

## "CUIDE DAS ROUPINHAS QUE DO PARTO CUIDO EU" – COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS E PACIENTES E DECISÕES SOBRE A VIA DE PARTO NO SETOR PRIVADO EM SÃO PAULO, BRASIL

### "YOU TAKE CARE OF THE BABY'S CLOTHES AND I TAKE CARE OF THE DELIVERY" – COMMUNICATION BETWEEN PROFESSIONALS AND PATIENTS AND DECISIONS ABOUT THE MODE OF DELIVERY IN THE PRIVATE SECTOR IN SÃO PAULO, BRAZIL

Helena da Costa Lino<sup>1</sup>, Simone G. Diniz<sup>2</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96825>

#### RESUMO

A assistência ao parto no setor privado brasileiro se caracteriza por altos índices de cesáreas e intervenções invasivas no parto, contradizendo recomendações sobre segurança e qualidade das ações. Buscamos entender como profissionais e pacientes se comunicam sobre riscos e benefícios das intervenções, e tomam decisões, na era da internet. Entrevistamos 28 profissionais e usuárias do setor privado em São Paulo, incluindo aqueles que chamaremos de "típicos" e "atípicos" do quadro nacional. A comunicação sobre procedimentos entre pacientes "típicas" foi escassa, enviesada ou ativamente bloqueada, tendendo a reforçar uma atitude comportada. As pacientes "atípicas" buscaram mais informações dos profissionais e grupos de pares, e usaram mais recursos da internet (listas de discussão, sites de evidências e bancos de narrativas). A disponibilidade destas informações permite que mais mulheres busquem um cuidado alinhado com seus valores e noções de direito, frequentemente confrontando a autoridade médica, criando novas necessidades a serem (ou não) satisfeitas.

**Palavras-chave:** parto normal, cesárea, saúde suplementar, satisfação com o cuidado, gênero.

#### INTRODUÇÃO

O cenário de atenção ao parto no Brasil tem se caracterizado por altas taxas de cesáreas e por um manejo agressivo do parto normal, pela morbimortalidade materna em níveis altos e estagnados por pelo menos uma década<sup>1</sup>, e pelo frequente desrespeito aos direitos das pacientes, como no caso do acompanhante de livre escolha no parto. Ocasionalmente alguma campanha promove o parto normal como a via mais benéfica e segura para mãe e bebê, aparentemente sem efetividade. A inocuidade das campanhas se deve também ao fato de que aquilo que chamamos de "parto normal" inclui intervenções desnecessárias e dolorosas feitas de rotina, tornando a experiência do parto desnecessariamente traumática, e distante do "normal"<sup>2-4</sup>. Esta "pessimização" da experiência do parto é instrumental para tornar a cesárea de rotina uma alternativa mais aceitável, comparativamente a um parto traumático<sup>5</sup>. No entanto, estudos mostram que mesmo no setor privado, e mesmo sendo este par-

to tão intervencionista, a maioria das mulheres declara preferir o parto vaginal à cesárea no início da gravidez, passando a aceitar a cesárea no decorrer do pré-natal, ou até mesmo no momento do parto<sup>6,3</sup>.

O direito à escolha informada deve se aplicar tanto à maioria de mulheres (saudáveis), quanto aquelas que enfrentam algum problema de saúde<sup>7</sup>, porém no cenário atual há pouco espaço para que as mulheres possam manifestar suas dúvidas e preferências. A maioria não tem consciência de que têm direitos e muitas vezes aceitam intervenções desnecessárias e/ou agressivas que são feitas como parte de uma rotina de cuidado, sem que estas rotinas possam ser questionadas ou negociadas. Tal contexto reflete a constituição histórica da prática médica e obstétrica brasileira e seu *ethos* institucional<sup>8</sup>.

Este trabalho teve como foco a assistência ao parto no setor suplementar de saúde, em que uma forma de intervenção vem se tornando praticamente obrigatória: a cesariana eletiva. Sua ocor-

"The authors worked together in all stages of production of the manuscript."

1 Psychologist. Master in Public health. Rua Cayowáa, 1590, apartamento 21. Sumaré, São Paulo, SP.

2 MD, PhD, Associate Professor, Department of Maternal and Child Health, School of Public Health. University of São Paulo.

