a mãe “preparada” para receber e acolher seu bebê.

Passadas algumas horas do parto, os bebês geralmente entram num estágio de sono, até como um reflexo protetor para compensar toda a energia dispensada no trabalho de parto e nos primeiros momentos de adaptação ao novo mundo. Isso significa que, quando o primeiro contato demora a ocorrer (ocorrendo algumas horas após o nascimento), mãe e bebê “perderam” aquele período em que estão altamente sensíveis e especialmente adaptados para o (re)conhecimento e para iniciar a amamentação.

O quarto passo da IHAC tem suas bases teóricas sustentadas em evidência científica de benefícios, e auxilia no estabelecimento da sucção precoce que, estimulando a hipófise na produção de prolactina e ocitocina, estimula a produção láctea, e tem efeitos sobre a involução uterina mais rápida e menor sangramento, respectivamente. Ainda, favorece o estabelecimento de laços afetivos entre o binômio, mais precisamente nas primeiras duas horas, principalmente se houver contato pele-a-pele. Passadas duas a três horas, o bebê normalmente adormece por longos períodos, o que dificulta o estabelecimento do contato. (MONTEIRO JCS, GOMES FA, NAKANO MAS, 2006)

Por esse motivo, identificar quando ocorreu o primeiro contato e buscar informações sobre como este aconteceu são dados importantes para compreender se há uma possível relação entre a formação do vínculo e a

amamentação e de que forma esses eventos estão relacionados com a cesárea indesejada.

Note-se que, apesar de haver uma questão específica a respeito do primeiro contato com o bebê (*“Como foi o primeiro contato com seu bebê? Além de contar como foi, descreva o que sentiu no primeiro contato”*), uma grande parte das entrevistadas trouxe informações detalhadas a respeito do primeiro contato em outros momentos, quando comentaram sobre o parto ou sobre amamentação. A grande maioria das mulheres relatou sentimentos confusos e contraditórios, em função de estar ainda sob o efeito da emoção e de medicações e de ter recebido o seu filho em meio à frustração pela forma como ocorreu o nascimento.

É possível organizar o conjunto de depoimentos em três categorias: as mulheres que se sentiram **plenas**, as que referiram **sentimentos ambíguos** e as que referiram **não ter sentido emoções positivas** acerca de seu bebê.

Três mulheres relataram sentimentos “plenos” desse primeiro contato; vale ressaltar que todas referiram ter amamentado na primeira hora, conforme relato abaixo:

“Divino, ser mãe para mim sempre foi a parte mais importante de minha vida. Ver aquela menininha linda, perfeita, mamando em mim, pertinho de mim e do pai dela, que estava junto, foi indescritível.” (ANITA)

Das mulheres que relataram ambiguidade, uma parte pôde tocar no bebê; para as demais, foi apenas possível “ver” o bebê, sem a possibilidade de recebê-lo no colo, reconhecer o filho que acabara de nascer, dar-lhe o conforto necessário em seus primeiros minutos de vida ou amamentá-lo:

*“Depois da recuperação e de todos os ‘procedimentos de rotina’, inclusive uma foto ‘oficial’ feita pelo fotógrafo da maternidade, *nenê* me foi trazida pela enfermagem já limpa, vestida e embrulhadinha. Eu lembro de uma certa sensação de espanto ao vê-la (o bebê me parecia muito desconectado de todo o processo anterior) e de ficar incomodada com a sensação de vazio que permanecia ao fundo, pensando que ‘não deveria ser assim’.” (DAIANE)*

“Minhas mãos estavam amarradas por isso quando ela nasceu apenas vi rapidamente, na sala do pós-operatório quando a colocaram em meu colo e pude pegá-la pela primeira vez custei a acreditar que ela era minha. Foi estranho sentir seu cheiro, sua pele, estranhei a sensação, foi desajeitado. (...) Não me sentia mãe e não a reconhecia como minha

filha, me sentia uma vaca cesareada. A sensação de derrota e roubo me deixou longe dos bons sentimentos, embora estivesse grata por ela ter nascido bem e com saúde. (...) Eu fiquei bem deprimida com tudo o que ocorreu com o nascimento da minha filha, acredito que isso influenciou muito, não senti aquela explosão de amor, não me sentia mãe, parece que tinha dormido grávida feliz e acordado triste com um bebê estranho nos braços (assumir isso é muito dolorido pra mim, sinto vergonha e me sinto uma criminoso).” (NATALIA)

Para o grupo que referiu não ter sentido emoções positivas, há uma clara referência à frustração pela situação e pelo nascimento não ter ocorrido da forma como planejavam:

“Sinceramente, não foi como eu esperava. Parecia que não havia conexão entre eu e o bebê e acredito que grande parte desse sentimento foi devido à cesárea. Digo isso porque não pude abraçá-lo e amamentá-lo como eu havia imaginado. Eu tinha a ilusão de que como o parto seria humanizado, eu fosse pegá-lo em meus braços logo após a expulsão e colocá-lo próximo ao meu peito, podendo segurá-lo e acarinhá-lo enquanto amamentava. Entretanto, por ter sido uma cesárea, fiquei com os braços imobilizados e nem consegui tocar nele. Para amamentá-lo, meu marido com o auxílio do pediatra teve que ficar segurando ele em cima do meu peito, numa posição desconfortável para todos. Mesmo tendo a chance de amamentá-lo naquele momento, e estando emocionada, ainda não conseguia me sentir mãe. Só consegui criar esse vínculo via contato físico quase 1 mês após o parto, pois as dores da cesárea também não me deixavam eu segurar meu bebê da maneira que eu gostaria.” (HELOISA)

Percebe-se, do conjunto de dados apresentados, que amamentar na primeira hora pareceu estar associado a uma melhor avaliação da experiência do primeiro contato para esse grupo de mulheres, dado que é confirmado por estudos anteriores (OMS, 2001). Para as demais mulheres, o sentimento referente ao primeiro contato ficou muito misturado à frustração pela experiência, sendo que aquelas que referem uma grande frustração com a experiência avaliam o primeiro contato de forma mais negativa.

De acordo com a literatura, proporcionar cuidados apropriados à mulher durante o trabalho de parto/parto é fundamental, uma vez que experiências estressantes de parto estão associadas a menor sucesso na amamentação e retardo no início do processo de lactação (TOMA e REA, 2008); logo, no estabelecimento do vínculo.

4.4.2 Amamentação

Não é novidade que mulheres cujos filhos nasceram por cesárea estão sujeitas a maior dificuldade para amamentar. Entre os fatores relacionados, estão a limitação física (dor e desconforto pós-operatório), a demora para a descida do leite (sobretudo quando a cirurgia foi eletiva, em função da privação de ocitocina natural), os riscos de complicações pós-cirúrgicas e outros, fazendo com que mulheres que sofreram uma cirurgia necessitem de maior atenção para iniciarem a amamentação (ROCHA e col., 2003). Dessa forma, um dos aspectos abordados nos roteiros de questões foi a amamentação.

Com base nas respostas das entrevistadas referentes à amamentação, observou-se que a grande maioria de mulheres amamentou exclusivamente até os seis meses.

A literatura, conforme mencionado anteriormente, sugere que mulheres que passaram por uma cesárea encontram maiores dificuldades para amamentar e que, portanto, devem ter um apoio maior para estabelecer o aleitamento (ROCHA e col., 2003; BOCOLINI, 2011), especialmente quando a cesárea é eletiva (WEIDERPASS e col., 1998).

No entanto, considerando que a maioria das entrevistadas amamentou exclusivamente, e que, segundo a literatura, o apoio profissional à amamentação melhora as taxas de aleitamento, a pesquisadora buscou analisar este como um dos possíveis fatores associados à maior ocorrência desse evento para esse grupo de mulheres.

4.4.2.1 O apoio para amamentação

Buscando compreender de que forma o apoio profissional está relacionado ao sucesso na taxa de amamentação, perguntou-se às mulheres se houve apoio à amamentação e, em caso positivo, que tipo de apoio.

A grande maioria referiu o marido e a família como importantes fontes de apoio. No entanto, além do apoio dos familiares, uma grande parte informou ter recebido apoio profissional, de médicos (pediatra, obstetra ou gastropediatra, em relatos de bebês alérgicos), de enfermeiras, do banco de

leite, de doula e apoio virtual (doulas virtuais, comunidades do Orkut de apoio à amamentação mediada por profissionais e/ou usuárias, listas de discussão de mães e profissionais e sites voltados à amamentação). O gráfico a seguir apresenta os dados desse apoio diferenciado:

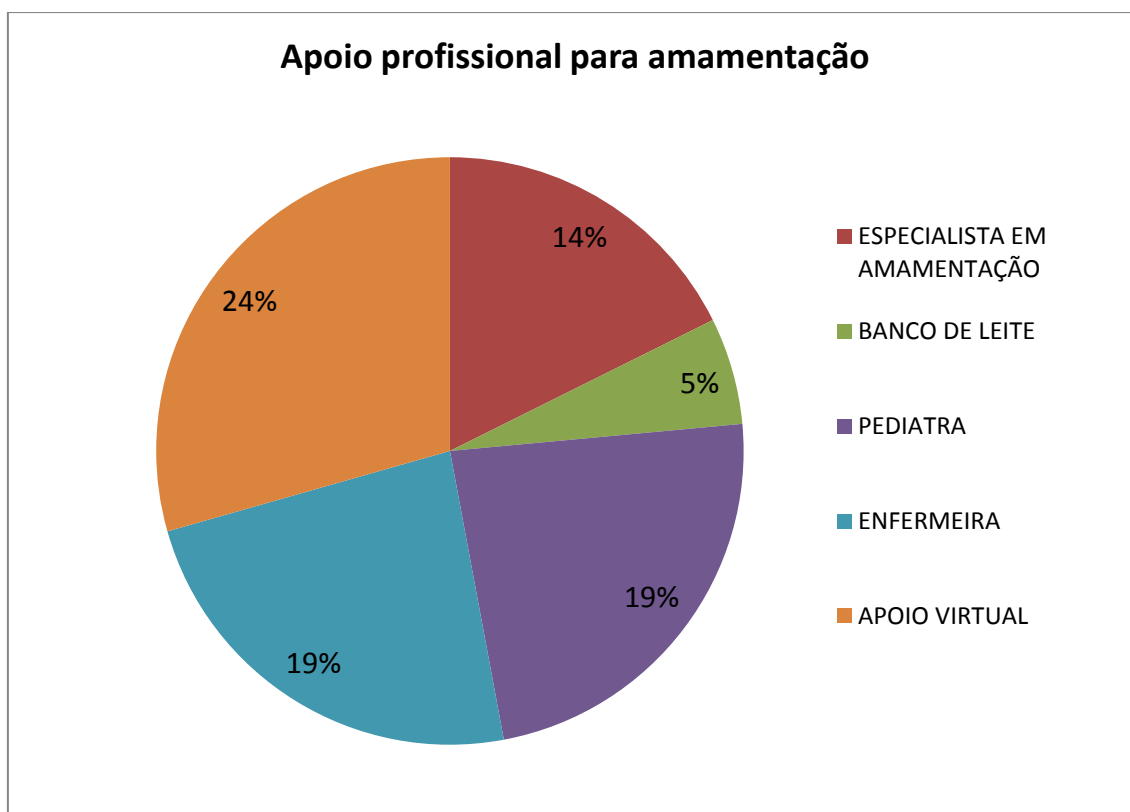


Gráfico 3. Apoio profissional para amamentação.

Chama atenção número significativo de mulheres que recebeu apoio de profissionais especialistas no manejo de amamentação e também apoio virtual de mães e profissionais, sendo este último um dos dados relevantes encontrados nesta pesquisa.

“Sobre apoio para amamentação: No hospital tive auxílio das enfermeiras. Os pediatras com quem tive contato tb incentivavam mas o apoio diferenciado veio dos grupos de mães na internet (...).”
(CILENE)

Ainda não há estudos a respeito da força e da efetividade do apoio virtual a mães que estão amamentando. No entanto, a experiência tem demonstrado que grande parte das mulheres que saem em busca de informações nas mídias sociais depara com grupos, listas e comunidades de

discussão que vêm formando uma “rede virtual de apoio” relacionada ao enfrentamento de dificuldades em vários dos aspectos relacionados à maternidade.

Em sua maioria, essa rede virtual é composta por mães – muitas delas, também profissionais da área – que dispõem de uma parte de seu tempo orientando e apoiando as mulheres que buscam algum tipo de ajuda ou informação. Além disso, as mães ajudadas pela rede retornam para fornecer o seu relato de sucesso e divulgar a importância desse apoio, consolidando esta como uma rede efetiva de apoio e de sucesso.

No entanto, por se tratar ainda de um universo relativamente novo, faz-se necessário encaminhar mais estudos para confirmar a eficiência dessa mídia no sucesso do aleitamento materno, bem como de outras questões ligadas à maternidade – apoio ao parto normal, apoio ao PNAC/VBAC, apoio a mães de bebês com alergia/intolerância alimentar, apoio a mulheres com dificuldades para engravidar etc. Abaixo, um exemplo:

*“Recebi apoio virtual, da comunidade do Orkut *nome da comunidade*. Um pequeno apoio de uma gastropediatra que acompanhou a *nenê* por alguns meses, e só. O maior apoio recebido foi sempre do meu marido, meu esteio, minhas pernas, quando eu já não sabia mais o que era o certo. O apoio da comunidade do Orkut foi fundamental para mim, assim como o apoio recebido do marido, sem os quais eu jamais teria conseguido ter forças para persistir e superar todas as dificuldades. A pressão para desmamar era MUITO GRANDE, simplesmente TODOS os 4 médicos que consultamos foram contra eu manter a amamentação, me culpavam pelo quadro clínico dela, me culpavam até pelas feridas que ela tinha no intestino. Ah, também uma gastropediatra de *cidade*, Dra. X, foi meu esteio quando tudo parecia que ia ruir (porque só quem passa pela alergia pode saber do que falo, parece até exagero, mas não é, porque colocam nosso leite materno como o veneno para nossos filhos, e o leite artificial como a salvação). Esta médica me orientou muito, pediu muita calma, e me disse que logo tudo iria passar! E passou! De resto, nem pais nem sogros, nem amigas, apoio zero. Mas, como sempre digo, quando queremos muito uma coisa, mas estamos inseguras, basta uma pessoa no mundo ser o nosso apoio, contra 1 bilhão de pessoas contra, que conseguimos!”*
(ELENA)

Esta pesquisa identificou, ainda, o relato de um possível “fator protetor” levantado por algumas das mulheres e que foi chamado nesta pesquisa de “amamentação vingativa”, termo cunhado a partir do relato de PAULA, do Grupo CI: “*amamentar pra mim foi como uma vingança da cesárea, em termos de peito, ninguém me diria o que fazer...*”.

4.4.2.2 “Amamentação vingativa”: a amamentação como possibilidade do resgate da autoconfiança e da elaboração da experiência de cesárea

Conseguir amamentar seu bebê é provavelmente uma das questões mais importantes no pós-parto, em especial em nossa cultura. Por um lado, existe uma cobrança social para que isso ocorra nos primeiros dias por parte da rede social e familiar da puérpera, incluindo-se os profissionais de saúde e as campanhas do governo; por outro, há o desejo pessoal da mulher, por se tratar de um processo importante para a formação do vínculo com seu bebê e para lhe garantir saúde (OSORIO, QUEIROZ, 2007). Neste capítulo, a maioria dos excertos “ilustrará” essa discussão.

“(...) no hospital a cobrança para amamentação, como se eu não quisesse amamentar, (...)” (CLARISSA)

No entanto, essa mesma rede que “cobra” uma amamentação no início não necessariamente “mantém” seu apoio quando aparecem sinais de dificuldades com a amamentação ou com o ganho de peso dos bebês.

“Infelizmente não soube lidar com os comentários das pessoas à minha volta, que estavam achando ele muito magrinho, que meu leite não estava sustentando, etc etc... Meu Deus, como é difícil para a mulher no Brasil perseverar na amamentação! Como é difícil as pessoas entenderem o parto natural, e como é difícil também entenderem a amamentação!” (NATALIA)

Muitas mulheres, nesta pesquisa, relataram ter recebido seus bebês para serem amamentados ainda na maternidade, mas não ter recebido orientações efetivas para que isso ocorresse.

“As enfermeiras da maternidade sempre diziam que tudo estava ok que não precisava me preocupar. Tivemos alta e as dificuldades continuaram em casa.” (NATALIA)

Muitas também relataram ter recebido prescrição de fórmulas na alta da maternidade, ou mesmo que seus bebês receberam fórmula ainda na maternidade.

“Comigo, esse convencimento por parte dos profissionais da saúde se deu mesmo antes de eu sair da maternidade, quando meu bebê tinha apenas 2 dias de vida. As enfermeiras me convenceram que eu tinha um tal problema hereditário de não ter leite, e com isso me empurraram a tal fórmula, usando o nome de ‘complemento’. E em momento nenhum vieram me explicar o que era aquele tal complemento; eu fui na inocência mesmo, achando que elas estavam dando leite materno a ele.” (LIVIA)

Com isso, a amamentação apareceu como um fator de desgaste emocional para essas mulheres, ainda mais se considerando que elas já estavam emocionalmente abaladas e frustradas com a cesárea indesejada.

“Eu acredito que foi todo um conjunto de fatos, que influenciados pela não aceitação da cesárea contribuíram para este início perturbado da amamentação.” (NATALIA)

Foram recebidos relatos de amamentação muito detalhados que citam uma série de questões envolvendo as dificuldades com amamentação. No entanto, uma questão em especial, associada à experiência da cesárea indesejada, chamou a atenção: as mulheres referiram a amamentação como possibilidade de resgate da autoconfiança e de elaboração da experiência de cesárea indesejada, conforme excertos abaixo [grifos da autora]:

“Tentamos dar um leite de aminoácidos para ela, mas ela jamais pegou. Mas ao menos não deixei ninguém decidir por mim dessa vez, e mantive a amamentação apesar de tudo, com vontade de amamentar, com certeza de que estava fazendo o melhor por ela e por mim.” (ELENA)

*“Acredito que muitas coisas aconteceram nesse período, dos 4 aos 11 meses do meu bebê, que muito me ajudaram a superar tudo que enfrentei. Primeiramente, eu encontrei ajuda profissional adequada, pela primeira vez encontrei uma pediatra, aliás, duas, que realmente me mostraram que pra elas amamentação era essencial, e que elas sabiam o que eu precisava fazer pra reconquistar aquilo, se eu realmente quisesse voltar a amamentar. Além disso, tive o apoio de uma super amiga que conheci no *grupo*, coordenadora da reunião *grupo* para mães que tem dificuldades em amamentar. Ela também passou por uma amarga experiência com cesárea indesejada, só que depois disso, ela enfiou na cabeça que já que tinham roubado o parto dela, a amamentação ninguém roubaria. E ela se esmerou imensamente pra conseguir amamentar, e hoje trabalhamos juntas, como sócias nesse trabalho que realizamos de apoio a mães que amamentam. (...) E ela [a mulher] só consegue enfrentar isso se realmente quiser amamentar, contra tudo e todos. (...). Mas como eu queria amamentar, eu dei um jeito de criar meu próprio relactador. E foi assim, fazendo esse ritual várias vezes por dia, durante 3 semanas, que ele finalmente voltou a mamar no peito.” (LIVIA)*

Para esse grupo de mulheres que consideram ter vivido uma experiência de nascimento diferente do planejado e desejado, conseguir estabelecer a amamentação pareceu estar associado à possibilidade de resgatar o processo natural e “normal” que não conseguiram viver no nascimento do seu filho e, principalmente, de assumir as decisões dali em diante.