**Corresponding author:** [sidiniz@usp.br](mailto:sidiniz@usp.br)

Suggested citation: Lino HC, Diniz SG. "You take care of the baby's clothes and i take care of the delivery" – communication between professionals and patients and decisions about the type of labor in the private sector in São Paulo, Brazil. *Journal of Human Growth and Development*. 25(1): 117-124

Manuscript submitted Oct 08 2014, accepted for publication Feb 22 2015.

rência, segundo o DATASUS, atinge neste setor taxa nacional de 84,6%, mantendo-se acima de 90% em parte considerável dos serviços, e elevando a média nacional para 54% em 2011. Apesar da cesárea no Brasil ser vista como bem de consumo, as evidências científicas são consensuais em mostrar que oferece maiores riscos para a saúde da mãe e do bebê saudáveis, com impacto na saúde materna e dos nascidos<sup>9</sup>. Trata-se reconhecidamente de uma questão de saúde pública, pois a maneira como definimos a qualidade dos programas da saúde pública em um dado período de tempo deve ser compatível com o usufruto da saúde de forma equivalente pelas futuras gerações<sup>10</sup>.

Há, no entanto, uma crescente comunidade de profissionais e usuárias que se opõem a este modelo, constituindo um movimento social organizado que auxilia o acesso a um modelo de cuidado mais humanizado e baseado em evidências. Uma vez que o modelo que promove o parto espontâneo tem sido apoiado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, as recomendações destes órgãos são usadas como argumento técnico e político por esses movimentos<sup>11</sup>. Eles têm criado uma grande quantidade de recursos de informação, incluindo grupos presenciais, cursos, livros, vídeos, bancos de narrativas escritas e em vídeo, sites de informação sobre evidências e listas eletrônicas de usuárias, tendo crescente alcance sobretudo entre a população mais "incluída digitalmente" e de renda mais alta, objeto do presente estudo.

Esta pesquisa buscou descrever e analisar, comparativamente, as diferentes percepções sobre o que profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto no setor privado e, usuárias desses serviços, consideram ser um bom parto, e um parto ruim (parto emocionalmente traumático), e o que acham que contribui para que cada um deles ocorra. A hipótese que levantamos é de que a satisfação com a experiência do parto é diferente dependendo das informações e da expectativa que as mulheres têm. A expectativa também direciona a escolha do profissional por quem a paciente desejará ser atendida, e estará em constante construção na relação médico-paciente, dependendo, dentre outras coisas, da comunicação realizada ou não por esta dupla, do papel de outras fontes de informação e das "comunidades de pares" encontradas pela mulher.

## MÉTODO

Partimos de uma perspectiva orientada pelo olhar de gênero, considerando que os vieses de gênero modulam a assistência à saúde materna<sup>5</sup>. Entendemos o gênero como o sexo socialmente construído – a maneira como se configuram socialmente os sentidos de ser mulher, da sexualidade e da reprodução<sup>12</sup>. Esta modulação se expressa na assistência materna por dois movimentos articulados: por um lado, na subestimação ou mesmo negação da capacidade parturiente da mulher, resultando em modelos de assistência voltados para a "correção" deste corpo feminino falho e necessita-

do de tutela, e por outro lado, pela superestimação dos benefícios da tecnologia, subestimando ou negando os desconfortos e efeitos adversos das intervenções. Assim, as intervenções no parto e a forma como são interpretadas por pacientes e profissionais se dão a partir de um conjunto de expectativas prévias sobre o corpo feminino, socialmente construídas, que também levarão as mulheres (e profissionais) a se considerarem menos ou mais satisfeitos com a sua experiência de assistir ou de ser assistida durante o parto<sup>5</sup>.

Os termos "típico" e "atípico" foram escolhidos por exclusão, uma vez que outros termos ("ativas" e "passivas", "humanizados" e "não-humanizados", "baseados em evidências" e "não-baseados em evidências", por exemplo), pareceram excessivamente valorativos. Por pacientes "típicos" compreendemos aquelas que tinham optado por serem atendidas por profissionais com abordagens mais prevalentes, mais típicas do ponto de vista populacional, que tiveram seus partos por via cesariana (a maioria), ou por via vaginal com uma série de intervenções, tais como ocitocina, anestesia e episiotomia. As informantes pertencentes a este grupo foram selecionadas de maneiras distintas. Duas delas foram indicadas por pessoas do círculo de amizade de uma das autoras (HCL), e a partir delas foi realizado o método de snowball, em que cada sujeito indica outro para ser entrevistado.