*“Não fui capaz de parir, pois meu médico deixou isso implícito quando decidiu fazer a cesárea; ele dizia que eu não ia conseguir parir um bebê grande como aquele... e depois as enfermeiras da maternidade me convenceram de que eu também não seria capaz de amamentar. Se não fosse pelo apoio do grupo *grupo*, de mães que amamentam, acho que eu não teria perseverado nem uma semana. É uma luta muito grande, pra vc mesma acreditar que é capaz, que tem leite, que seu leite sustenta. E depois é outra luta maior ainda, fechar os ouvidos para as abobrinhas que o povo fala o tempo todo pra vc... É realmente tarefa árdua, amamentar no Brasil. Eu consegui perseverar a trancos e barrancos até que meu bebê completou 6 meses.” (LÍVIA)*

Além disso, há evidências de que a amamentação tem um efeito protetor sobre o “humor materno”. O sucesso no aleitamento parece reduzir estresse e, ao contrário, dificuldades ou não ocorrência de amamentação estão associadas ao aumento dos níveis de estresse e do risco de depressão (KENDALL-TACKETT, 2007).

4.4.3. Tristeza pela cesárea/*Babyblues*/Depressão pós-parto (DPP)

A última categoria analisada no conjunto de dados que compõem a relação mãe-bebê diz respeito à presença de referências, nos relatos, sobre *tristeza pela cesárea*, *babyblues*²¹ ou *depressão pós-parto (DPP)* após o nascimento dos bebês. A intenção, ao obter esses dados, era compreender as dificuldades emocionais que podem, porventura, dificultar a relação mãe-bebê e verificar de que maneira a experiência de cesárea indesejada perpassa estas questões.

Primeiramente, é fundamental considerar que esta pesquisa não fez uso de nenhum instrumento de avaliação para verificar a existência ou não de

²¹ No Brasil, as mulheres referem esse fenômeno como *babyblues*. No entanto, a literatura o refere como *síndrome da tristeza materna*, *blues puerperal* ou *síndrome da tristeza do pós-parto*. Em inglês, ele é chamado de *maternity “blues”* (FAISAL-CURY e col., 2008; ANDRETTO, 2010).

DPP ou *babyblues*. Toda a análise foi realizada a partir dos relatos das mulheres e de informações fornecidas por elas ao longo do texto, que, vale dizer, foram numerosas.

Considerando-se a alta ocorrência, nos depoimentos, de relatos de tristeza, os dados apresentados a seguir serão discutidos sob esta perspectiva – de relatos –, tomando-se um cuidado especial para evitar inferências causais, ainda que isso seja feito pela própria entrevistada.

Os dados foram obtidos por meio de dois blocos de perguntas; primeiro, no bloco “*Após o nascimento, você sente que ficou triste em algum momento? Quando? Como foi? a. Se SIM, você sente que esta tristeza se amenizou? Quando? Ou ainda não se amenizou? b. Se SIM, você procurou algum tipo de ajuda? Como foi? Realizou algum tipo de tratamento (medicamentoso ou não)?*”; depois, nas questões que solicitavam que a entrevistada comentasse a respeito de como se sentiu emocionalmente em três momentos diferentes:

- após a indicação da cesárea,
- após a cirurgia e
- no pós-parto.

Dessa forma, pretendeu-se compreender em que medida a experiência da cesárea indesejada, na percepção dessas mulheres, estaria acarretando maiores relatos de dificuldades emocionais no pós-parto e na relação mãe-bebê.

Vale lembrar que não é possível generalizar os resultados, como dito anteriormente, uma vez que estes não foram obtidos por meio de instrumentos específicos para tal e por serem representativos apenas para esta amostra de mulheres.

Quase metade das entrevistadas referiu, em seu relato, a presença de tristeza associada à cesárea, conforme excerto do depoimento de ELISA:

[Como se sentiu emocionalmente após o nascimento:] “*Muito feliz pela chegada da minha filha, mas muito deprimida por ter sofrido uma cesárea. Chorava sempre que lembrava da cirurgia e de como tinham me separado da minha filha. (...) Feliz pela chegada da minha filha e em luto pela minha cesárea. (...) assim que se iniciou a cirurgia, por não ter conseguido parto normal. Me senti deprimida, fracassada, envergonhada, diminuída.(...) A tristeza em relação a cirurgia só*

amenizou dez meses depois, quando consegui colocar no papel meu relato de parto e compartilhá-lo na lista de discussão sobre parto humanizado da qual participo.”

Além disso, um número significativo de mulheres não só referiu a *tristeza pela cesárea*, como a considerou um sentimento de intenso sofrimento (“o máximo de frustração que já pude sentir”) e que perdurou por um longo tempo, conforme relato abaixo de LORENA.

[Emocionalmente:] *“foi extremamente difícil. Chorei dias e dias. Era um misto de alegria por ela estar ali e de frustração. As duas primeiras semanas foram muito terríveis. Obriguei-me a sair de casa pra evitar complicações emocionais. Mas fiquei péssima. Foi horrível. Mas ela era linda, calma, tranquila. Então era um turbilhão de tristeza por dentro e a paz dela por fora. Eu só perguntava, pra mim e pro meu marido: ‘Por quê? Por quê?’ (...) A dor que eu senti era mais psicológica. Foram dias e dias de sentimento de vazio, de silêncio, de solidão. Tudo porque eu não entendia por que não havia conseguido parir minha filha naturalmente. Foi o máximo de frustração que já pude sentir. (...) Foram alguns meses de muita tristeza em função da cesárea. Passei meses me questionando sobre o que eu havia feito de errado. Até compreender e aceitar que não havia feito nada errado, que fiz o melhor que pude. Foi difícil perceber que não dormiria tranquilamente, já que minha filha sofreu de cólicas durante os 3 meses iniciais. Foi um momento de adaptação intenso a uma vida totalmente nova. Mas eu mergulhei nisso e me doeí 100%. O único porém era ter vivido uma cesárea e não o parto natural. Foi muito difícil isso. Ainda é difícil.”*

Assim como LORENA, outras mulheres fizeram referência à tristeza como sendo única e exclusivamente pela *cesárea indesejada*, com um tempo de duração indeterminado, não sendo incomum identificar nos relatos que a tristeza durou até a conquista de um parto, alguns anos depois, ou após o início de algum trabalho voltado para mulheres, com foco no apoio e na orientação sobre parto e amamentação, ou como doula, o que foi referido por muitas delas como sendo o momento de elaborar e ressignificar o luto pela cesárea, conforme mencionado por CLARISSA no relato a seguir:

[Após o nascimento, você sente que ficou triste em algum momento? Quando? Como foi?] *“Fiquei por muito tempo triste, muito mesmo, acho que mais de um ano, mas uma tristeza que foi diminuindo, os primeiros 2 meses foram os piores.*

[a. Se SIM, você sente que esta tristeza se amenizou? Quando? Ou ainda não se amenizou?] *Amenizou, quando eu entendi que não poderia voltar no tempo, fazer nada diferente, que não tive culpa de nada, que eu poderia trabalhar para ajudar outras mulheres. Também minhas amigas próximas ajudaram muito.*

[Você acha que sua experiência de cesárea indesejada teve repercussões (positivas e/ou negativas) na sua vida? Quais?] *Positivas,*

me tornei doula particular, fui convidada agora para ser doula voluntária numa maternidade do SUS, após a médica acompanhar meu serviço com uma doula na instituição.

(...) Me tornei uma nova mulher, repaguei a minha vida, as dores da cesárea foram superadas, de forma muito positiva. Sou historiadora e vou mudar o meu objeto de estudo, para trabalhar com algo relacionado a gestação, parto ou maternidade.”

Ao longo da leitura e da análise dos depoimentos, percebeu-se, ainda, que algumas mulheres referiram quadros de *babyblues*, mas que distoavam do quadro tipicamente descrito pela literatura médica. Considerando-se a limitação metodológica desta pesquisa, optou-se por apenas analisar e discutir o conteúdo descrito, tomando cuidado para não “fechar diagnósticos”, mas chamando a atenção para a necessidade de aprofundar os estudos de tristeza, *babyblues* e DPP associados a uma cesárea indesejada.

Com relação à literatura, tem-se que nos quadros de *babyblues*²² há um relato de tristeza/“depressão” que surgiu em até 6 semanas pós-parto (Classificação CID-10), conforme referido por ANDRETTO D (2010):

A síndrome da tristeza materna, ou blues puerperal (Maternal Blues como é chamada na Língua Inglesa), de acordo com FAISAL-CURY et al (2008), é caracterizada por sintomas de irritabilidade, tristeza, e tendência para chorar ocorrendo dentro dos dez primeiros dias do pós-parto. Em seu estudo com 113 mulheres acompanhadas no décimo dia de puerpério, o autor verificou uma prevalência de tristeza materna de 32,7%; o autor também chama a atenção da obstetrícia para a possível associação desta com a depressão pós-parto (DPP). Estes quadros de tristeza materna normalmente não necessitam de intervenção farmacológica, atingem um pico no quarto ou quinto dia, remetindo espontaneamente no máximo em duas semanas.

Já com relação à DPP, de acordo com a literatura atual, trata-se de diagnóstico complexo, uma vez que o quadro clínico pode variar na apresentação e intensidade dos sintomas, sendo comum ser negligenciado pela própria puérpera, pelo marido e por familiares, que atribuem os sintomas ao “cansaço e desgaste” natural do puerpério, causados pelo acúmulo de tarefas caseiras e dos cuidados com o bebê” (CRUZ e col., 2005):

De acordo com os critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da American Psychiatric Association (DSM-IV – APA)⁷, geralmente a sintomatologia da DPP não difere da sintomatologia dos episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério. O início nas quatro primeiras semanas do pós-parto é apenas especificador, que pode ser aplicado aos vários transtornos do humor. Por sua vez, o episódio depressivo maior é definido pela vigência de determinados sintomas pelo período mínimo

de duas semanas, sendo obrigatória a presença do humor depressivo ou anedonia (diminuição ou perda do interesse nas atividades anteriormente agradáveis), associado a quatro dentre os demais sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio.