As pacientes "atípicas" foram aquelas que optaram por serem atendidas por profissionais adeptos do parto natural, que procuraram ter partos vaginais, com o mínimo de intervenções possível, e que buscaram muita informação antes de tomar decisões relativas aos seus partos. A seleção deste grupo de entrevistadas foi feita através das listas de discussão de pares (gestantes e puérperas) na internet. A coordenadora de uma das listas mandou um e-mail explicando a pesquisa e perguntando quem se interessaria em participar, e a partir das respostas afirmativas foram selecionadas as participantes. Houve uma preocupação em diversificar o perfil das entrevistadas, englobando mulheres que optaram por ter partos hospitalares e domiciliares, bem como uma puérpera que, apesar de ter convênio médico particular, optou por ter seu parto em uma casa de parto pública.

As puérperas que compuseram os dois grupos tinham tido seus partos entre três meses e dois anos antes das entrevistas. A literatura sobre a distância do evento "parto" e suas narrativas (efeito "halo") indica vantagens e desvantagens relativas às entrevistas mais próximas ou mais distantes do evento<sup>7</sup>, desta forma, dada a consistência entre as narrativas, acreditamos que este intervalo amplo foi uma boa escolha. Vale ressaltar que as pacientes dos dois grupos que tiveram partos hospitalares, em sua grande maioria, foram atendidas em hospitais considerados modelo de excelência, de altíssimo padrão, na cidade de São Paulo,

O terceiro grupo compreende médicos que chamamos de típicos, ou seja, adeptos de métodos mais tradicionais de atenção ao parto, como cesarianas na grande maioria dos atendimentos, e partos vaginais com intervenções, em casos

minoritários. Houve bastante dificuldade na convocação de sujeitos para este grupo. Foram abordados profissionais com mais experiência e tempo de atuação na profissão, mas eles se mostraram quase inacessíveis, recusando-se a participar da pesquisa. Levando isso em consideração, entrevistamos médicos mais jovens, e isso foi possível porque todos foram indicados por pessoas do círculo de amizades de uma das pesquisadoras (HCL); acreditamos ainda que essa proximidade foi vantajosa, pois possibilitou que os sujeitos ficassem mais à vontade para se expressar. Todos eles tinham também experiência na atenção ao parto no setor público, permitindo a comparação entre os modelos considerados apropriados em cada setor.

O quarto e último grupo foi formado por profissionais que chamaremos de atípicos, dentre eles médicos obstetras, pediatras neonatologistas e uma obstetrix. O critério de inclusão neste grupo foi o de que fossem profissionais adeptos do parto natural, que trabalhassem baseados em evidências científicas e que consideram a mulher como protagonista de seu parto, características de uma comunidade autointitulada "humanizada". Não há tantos profissionais que trabalham sob essa perspectiva, portanto selecionamos aqueles mais atuantes na área, cujos nomes apareciam com frequência nos relatos de parto das puérperas atípicas.

Neste estudo foram respeitados os princípios éticos de sigilo e anonimato dos participantes, de acordo com a lei 196/96, tendo o projeto da pesquisa sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Os nomes das pacientes e profissionais foram substituídos para garantir seu anonimato.

Para abordar os dados utilizamos a análise temática<sup>13</sup>, orientada pela perspectiva de gênero acima descrita, realizando uma leitura detalhada de cada entrevista e uma categorização dos dados de acordo com os eixos que nortearam o roteiro. A partir desta categorização pudemos traçar um perfil de cada sujeito entrevistado e de sua compreensão da experiência de ter filhos ou da sua assistência. Em seguida procuramos comparar as respostas dadas pelos entrevistados em cada grupo. A partir dessas comparações refinamos as categorias analíticas, que descrevemos abaixo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Informação e escolha informada: a paciente ideal

Há uma crença de que no setor público o médico escolhe a via de parto que a paciente terá ("indicação clínica"), e no privado é a paciente que faz essa escolha. No entanto, não foi o que constatamos. Fica evidente que, se a paciente que quer uma cesariana no setor público causa desconforto, o mesmo acontece no setor privado com aquela que quer o parto normal. Nesta pesquisa, a maioria das mulheres típicas (5 das 7) e todas as atípicas, declararam ter preferência pelo parto normal no início da gravidez. No entanto, 5 das 7 típicas tiveram cesariana, cerca do que corresponde a dados

populacionais<sup>3</sup>. Refletindo a intencionalidade da amostra, todas as atípicas viabilizaram os partos vaginais desejados, mas não sem vários obstáculos como veremos.