Com relação aos depoimentos que mencionam *babyblues*, identifica-se o relato de ANNE, que revela que, durante o trabalho de parto, não foi apoiada pelo marido e pela irmã em sua intenção de seguir com o parto normal, atribuindo a esse fato um dos motivos pelos quais passou pela segunda cesárea. ANNE relatou um quadro prolongado de sofrimento, atribuindo-o diretamente à cesárea, e informando que essa vivência teve importantes implicações na sua relação com o bebê e com o marido:

“[no] nascimento, eu só fazia chorar, eu acho que eu tive babyblues. foi muito difícil pra mim e posso dizer que até hoje eu sinto uma frustração, uma raiva que está diminuindo aos poucos. como foi este período de babyblues? o que vc sentia? o que parecia melhorar/piorar? foi complicado, minha situação só foi um pouco amenizada com a amamentação, pq se não tivesse esse vínculo, eu teria deixado ela um pouco de lado, acho que fundo eu deixei um pouco, pq eu saía muito pra tentar esquecer. sentia muita vontade de chorar e de não fazer nada, não queria conversar com ninguém, não queria saber o que as pessoas achavam ou diziam. sempre piorava quando tocava no assunto e à noite na hora de dormir, muitas vezes fiquei chorando baixinho durante horas. (...) como ficou a relação com o companheiro e sua paternidade? aos cacos, pensei muitas vezes em acabar a relação, mas não aconteceu, amo ele, mas a confiança ficou abalada. estou voltando aos poucos.”

Assim como ANNE, CAROLINA, que viveu uma cesárea eletiva pela presença de *Streptococcus* na flora vaginal, atribui a vivência de intenso sofrimento emocional (referida por ela como *babyblues*) à ausência do trabalho de parto e à ocorrência de cesárea:

“Tive baby blues nos primeiros 30 dias, foi muito difícil. Fiquei com vontade de saber um pouco mais desse período de babyblues... Cheguei em casa, feliz, cansada, um misto de emoções. Mas eu não entendia por que, quando via minhas fotos grávidas, no quadro com 11 fotos, eu chorava. Eu sentia uma tristeza tão tão grande e profunda ao me ver grávida, e eu chorava escondida, com vergonha. Me culpei muito, tinha uma filha saudável nos braços, linda, perfeita, e por que eu sentia como se tivessem arrancado o MEU bebê e me dado OUTRO bebê pra cuidar. Era como se eu tivesse sofrido um aborto, pois aqueles fotos me traziam uma saudade e uma dor insuportável. Eu não conseguia olhar as fotos por 1 mês, e achei que estava entrando em depressão. Lembro claramente que após 40 dias, eu consegui

*finalmente olhar as fotos, e amar a minha filha. Até então, o vínculo não estava formado, eu cuidava por obrigação. [CAROLINA, passado esse período, o que vc acha que explica/está associado a esses sentimentos?] Depois eu tive certeza que foi a falta do trabalho de parto, pelo menos. Uma hora eu estava grávida, feliz e ansiosa pelo bebê, e na outra ele havia nascido, meu corpo e mente não entraram em sintonia. Eu ainda me sentia grávida, mas com um bebê no colo, como se o meu ainda fosse nascer, ou tivesse sido roubado de mim. (...) [Após o nascimento, você sente que ficou triste em algum momento? Quando? Como foi? a. Se SIM, você sente que esta tristeza amenizou? Quando? Ou ainda não amenizou?] Sim, por 1 mês, descobri o que era na internet e com ajuda de uma doula virtual consegui entender e melhorar. [Como a doula te ajudou?] Eu participava de um grupo de Orkut, e na época defendia a minha cesárea e a escolha da mulher, me sentia ofendida quando alguém dizia que existiam as desnecessárias, porque eu não queria aceitar que tinha passado por uma. Ainda mais tendo tanta dificuldade para aceitar tudo aquilo. Então a *doula virtual* (lembro até hoje) me adicionou no MSN, e conversamos por horas, acho que na época ela ainda estava para fazer o curso. Ela é que me ajudou a entender que o que estava acontecendo era normal, que a culpa não era minha, que o nome era babyblues, que a minha cesárea não era necessária mas que eu não deveria me culpar. Ela foi praticamente uma doula-psicóloga e realmente me ajudou a superar esse início tão difícil, e me ajudou a entender o que eu estava passando, e me fez admirar tanto as doulas que quis me tornar uma. E após o meu primeiro parto como doula, 3 anos depois do meu próprio parto, foi quando eu fechei aquele 'livro'. O meu primeiro parto como doula, conseguiu cicatrizar a ferida ainda aberta.”*

Da mesma forma, DAIANE também refere uma tristeza gerada pela experiência de cesárea indesejada e trouxe, em seu relato, uma carga emocional prolongada de tristezas e dificuldades em lidar consigo e com o bebê:

[Como se sentiu emocionalmente após o nascimento?]: “muito duro. A sensação de confusão e vazio descrita acima evoluiu para uma frustração que na época eu considerava inexplicável. Me sentia quase culpada de me sentir como me sentia, porque afinal minha filha havia nascido bem e perfeita, e a cirurgia fora um sucesso. Passei muito tempo incomodada por olhar meu corpo no espelho, não conseguindo enxergar nada além do corte da cirurgia. E isso se prolongou para muito além do pós-operatório (num processo que, acredito, só foi realmente ter um fechamento com a gravidez e o parto seguintes, quase 5 anos depois). (...) surpresa e confusa com a adaptação ao bebê, com um vazio e tristeza (ver descrições mais acima) que me incomodavam porque eu os considerava inadequados ao momento. Demorei muito a conseguir separar meus sentimentos com relação ao bebê com os sentimentos em relação ao momento do nascimento.

[b. Se SIM, você procurou algum tipo de ajuda? Como foi? Realizou algum tipo de tratamento (medicamentoso ou não)?] Imediatamente após a cesárea, não. 3 anos depois, tive uma nova gravidez seguida de um aborto espontâneo com 7 semanas em meio a um processo de mudança de cidade, e após um tempo veio a gravidez da segunda filha. Nessa gravidez, me sentindo fragilizada por conta da perda anterior e do período de adaptação pós-mudança, resolvi buscar

uma terapia que ajudou também a elaborar a vivência da cesárea anterior e me preparar/fortalecer para o parto que viria em seguida.”

Como é possível perceber nos depoimentos acima, foram marcantes os relatos de tristeza prolongada e/ou de *babyblues* autorreferidos, associados a dificuldades no período pós-parto e com importantes implicações na vida da mulher. Esse achado reforça, novamente, a importância de se olhar com bastante cuidado para quadros como esses, uma vez que, da forma como foram descritos, podem estar associados a quadros mais sérios de sofrimento emocional, apresentando importantes implicações nos desfechos do período pós-parto.

Esta pesquisa, portanto, chama a atenção para a necessidade urgente de se pesquisar, por meio de estudos controlados, a referência a tristeza feita pelas mulheres que passaram por uma cesárea indesejada, uma vez que, em sua maioria, os relatos trazem indícios de ter havido um quadro de DPP, mas que, por ter sido atribuído a um fato específico (a frustração pela cesárea), não foi acompanhado por profissional e tampouco foi tratado, causando um enorme prejuízo emocional no período em que ocorreu, conforme relato de PAULA:

[Emocionalmente] *“foi a fase mais difícil da minha vida, sem nenhum exagero... olhar o BB todos os dias e ter certeza que tinha sido enganada, privada, roubada... [quanto tempo vc considera que esse período durou? O que vc considera que amenizou esses sentimentos? Conta um pouquinho mais sobre isso?] A fase mais crítica deve ter durado uns 4 meses, mas eu ainda me sentia muito mal depois de um ano e só elaborei isso completamente uns 3 anos depois, que foi quando eu parei de desejar um novo parto, pra desejar um novo filho e aí sim começar tudo de novo. O que não quer dizer que eu não lamente o que aconteceu até hoje, 8 anos depois. Inclusive, planejar e visualizar o parto da *nenê* me trazia um sentimento horrível de não estar sendo justa com ele (me dá nó na garganta ainda hj, ao escrever), era ruim visualizar o parto na minha cama e imaginar *nenê* no contexto, sabendo que eu não fiz o mesmo por ele... mesmo tendo feito o melhor que eu pude na época. (...) [Como você se sentiu emocionalmente após o nascimento?] Muito mal mesmo, incapaz, burra, impotente, fragilizada... Eu levei UM ANO pra olhar a minha experiência como sendo o melhor que eu pude fazer naquela circunstância. Depois disso eu consegui entender as limitações da médica, a responsabilidade de cada envolvido (ela e marido), parei de culpar os outros e finalmente entendi a MINHA responsabilidade. Nesse meio tempo eu fiz trabalho voluntário, atendendo parto como doula e fui cada vez mais me perdoando e entendendo... Passou a revolta, cerca de uns 3 anos depois... mas é impossível olhar pra trás e não sentir uma pontinha de tristeza, aquele sentimento de injustiça que eu tive qdo olhei pra ele no berçinho, eu ainda sinto...”*

Apesar de os estudos sobre DPP (CRUZ e col., 2005) e ansiedade no puerpério (FAISAL-CURY e MENEZES, 2006) não verificarem associação com tipo de parto, um estudo recente (ANDRETTO, 2010) sobre transtorno de estresse pós-traumático pós-parto (TEPT-PP) não só verificou a associação entre cesárea e TEPT, como também identificou a “dimensão relacional com a equipe da assistência obstétrica” como importante fator associado ao desenvolvimento do TEPT-PP e DPP, algo que foi altamente mencionado pelas mulheres desta pesquisa sobre cesárea indesejada, conforme discutido anteriormente no item 4.2.3 (Relação profissional x paciente) e respectivos subitens.