Os profissionais, típicos e atípicos, têm seu modelo de paciente ideal. Os típicos valorizam que elas sejam calmas e "colaborativas". Parecem oferecer informação principalmente se e quando demandados pela paciente, e priorizam aquelas informações que confirmam suas preferências na assistência. Consideram importante que as pacientes estejam bem informadas, mas entendem por informação as mulheres "terem consciência de que o parto dói" e que elas "terão que ajudar". Para eles, quanto mais informação menor o medo que a paciente sente e mais colaborativa ela fica. Nesses casos, o sentido dado a "colaborativa" frequentemente coincide com o de quieta, silenciosa ("que não grita", "não faz escândalo", "não fica dando show"). Essa superposição do sentido entre "colaborativa" e "silenciosa" foi bem explícita na fala de vários dos profissionais:

*"Ela tem que saber que dor ela vai sentir [no parto normal], mas eu acho que tem algumas que gritam quando vai nascer o neném, começam a gritar, fazer show."* (NAIR, profissional típica)

Os profissionais típicos descrevem as pacientes que "dão trabalho" como sendo resistentes às intervenções médicas, "querendo impor as condutas delas". Apontam maiores problemas no atendimento no setor público, pela falta de analgesia, e pela dificuldade em lidar com pacientes que querem cesariana "logo de cara" (algo não permitido em hospitais públicos, ainda que quase obrigatório no setor privado), o que dificultaria a colaboração destas no parto normal. Eles argumentam que no setor privado essas questões são rapidamente resolvidas, a paciente falou mais alto, gritou de dor ou algo parecido, a cesariana aparece como solução. Porém dados populacionais mostram que na prática, a mulher que chega a entrar em trabalho de parto seja uma situação excepcional, sendo cerca de 17% no setor privado<sup>3</sup>.

Por outro lado, os profissionais atípicos afirmam valorizar a autonomia de suas pacientes, corresponsabilizando-as pelas decisões frente ao parto e buscando proporcionar a maior quantidade de informações possível, através de grupos presenciais, folhetos, livros, vídeos, sites de informação sobre evidências e listas eletrônicas de usuárias. Nesse caso, as pacientes "que dão trabalho" seriam aquelas que jogam para o profissional o protagonismo da experiência. Valorizam aquelas que buscam colocar-se no centro de seu processo de parto, e participam ativamente nas tomadas de decisão relativas ao cuidado.

### A paciente "leiga" e a paciente "especialista"

Da mesma forma que os profissionais, típicos e atípicos, valorizam certos aspectos em suas pacientes, elas também têm suas preferências quanto ao profissional. As típicas parecem sentir conforto numa posição de passividade e dependên-

cia, valorizando o profissional que assumia as rédeas da situação.

Em vários relatos, os profissionais típicos, apesar de falarem sobre a importância da comunicação com a paciente, não parecem incentivá-la. Muitas vezes as pacientes não perguntam, os médicos não respondem e todos saem satisfeitos, como se houvesse um pacto do silêncio, como fica bastante expresso na fala de uma das pacientes típicas:

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

Tanto os profissionais típicos quanto os atípicos consideram importante que se estabeleça uma relação de confiança, cumplicidade e comunicação entre profissional e paciente. A diferença entre os dois grupos se encontra na noção de confiança: os atípicos incentivam que a paciente não apenas confie no profissional, como também em si mesma. A paciente seria uma "especialista em si mesma" e suas necessidades.<sup>1</sup>

### **"Seu bebê pode estar sofrendo, mas felizmente podemos resgatá-lo"**

Na cultura institucional brasileira, há um discurso que superestima os riscos do parto normal ou da continuação da gravidez, refletida na frequente indicação, comunicada ao final do pré-natal, da necessidade de interromper a gestação, imediatamente e pela via cirúrgica. Mais frequentemente esse risco é projetado para o bebê, de que "ele entrará em sofrimento fetal se não fizerem a cesariana"; nestes casos, raramente uma gestante, principalmente se menos informada, teria condições de questionar essa informação ou contradizer o médico. Mais velada ou mais explícita, esta ameaça, à segurança do bebê é altamente efetiva em dobrar o desejo da mulher por um parto normal<sup>5,14,15</sup>. Como no depoimento abaixo de paciente típica que relatava que inicialmente queria um parto normal:

*"Tem médicos que até deixam passar mais uma ou duas semanas, mas ela não, ela é bem radical, porque ela acha que o bebê pode começar a correr algum risco. E no dia que completou 40 semanas eu fui fazer um exame e deu que a placenta já estava grau 2, o líquido da placenta já estava envelhecido e ele poderia começar a sofrer um pouco com isso e eu não tive nenhum... Nada de traba-*