Além disso, é preciso considerar que, de acordo com a literatura, a falta de apoio e compreensão da família (suporte social), em especial do companheiro, já é, por si só, um fator altamente relacionado a experiências negativas de pós-parto, bem como é o único evento que possui um efeito protetor para DPP, ansiedade puerperal e *babyblues* (ROWE e FISHER, 2010):

“Desejei um parto em que eu participasse ativamente, que eu estivesse ao lado do meu marido, sentindo as contrações, e, juntos esperássemos nossa filha chegar. Queria muito ter vivido cada momento dessa chegada, ao invés de passar por um procedimento cirúrgico. Fui numa consulta e dali já para o hospital, devido à alteração da pressão. Chorei durante todo o preparo da cesárea, e, isso, de certa forma, acabou contribuindo/ agravando, a depressão pós-parto que acabei tendo. Não me conformava com a situação e muitas vezes, após o nascimento de minha filha, fiz um parto imaginário na minha cabeça, do jeito que eu desejava. Ainda por cima, muitas pessoas não entendiam o fato de eu estar com uma filha linda e saudável no meu colo e ainda assim estar chorando por um parto que não tive. (...) Sim, amenizou, mas ainda é algo forte na minha vida. (...) Ainda é forte pois ficou como algo mal resolvido e, por isso mesmo, continuo com ideia de ter um parto normal (ou ao menos entrar em trabalho de parto e sentir este processo). Pesquiso bastante sobre isso, mas claro que só tentaria essa hipótese com toda segurança possível, e no caso de passar uma gravidez sem problemas. Sim, tomei inclusive antidepressivo (...) Fiz tratamento psicológico, mas não só por isso, e iniciei bem depois do início desse processo doloroso. Tomei por menos de um ano.” [duas cesáreas e refere depressão anterior ao parto] (ANITA)

Vale ressaltar que, ainda que o parto tenha ocorrido da forma que se planejou, mesmo quando há todo o suporte social e emocional, ainda assim há um bebê que possui necessidades muito individuais, o que, por si só, já é um desencadeador de situações de estresse para aquela nova família.

ELENA relata, de forma muito clara, o que é lidar com um bebê que requer grande atenção, segundo ela, por se tratar de um bebê inconsolável, o que gera a necessidade de apoio para os pais. Um quadro como esse, quando associado à “*dor da cesárea indesejada*” (sic) aumenta significativamente a ocorrência de dificuldade e tristeza:

*“Então, a dor da cesárea indesejada juntou-se à dor de ter uma filha linda e aparentemente perfeita e sem nada, mas que chorava desconsoladamente praticamente o dia inteiro. E tinha colo à vontade, e carinho, e peito, e amor, mas chorava. Eu só fui viver o luto do não-parto bem depois da estabilidade da *nenê*, por volta de 1 ano eu voltei para a lista *nome da lista*, chorei todas as pitangas, descarreguei, e fui aos poucos trabalhando com tudo. Fiz acupuntura, fiz terapia com uma antiga psicóloga, e a acupuntura foi o que mais me ajudou. Agora, já com ela com 2 anos, tomei medicamento (EXODUS) porque todas estas dores não compreendidas somaram-se à minha insatisfação profissional, e aí, tomei medicação por uns 2 meses, me exonerei do meu cargo público de procuradora do município, e aos poucos tudo está voltando para o lugar onde nunca estive rs, eu estou voltando para casa, enfim...agora há 3 meses iniciei terapia com outra pessoa, e finalmente posso dizer que meu caminho, meu eu, minha família, está exatamente do jeito que sempre busquei!”*

Desse modo, a análise dos relatos que referem tristeza por parte das mulheres que viveram a experiência de uma cesárea indesejada aponta, no que diz respeito à ocorrência de tristeza e dificuldades no pós-parto, que é fundamental considerar a dimensão emocional que a vivência dessa frustração tem não só como experiência pessoal para a mulher, mas também para a relação com o seu bebê e com sua família, tendo em vista que o nascimento de um bebê já é um evento gerador de ansiedade e readaptações para mães e pais e que situações geradoras de estresse e tristezas podem estar associadas a piores desfechos na relação mãe-bebê e possíveis complicações, como DPP e TEPT-PP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa pretendeu descrever e analisar a experiência da cesárea autorreferida como indesejada por mulheres que buscaram um parto normal, e os mecanismos e desfechos associados à discrepância entre o desejo original (parto normal) e o resultado (cesárea). Também buscou definir por que essas mulheres consideravam sua cesárea “indesejada”, a partir da compreensão das suas expectativas a respeito de via de parto, sobre a participação na decisão e os desfechos desta experiência no aleitamento materno, na recuperação cirúrgica, na ocorrência de depressão pós-parto/*babyblues* e na formação do vínculo.

Considerando-se as altas taxas atuais de cesárea, é sabido que uma parte dessas cirurgias não foi desejada, uma vez que estudos recentes têm demonstrado que a maior parte das mulheres que sofreram uma cesárea desejava, inicialmente, um parto normal. Soma-se a isso um claro veto social à manifestação de desgosto/não aprovação da mulher com a experiência do parto de um filho. Uma vez que mãe e bebê estão bem e com saúde, as mulheres são censuradas quando manifestam algum tipo de sofrimento ou desaprovação em relação à experiência vivida, e entendem que seu sentimento é desmerecido, silenciado e desmoralizado.

Com isso, as mídias sociais, em espaços criados pelas próprias mães, surgiram como um espaço privilegiado para que elas compartilhem sua experiência de parto e nascimento, bem como encontrem apoio e informações atualizadas com relação às questões que envolvem a maternidade. Nesse processo de elaboração da experiência, narrá-la e compartilhá-la com outras mulheres exerce um papel fundamental ao legitimar os sentimentos vividos e vetados em outras instâncias sociais.

Por esse motivo, o convite para participação na pesquisa foi feito via mídias sociais (especificamente no Facebook da pesquisadora, com compartilhamento realizado por outras pessoas em listas eletrônicas de discussão, *blogs* etc.), de forma que essas mulheres pudessem se prontificar a participar do estudo e preencher o roteiro de questões sobre o tema, depois de assinado o TCLE. As mulheres que responderam ao convite se mostraram disponíveis para responder às questões e para contatos posteriores e a maioria

delas fez relatos espontâneos de agradecimento pela oportunidade de participar da pesquisa e compartilhar sua história, avaliando esta como uma experiência muito positiva.

Os dados analisados possibilitaram verificar que a cesárea indesejada está relacionada não somente à frustração da expectativa de um parto normal, como também à frustração por uma relação profissional-paciente marcada pelo autoritarismo e paternalismo, pelo desrespeito ao protagonismo da mulher e aos acordos inicialmente feitos durante o pré-natal, bem como pelo sentimento de não ter recebido o atendimento mais seguro e efetivo, baseado nas melhores evidências para assistência ao parto. Esta é uma importante mudança: com a internet, as mulheres têm acesso a informação baseada em evidências dirigida a usuárias, o que desestabiliza a relação de autoridade do médico.

Na narrativa das mulheres, o modelo de assistência relatado na cesárea indesejada, na grande maioria das vezes, utilizou rotineiramente ameaças que vão desde questionar o bem-estar do bebê e da mulher e a capacidade dela de entrar em trabalho de parto/seguir em trabalho de parto como forma de convencimento para a cesárea (eletiva ou intraparto), até se aproveitar da intensa vulnerabilidade da mulher para, às vésperas do parto, questionar a qualidade do atendimento e/ou a presença de profissionais, caso a opção seja a de se aguardar o parto normal.

Além disso, foram várias as situações identificadas de depreciação das mulheres, sendo comum a expressão de sentimentos negativos, potencializados pela ocorrência de práticas, por parte dos profissionais e das instituições, sabidamente associadas à violência obstétrica, o que as levou a uma avaliação crítica do atendimento recebido e da experiência de nascimento de um filho, gerando desdobramentos nos eventos que se seguiram ao nascimento.

Em sua maioria, as mulheres avaliam que o primeiro contato com o bebê foi prejudicado por essa vivência, o que teve impactos importantes no estabelecimento inicial do vínculo com seus filhos.

No que diz respeito ao pós-parto, a experiência da cesárea indesejada, para essas mulheres, teve, sobretudo, impactos emocionais na sua vida. Entre as mudanças citadas estão a busca incessante pelo sucesso da amamentação

e mudanças no percurso de vida pessoal e profissional, a fim de apoiar outras mulheres que procuram por informações sobre parto e amamentação.

Também se identificou que essa experiência marcou profundamente os meses seguintes ao nascimento; logo, a relação com o bebê, o companheiro e a família, uma vez que a grande maioria das mulheres relatou dificuldades emocionais. Entre elas, citam ora uma depressão pós-parto diagnosticada, ora *babyblues*, e, com frequência, uma tristeza recorrente pela vivência da cesárea indesejada e seus desfechos no pós-parto, que, em sua maioria, só foram “curadas” quando foi possível ressignificar a experiência, ajudando outras mulheres ou conquistando elas próprias um parto normal na gravidez seguinte.

Esta pesquisa evidenciou o uso rotineiro de práticas inadequadas e desrespeitosas, tais como o convencimento para realizar a cesárea com base em informação distorcida e ameaçadora, o descaso com o bem-estar físico e emocional da mulher e do bebê, a privação de recursos e procedimentos baseados em evidências científicas para a condução do pré-natal e do trabalho de parto, o desrespeito à Lei do Acompanhante, a privação do contato com o bebê após o nascimento e o uso de medicamentos para sedar as mulheres logo após o parto, entre outros.

Por fim, e não menos importante, os resultados encontrados sugerem que, no processo que conduz as mulheres a uma cesárea indesejada, está a marca de uma assistência que virtualmente inviabiliza a possibilidade do protagonismo feminino e de escolha informada, priorizando as conveniências e necessidades da equipe e da instituição que as acompanham, o que resulta em um importante sofrimento, gerando marcas emocionais.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro (RJ): ANS; 2008.
2. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidades ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.
3. Aguiar JM, D'Oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunic. Saúde Educ.* 2011;15:79-91.
4. Aires MM. *Fisiologia*. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.
5. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAM, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24: 2909-18.
6. Althabe F, Belizán, JM. Caesarean section: the paradox. *Lancet.* 2006;368:1472-73.
7. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina.* 2010a;38:414-22.
8. Amorim, MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina.* 2010b;38:459-68.
9. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina.* 2010c;38:505-16.
10. Amorim, MMR. Parto Normal vs. Cesárea (parte 2): por que as taxas de cesárea são tão elevadas no Brasil? *Site Guia do Bebê.* 2011. [acesso em 10 março 2011] Disponível em: http://guiadobebe.uol.com.br/parto/parto_normal_vs_cesarea__parte_2.htm.
11. Andretto DA. Transtornos de estresse pós-traumático pós-parto: prevalência e fatores associados em puérperas do setor público e privado. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

12. Araujo EA, Dias GA, Garcia JCR, Silva AKA. Periódico eletrônico Informação & Sociedade: Estudos – impactos no contexto da comunicação científica. *Perspect. ciênc. inf.* 2006;11:335-47.
13. Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth.* 2001;28:111-18.
14. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D’Orsi E, Reis ACGV. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad. Saúde Pública.* 2003;19:1611-20.
15. Barcellos LG, Souza AOR, Machado CAF. Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética.* 2009;17:497-510.
16. Beck CT. Benefits of Participating in Internet Interviews: Women Helping Women. *Qual. Health Res.* 2005;15:411-22.
17. Blomquist JL, Quiroz LH, Macmillan D, McCullough A, Handa VL. Mothers’ Satisfaction with Planned Vaginal and Planned Cesarean Birth. *Am. J. Perinatol.* 2011;28:383-88.
18. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AMG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica.* 2011;45:69-78.
19. Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011;283:1193-8.
20. Borsa JC. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Rev. Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade.* 2007;2:310-21.
21. Bowlby J. *Apego.* 2 ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1990.
22. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. [acesso em 5 agosto 2012]. Disponível em: http://www.whiteribbonalliance.org/WRA/assets/File/Respectful-Care-at-Birth_9-20-101_Final.pdf.
23. Braga A. Da ‘Cultura Feminina’ de Simmel aos weblogs: mulheres na Internet. Artigo apresentado ao NP 13 – Comunicação e Cultura das

- Minorias, do IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa, 2004. [acesso em 19 abril 2012]. Disponível em:
<http://galaxy.intercom.org.br:8180/dspace/bitstream/1904/18048/1/R2090-1.pdf>
24. Braga AA. Tecnologia e gênero: questões femininas na Internet. Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder; Florianópolis. 2008. [acesso em 5 agosto 2012]. Disponível em:
http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST38/Adriana_A_Braga_38.pdf
25. Brazelton BT, Cramer BG. As primeiras relações. 2. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2002.
26. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública. 2005;21:1316-27.
27. Bulgacov S, Verdu FC. Redes de pesquisadores da área de administração: um estudo exploratório. Rev.adm. contemp. 2001;5:163-82.
28. Caetano AJ. Estudo(s) sobre parto cesáreo indesejado. In: Lansky S, Leão MRC, organizadores. Seminário BH pelo parto normal. Belo Horizonte (MG): Associação Médica de Minas Gerais. Rona Editora; 2008. p.110-15.
29. Cardoso JE, Barbosa RHS. O desencontro entre desejo e realidade: a “indústria” da cesariana entre mulheres de camadas médias no Rio de Janeiro, Brasil. Physis. 2012;22:35-52.
30. Cardoso PO, Alberti L, Petroianu A. Morbidade neonatal e materna relacionada ao tipo de parto. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15:427-35.
31. Carneiro RG. Dizer sim à experiência. Caderno Espaço Feminino. 2009;22:129-48.
32. Carraro TE, Kletemberg DF, Goncalves LM. O ensino de metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. Revbrasenferm. 2003;56:499-501.
33. Cechin J, Leite F, Martins C. Diferenças assistenciais no pré-natal, parto e puerpério entre as mulheres que utilizaram Plano de Saúde x SUS – Dados da PNDS 2006. [relatório na internet] São Paulo: IESS; 2008. [acesso em 10 março 2011]. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00202008prenatalpnsmod.pdf>.
34. Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, Lee L; Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal

- Surveillance System. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth*. 2010;37:44-9.
35. Corbellini VL, Santos BRL, Ojedal BS, Gerhart LM, Eidt OR, Steinl CS, Mello DT. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2010;63:555-60.
 36. Cruz DCS, Symam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;1:690-7.
 37. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras. Ginecol. Obstet*. 2005;27:181-8.
 38. Cummings JA, Clemens LG, Nunez AA. Mother counts: how effects of environmental contaminants on maternal care could affect the offspring and future generations. *Front Neuroendocrinol*. 2010;3:440-51.
 39. D'Oliveira AFP, Diniz, SG, Scraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002;359:1681-5.
 40. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. Fatores associados à realização de cesáreas em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22:2067-78.
 41. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16:1515-23.
 42. Dias MAB. Cesariana: considerações sobre a trajetória desta cirurgia ao longo do último século. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2008.
 43. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, Bittencourt DAS, Rocha PMM, Schilithz AOC, Leal MC. 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*. 2008;13:1521-34.
 44. Diniz CSG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: Editora Unesp; 2004.

45. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005;10:627-37.
46. Diniz CSG, Chacham AS. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod*. 2006;1: 80-91.
47. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum*. 2009;19:313-26.
48. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20:S52-S62.
49. Druzin ML, El-Saied YY. Cesarean Delivery on Maternal Request: Wise Use of Finit Resources? A View from the trenches. *Semin Perinatol*. 2006;30:305-8.
50. Faisal-Cury A, Menezes PR. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2006;28:171-8.
51. Faisal-Cury A, Menezes PR. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40:226-32.
52. Faisal-Cury A, Menezes PR, Tedesco JJA, Kahalle S, Zugaib M. Maternity "blues": prevalence and risk factors. *Span J Psychol*. 2008;11:593-9.
53. Faúndes A, Cecatti JG. A Operação cesárea no Brasil. incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. *Cad. Saúde Pública*. 1991;7:150-73.
54. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38:488-94.
55. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A. Experiência de parto: Alguns fatores e consequências. *Análise Psicológica*. 2002;2:203-17.
56. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*. 2010;36:296-306.
57. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ERData collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev. Latin. Am. Enfermagem*. 2006;14:812-20.

58. Fundação Seade. SP Demográfico: Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. [relatório da internet] São Paulo: mar. 2010. [acesso em 13 junho 2010]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/ produtos/ spdemog/mai2010/spdemog_mai2010.pdf.
59. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25:2480-8.
60. Gamble JA, Creedy DK. Women's Request For a Cesarean Section: A Critique of the Literature. *Birth*. 2000;27:256-63.
61. Gilbert ACB, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10:103-16.
62. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Evaluation of implementation of humanized care to low weight newborns: the Kangaroo Method. *J Pediatr*. 2010;86:33-9.
63. Grewal J, Zhang J, Mikolajczyk RT, Ford J. Risk of Cesarean Delivery When Second-Trimester Ultrasound Dating Disagrees with Definite Last Menstrual Period. *Am. J. Perinatol*. 2010;27:587-93.
64. Gutman L. A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos. São Paulo (SP): Editora BestSeller; 2010.
65. Hainer F, Kowalcek I. Vaginal birth versus Cesarean section on demand – which mode of delivery is preferred by pregnant women? *Z GeburtshilfeNeonatal*. 2011; 215: 35-40.
66. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG*. 2002;109:618-23.
67. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2002;186:S160-72.
68. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2007;3: CD003766.

69. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc. Sci. Med.* 2000;51:725-40.
70. Kendall-Tackett K. New Research on Postpartum Depression: The Central Role of Inflammation and How Breastfeeding and Anti-Inflammatory Treatments Protect Maternal Mental Health. *LEAVEN.* 2007;43:50-3.
71. Klaus M, Kennel J. Pais/bebê – a formação do apego. Porto Alegre (RS): ArtMed; 1993.
72. Laws PJ, Tracy SK, Sullivan EA. Perinatal Outcomes of Women Intending to Give Birth in Birth Centers in Australia. *Birth.* 2010;37:28-36.
73. Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [legislação na Internet]. Brasília; 2005. [acesso em 13 junho 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.
74. Lino HC. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010, 171p.
75. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007; 176:455-460.
76. Machado JLC, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC e col. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25:124-32.
77. Madge C., O'Connor H. Parenting gone wired: empowerment of new mothers on the internet? [acesso em 5 agosto 2012]. Disponível em: <https://ira.le.ac.uk/bitstream/2381/1403/1/CM%20social%20and%20cultural%20revised%20submission%20Apri%202005.pdf>.
78. Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005;27:571-4.
79. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG.* 2011;118:391-9.

80. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007;34:65-79.
81. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-Based Practices for the Fetal to Newborn Transition. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52:262-73.
82. Miller J-A. *Lacan Elucidado. Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Zahar; 1997.
83. Monteiro JCS, Gomes FA, Nakano AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm*. 2006;19:427-32.
84. Mould T, Chong S, Spencer J, Gallivan S. Women's involvement with the decision preceding their caesarean section and their degree of satisfaction. *Br J Obstet. Gynaecol*. 1996;103:1074-7.
85. Nerum H, Halvorsen L, Sørli T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006;33:221-8.
86. Odent M. *A cientificação do amor*. Florianópolis (SC): Saint Germain; 2002.
87. Organização Mundial da Saúde. *Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno*. Brasília (DF): OPAS; 2001.
88. Osório CM, Queiroz ABA. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: Teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Esc. Anna Nery R. Enferm*. 2007;11:261-7.
89. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *TheLancet.com*. May 2011; p. 11-31.
90. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev.Saude Publica*. 2011;45:185-94.
91. Pedersen CA, Ascher JA, Monroe YL, Prange AJ Jr. Oxytocin induces maternal behavior in virgin female rats. *Science*. 1982;216:648-50.
92. Perez-Rios N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum. Lac*. 2008;24:293-302.

93. Perpétuo IHOP, Bessa GH, Fonseca MC. Parto cesáreo: uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. In: Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1998; p.95-119.
94. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. [acesso em 5 agosto 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
95. Resolução RDC nº. 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União 2008.
96. Pinheiro LG. Falando sobre maternidade em redes sociais: letramentos digitais como espaços de redescritção identitária. [acesso em 5 agosto 2012]. Disponível em: http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307048364_ARQUIVO_ArtigoCONLABLuciaPinheiro.pdf.
97. Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*. 2001;323:1155-8.
98. Potter JE, Hopkins K, Faúndes A, Perpétuo I. Womens’ autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. *Birth*. 2008;35:33-40.
99. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009;13:759-68.
100. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev. Esc. Enferm*. 2009;43:1297-302.
101. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J, Buitendijk S. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*. 2008;35:107-16.

102. Robson S, Carey A, Mishira R, Dear K. Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Aust N Z J Obstet. Gynaecol.* 2008;48:415-20.
103. Rocha SMM, Simpionato E, Mello DF. Apego Mãe – Filho: Estudo Comparativo Entre Mães de Parto Normal e Cesárea. *Rev. Bras. Enferm.* 2003;56:125-9.
104. Rowe HJ, Fisher JRW. Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. *BMC Public Health.* 2010;10:499.
105. Sakae TM, Freitas P F, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43:472-80.
106. Silva LL, Coelho EBS, Capone SNC. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. *Interface – Comunic. Saúde Educ.* 2007;11:93-103.
107. Simsek Z. Samplesurveys via electronic mail: a comprehensive perspective. *Revadmempres.* 1999;39:77-83.
108. Sodr e TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participa o no parto de gestantes residentes em Londrina-Paran . *Texto contexto-enferm.* 2010;19:452-60.
109. Sodr e TM. Necessidade de cuidado e de participa o no parto: a voz de um grupo de gestantes de Londrina – PR. Tese de Doutorado. S o Paulo, 2010.
110. Soifer R. *Psicologia da Gravidez, parto e puerp rio.* 6. ed. Porto Alegre (RS): ArtMed; 1992.
111. Stadlmayr W, Schneider H, Amsler F, B rgin D, Bitzer J. How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2004; 115:43–50.
112. Tanaka ACd'A, Alvarenga AT. Tecnologia e medicaliza o na concep o e anticoncep o. In: Galv o L, D az J, organizadores. *Sa de Sexual e Reprodutiva no Brasil.* S o Paulo: Hucitec/PopulationCouncil: 1999; 198-208.
113. Tesser CD, Knobel R, Rigon T, Bavaresco GZ. Os m dicos e o excesso de ces reas no Brasil. *Sau. & Transf. Soc.* 2011;2:4-12.

114. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24:S235-46.
115. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:760.
116. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;10:760.
117. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31:17–27.
118. Waldenström U. Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth*. 2004b;31:102-107.
119. Weiderpass E, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1998;32:225-31.
120. Weisman O, Granat A, Gilboa-Schechtman E, Singer M, Gordon I, Azulay H, Kuint J, Feldman R. The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Arch. Womens Ment. Health*. 2010;13:505-13.
121. Whitaker ME, Trindade Junior AS, Genaro KF. Proposta de protocolo de avaliação clínica da função mastigatória. *Rev. CEFAC* 2009;11:311-323.
122. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand*. 2007;86:451-6.
123. Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 2000.
124. Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1996.

125. Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth*. 2010;37:275-279.
126. Zhang X, Joseph KS, Kramer MS. Decreased term and post term birth weight in the United States: impact of labor induction. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2010;203:124.e1-7.

ANEXO I – Roteiro de questões sobre cesárea indesejada

QUESTIONÁRIO PARA O GRUPO CESÁREA INDESEJADA

Olá!

Como já é de seu conhecimento, você está recebendo o questionário que será utilizado para conhecer um pouco mais sobre a história de mulheres que julgam ter passado por uma (ou mais) cesárea(s) indesejada(s).

Este instrumento foi elaborado em função da necessidade de conhecer um pouco mais sobre a história pessoal e familiar de cada uma de vocês, além de obter informações específicas sobre a gestação, o nascimento e o pós-parto da(s) gravidez(es) em questão.

Fique à vontade para respondê-las como desejar. Sua resposta pode vir como marca de revisão, com uma cor de fonte diferente ou em maiúscula.

Caso alguma das questões não se aplique à sua história, ou já tenha sido respondida em um item anterior, basta informar e seguir adiante.

Caso alguma questão não tenha ficado clara ou você deseje fazer alguma sugestão, crítica ou comentário a respeito deste instrumento, fique à vontade para entrar em contato.

Não há uma data-limite previamente estipulada. Se possível, solicitaria que a resposta fosse enviada até o dia 11 de fevereiro de 2012. Caso seja necessário pensar em um período maior para preenchimento, entre em contato!

Desde já agradeço imensamente a disponibilidade para respondê-lo.

Atenciosamente,

Heloisa de O. Salgado
cesareaindejada@gmail.com

.....

A. BLOCO 1 – INFORMAÇÕES

- **Idade atual:**
- **Idade à época da cesárea:**
- **Formação:**
 - 1º Grau completo
 - 2º Grau completo

- 3º Grau completo

- Pós-Graduação

- **A cobertura da assistência à gestação e ao parto se deu no setor público/privado/convênio:**
- **Estado civil:**
- **Estado civil à época do nascimento:**
- **Número de filhos:**
- **Número de gestações:**
- **Número de partos/cesáreas:**
- **Datas dos nascimentos dos filhos – destacar a data de nascimento do(s) filho(s) que nasceu(ram) de uma cesárea indesejada:**
 - a. Filho 1:
 - b. Filho 2:
 - c. Filho 3:
 - d. Filho 4:
- **Número de perdas gestacionais (espontâneas):**
- **Cidade/estado onde ocorreu o nascimento:**
- **Porque você considera que sua cesárea foi indesejada?**
- **Como era o parto que você desejava?**
- **Como é/era o parto que você passou a desejar depois de viver a experiência de uma cesárea indesejada? Por quê?**

B. BLOCO 2 – HISTÓRICO

O que você sabe sobre as histórias de nascimento de sua família?

1. Sobre o seu nascimento:

2. Sobre o de sua mãe:
3. O de seu pai:
4. De seus irmãos:
5. Outros nascimentos em sua família:
6. Nascimentos na família do seu companheiro/pai do filho:
7. De suas amigas:
8. Alguma outra história de partos e nascimentos você considera importante?

Histórico da gestação

9. Sua gravidez foi planejada?
10. Como você imaginava que seria o nascimento de seu filho antes de se descobrir grávida?
11. E após se descobrir grávida?
12. Quais os medos e as fantasias que você tinha durante a gravidez com relação à gestação?
13. Quais os medos e as fantasias que você tinha durante a gravidez com relação ao parto?
14. Qual foi sua escolha inicial de via de parto? Por quê?
15. Como foi a sua preparação para o parto?
16. Houve envolvimento/compartilhamento por parte de seu companheiro?
17. Você conversou com seu médico sobre seus planos para o parto?
 - a. Como foi (em caso de SIM) e por que não (em caso de NÃO)?

<p>*** [Caso tenha havido uma conversa sobre via de parto e/ou intervenções] ***</p>
--

18. Como se sentiu e o que imaginou após essa(s) conversa(s)?

19. A partir das conversas com seu/sua obstetra, o que você entendeu que o parto normal seria:

- a. Mais/menos seguro?
- b. Mais/menos confortável?
- c. Geraria mais/menos impactos sobre vida sexual?
- d. Geraria mais/menos impactos sobre assoalho pélvico/incontinências urinárias/fecais?
- e. Mais/menos seguro para mãe ou para o bebê com relação à utilização de intervenções de rotina (soro com ocitocina, anestesia, imobilização)?

20. Pelo que você entendeu, a cesárea eletiva seria:

- a. Mais/menos segura?
- b. Mais/menos confortável?
- c. Geraria mais/menos impactos sobre vida sexual?
- d. Geraria mais/menos impactos sobre assoalho pélvico/incontinências urinárias/fecais?

21. O que você imaginava com relação ao uso de intervenções em seu parto?

C. BLOCO 3 – O NASCIMENTO

22. De quantas semanas você estava?

23. Antes da internação, você passou em consulta? Se sim, explique por qual razão.

24. Qual foi o motivo da internação?

25. Você informou que tipo de parto desejaria quando chegou à maternidade? Se sim, como foi?

****[Algumas das questões do Item 26 são específicas para quem tentou o parto normal. Caso não seja o seu caso, preencha apenas com “não se aplica” e siga para o item 27] ****

26. Conte, em detalhes, o que aconteceu com relação à(ao):

- a. Internação:
- b. Alimentação:
- c. Movimentação:
- d. Posição:
- e. Medicação para aceleração ou indução do trabalho de parto:
- f. Ausculta:
- g. Cardiotocografia (fitas presas à barriga para acompanhar as contrações e os batimentos do bebê):
- h. Uso de anestesia:
- i. Que foi dito pela equipe com relação ao trabalho de parto, à sua participação, seu empenho em ajudar o desenrolar do trabalho de parto, sobre a saúde do bebê (sofrimento fetal) ou à sua saúde:
- j. Consentimento informado (documento/papel assinado):

27. Com relação ao momento de decisão pela cesárea, responda:

- a. Qual foi a indicação?
- b. Você participou da decisão? Descreva detalhadamente como foi (em caso de SIM) ou por que não (em caso de NÃO).

28. Como você se sentia/ se sentiu neste momento?

- a. Fisicamente:
- b. Emocionalmente:

29. Como seu companheiro/acompanhante se sentiu?

30. Você achou que a sua opinião era importante para os profissionais de saúde? Sentiu que eles a ouviam?
31. Como foi a cesárea?
32. Você considera que a cesárea foi melhor, igual ou pior do que você esperava? Por quê?
33. Em algum momento você ficou longe de seu bebê? Caso a resposta tenha sido afirmativa, especifique:
- Em que momento ficou longe:
 - Por quanto tempo:
 - Como foi este período longe de seu bebê:
 - Como você se sentiu durante este período longe de seu bebê:
 - Buscou informações com a equipe? Se sim, conte como foi e como se sentiu.
34. Como foi o primeiro contato com seu bebê?
- Além de contar como foi, descreva o que sentiu no primeiro contato.
35. Você contou com a presença de acompanhante de sua livre escolha durante o período em que esteve no hospital? Se sim, especifique quem foi e em que momento ele esteve presente:
- No pré-parto:
 - Durante o parto/nascimento:
 - Após o parto:
 - Na sala de recuperação (se houve):
 - No quarto:

D. BLOCO 4 – PÓS-PARTO

36. Detalhe como foi o período pós-operatório:

- a. Fisicamente
- b. Emocionalmente

37. O seu bebê precisou de algum cuidado especial ou internação prolongada (além do normalmente previsto)?

38. Você precisou de algum cuidado especial ou internação prolongada (além do normalmente previsto)?

39. Você foi reinternada? Se sim, detalhe o(s) motivo(s) e como.

40. Sobre a recuperação da cesárea, especifique:

- a. Identifique numa escala de 1 a 6 qual a intensidade da dor:
- b. Por quanto tempo sentiu dor no pós-operatório:
- c. Se precisou de ajuda para autocuidado no pós-operatório: Especifique para quê e por quanto tempo.
- d. Se precisou de ajuda para o cuidado com o bebê no pós-operatório: Especifique para quê e por quanto tempo.
- e. Se precisou de ajuda para os afazeres domésticos no pós-operatório: Especifique para quê e por quanto tempo.
- f. Outros comentários:

41. Conte com detalhes como se deu a amamentação e como se sentiu:

- a. Na primeira hora:
- b. Nos primeiros dias:
- c. No primeiro mês:
- d. Até o sexto mês:

42. Você recebeu algum tipo de apoio para a amamentação? Como foi?

Quem foi?

43. Quando introduziu suco, água, chá ou algum outro alimento?

44. Como você se sentiu emocionalmente após o nascimento?

45. Após o nascimento, você sente que ficou triste em algum momento?

Quando? Como foi?

a. Se SIM, você sente que esta tristeza se amenizou? Quando? Ou ainda não se amenizou?

b. Se SIM, você procurou algum tipo de ajuda? Como foi? Realizou algum tipo de tratamento (medicamentoso ou não)?

46. Como ficou a relação com o companheiro e a paternidade dele?

47. Como foi a retomada da sua vida sexual após o parto?

48. Alguém lhe ajudou/ajuda com o cuidado com seu bebê? Quem?

E. BLOCO 5 – QUESTÕES FINAIS

49. Durante o seu atendimento como gestante/parturiente/puérpera (nas consultas de pré-natal, durante a internação e o nascimento propriamente dito ou nas consultas pós-parto), aconteceu (ou aconteceram) fato(s):

a. de que você não gostou ou que lhe fez sentir-se desrespeitada ou com raiva, vergonha, medo, insegurança, tristeza, entre outros sentimentos negativos?

- b. de que você gostou e/ou que lhe deixou feliz, porque fez com que se sentisse respeitada ou segura, amparada, tranquila, entre outros sentimentos positivos?

50. Você acha que sua experiência de cesárea indesejada teve repercussões (positivas e/ou negativas) na sua vida? Quais?

51. Pensando a respeito de sua experiência de gestação, parto, pós parto e cesárea indesejada:

- a. você faria alguma coisa diferente? Se sim, o que você faria?
- b. você faria algo igual? Se sim, o que você faria?

52. Deseja comentar alguma coisa?

ANEXO II - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões no parto e nascimento.

Pesquisador responsável: Heloisa de Oliveira Salgado (FSP-USP)

Este projeto de pesquisa tem por objetivo descrever e analisar comparativamente, na percepção de usuárias dos serviços de assistência ao parto, a experiência do nascimento de um filho por meio de uma cesárea considerada indesejada pela puérpera e suas implicações no puerpério. Serão analisados depoimentos publicados na internet e em livros, e também serão realizadas entrevistas semiestruturadas, para as quais estamos convidando você.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: convocação de participantes, entrevistas semiestruturadas com os participantes da pesquisa, que poderão ser presenciais, realizados na FSP (ou em outros ambientes fora das instituições saúde), ou pela internet. O uso deste consentimento será feito presencial ou virtualmente.

Durante a execução do projeto, ao refletir sobre sua experiência como usuária ou como profissional em um momento tão delicado, individualmente ou em grupo, algumas pessoas podem se sentir tristes ou aborrecidas com os fatos narrados da sua experiência. Para as pessoas que desejem conversar mais, oferecemos uma escuta qualificada, especializada no tema.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter sido informada/o dos meus direitos de:

receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;

não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;

procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de ____ .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Eu, Heloisa de Oliveira Salgado, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: __/__/__.


Telefone: 11 8202-5708 – 11 3061-7124


ANEXO III – Planilha de controle dos sujeitos




CI controle sujeitos - Microsoft Excel uso não comercial

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	Nome	Email	Data de envio	PERGUNTA FINAL	ANOS DE ESTUDO	Recebeu o email com o questionário	Devolveu o questionário	Necessário novo contato	Devolveu o questionário de novo!	CONTATO ADICIONAL	TCLE	MILITANTE
1	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
2	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
3	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	grupo de apoio
6	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok		emeto	pergunta final
7	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
8	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	doula
11	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	grupo de apoio doula pós e aconselhament
12	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	doula
13	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
14	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	03/02/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
15	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
17	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	doula
21	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	militante
22	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	não	não se aplica	OK	OK	
27	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
28	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
29	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
30	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
31	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
32	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	
33	XXXXXX XXXXXXXX	XXXXXXXXXX@XXXXXX.COM	23/01/2012	OK	OK	ok	ok	ok	ok	OK	OK	


CURRÍCULO LATTES











Dados gerais
Formação
Atuação
Projetos
Produções
Educação e População do C&T
Eventos



Heloisa de Oliveira Salgado

Bolsista de Mestrado do CNPq

 Endereço para acessar currículo: HOdeO@lattes.cnpq.br/8772801541355514
 Última atualização do currículo em 06/08/2012


Graduação e bacharelado em Psicologia pela FFCLRP da Universidade de São Paulo (1999) e especialização em Psicologia da Infância pelo Setor de Saúde Mental do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (2000). Atualmente é aluna de mestrado da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno-Infantil, sob orientação da Profa Carmen Simone Diniz. Possui experiência na área de Saúde, com ênfase em Saúde Materno-Infantil. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Heloisa de Oliveira Salgado
Nome em citações bibliográficas	SALGADO, H. O.
Sexo	Feminino

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2010	Mestrado em andamento em Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública / USP. Título: A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões no parto e nascimento., Orientador:  Carmen Simone Grilo Diniz. Palavras-chave: humanização; cesárea; epidemiologia; evidências científicas; distórcia; cesárea indesejada. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: SAÚDE MATERNO-INFANTIL. Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana; Pesquisas e desenvolvimentos científicos.
2000 - 2001	Especialização em Psicologia da Infância. (Carga horária: 312h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: O psicólogo na enfermagem pediátrica através de um estudo de caso: o trabalho com a família e com a equipe. Orientador: Profa Dra Mary Luc M. Silveira.
1994 - 1999	Graduação em Psicologia. Faculdade de Medicina Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP. Título: Momentos na Construção da relação mãe-filho e sua reconstrução em novos contextos (Processo PAPERSP: 95/08802-2). Orientador: Profa. Dra. Maria Clotilde Rosado-Pereira. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Formação Complementar

2008 - 2008	Formação de Doulos. (Carga horária: 32h). Grupo de Apoio à Maternidade Ativa.
2007 - 2007	Melhoria Práticas em Gestão de Projetos... Fundação Carlos Alberto Vanzolini, FCAV, Brasil.
1999 - 1999	Psicoterapia - uma abordagem vinculariana. (Carga horária: 80h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação Profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional	
2011 - Atual	Vínculo: Outro (especifique), Enquadramento Funcional: Aluna de mestrado
Atividades	
2011 - Atual	Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, Projetos de pesquisa Projeto Nascer no Brasil - Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (CNPq). Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil - Edital: MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/DECT-ID/DECT nº 057/2009

Faculdade de Saúde Pública / USP, FSP-USP, Brasil.



Carmen Simone Grilo Diniz

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/723213293431233>

Última atualização do currículo em 10/10/2011

possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), mestrado (1996) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2001), e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemtecamp (2004). É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (concurso em junho 2011). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-Infantil, Saúde Pública baseada em evidências. É coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome: Carmen Simone Grilo Diniz

Nome em citações bibliográficas: Diniz, C. S. G.; Diniz, S.; Diniz, Simone; Diniz, Simone G.; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Simone Grilo; Diniz, Carmen Simone Grilo

Sexo: Feminino

Endereço

Endereço Profissional: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar, Conquiza César, 01246904 - São Paulo, SP - Brasil, Telefone: (11) 50897124, Fax: (11) 50893240

Formação acadêmica/titulação

- 2011** Livre-docência.
Faculdade de Saúde Pública.
Título: Gênero e Saúde Materna, Ano de obtenção: 2011.
Palavras-chave: direitos da maternidade; direitos humanos; gênero e saúde; modelos de assistência ao parto; humanização; saúde materna.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
- 2003 - 2004** Pós-Doutorado.
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 1997 - 2001** Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Concurso CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Gênero e direitos e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Macaule Ayres.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 1994 - 1996** Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Concurso CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma relação médico-paciente, Ano de Obtenção: 1997.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Macaule Ayres.
- 1985 - 1987** Especialização - Residência médica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em:
Número do registro: .
- 1979 - 1984** Graduação em Medicina.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

Formação Complementar

- 2008** Critical Appraisal Skills Program (CASP). (Carga horária: 40h).
University of Oxford.
- 1991 - 1991** Women and Human Rights - The Women's Global Vial Lc. (Carga horária: 80h).
The State University of New Jersey.

Atuação Profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Doutor, Carga horária: 40