*lho de parto, nada de contração, nada de dilatação, não rompeu minha bolsa, não aconteceu nada. (...) Ela falou que ela até pensaria em induzir, mas como eu não tinha nada de dilatação e a placenta estava envelhecendo, ela falou que eu poderia demorar muitas horas e o bebê ficar em sofrimento, então por isso ela resolveu optar pela cesárea."* (FERNANDA – paciente típica)

Quando a informação é baseada apenas no que o médico comunica no pré-natal as chances de distorções da "escolha" parecem aumentar muito. Percebemos que tanto nos casos típicos quanto nos atípicos interessa que sejam informações alinhadas com seus respectivos conceitos sobre a assistência. A fala de Dimitri, um profissional típico, mostra isso de forma bastante clara:

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

Entre os profissionais típicos, "bem informada" coincide com complacente, sem resistências ou questionamentos às rotinas da preferência do profissional. Note-se que informar sobre as condutas, ainda que não caiba questionamento, é uma postura mais avançada do que executá-lo sem explicações.

### **A privacidade e as dimensões emocionais da experiência**

Há uma valorização por parte de todos os grupos de relacionamentos baseados no afeto, no carinho, ainda que isso seja mais enfático nos relatos das atípicas. Uma das entrevistadas típicas, que teve um parto vaginal com várias intervenções, quando questionada sobre exemplos de bons tratamentos que lhe foram dados, descreveu uma manobra de Kristeller (pressão fúndica) feita pelo anestesista:

*"E ficou a equipe toda em volta, o anestesista ficava fazendo força na minha barriga, empurrando o bebê para ele descer" (CAROLINA).*

Note-se que a manobra de Kristeller<sup>2</sup> é proscrita nos livros de obstetrícia médica por envolver riscos para mãe e bebê, e mesmo assim, possivelmente pela falta de informação, foi vivida por esta mulher como positivo, como expressão de carinho e de cuidado, e de trabalho conjunto, sendo altamente valorizada. Mais uma vez vemos como parece alentadora a postura passiva que as pacientes típicas adotam frente a seus partos: as decisões ficam por conta dos profissionais, parecendo reconfortante esta delegação de responsabilidade.

Entre profissionais e pacientes atípicas, há uma valorização mais intensa e explícita dos aspectos emocionais do parto, incluindo duas características, ambas consideradas fortemente negati-

vas no ambiente hospitalar. O primeiro é a permissão da expressão emocional, abraços e carinho físico entre parceiros durante o trabalho de parto e nascimento. O segundo é uma relação acolhedora frente à dor do parto, incluindo a permissão para eventuais choros e gritos.

Estudos no Brasil e outros países, mostram que expressar sentimentos intensos (dor, medo) através do choro e gritos é tido como altamente indesejável em ambientes hospitalares, onde as mulheres se sentem vigiadas e reprimidas, de forma mais sutil ou mais explícita, com frequente ocorrência de abusos verbais de caráter sexual caso estas expressem sua dor ou seu medo ("na hora de fazer foi bom, agora está chorando?")<sup>16-18</sup>. Enquanto essas ocorrências no modelo típico são consideradas problemáticas, chamadas de "descompensação da paciente", no modelo atípico, são esperadas e mesmo desejáveis, pois acredita-se que apenas refletem o fato de o parto ser um processo físico e emocionalmente intenso. Várias mulheres atípicas disseram que após muita pesquisa, não encontraram qualquer ambiente hospitalar que oferecesse tal privacidade, e optaram pelo parto em casa.

### **Gênero e impedimento da comunicação sobre o parto: "Cuide das roupinhas do bebê, deixa que do parto cuidou eu"**

A insatisfação das pacientes atípicas na interação com os profissionais foi o que levou em alguns casos à ruptura da relação no pré-natal, ainda que em estágios avançados da gestação. Essa troca pode ter sido desencadeada porque a paciente não achou abertura para negociação do que ela queria; ou ela sentiu que o que ela queria sequer podia ser verbalizado. É uma mudança em busca de satisfação, que exige que a mulher reúna toda sua coragem para insistir em perguntar, depois de ter repetidamente recebido um tratamento frio ou hostil às suas perguntas.

Abaixo, vemos o relato de Tânia uma paciente atípica e profissional da informação (jornalista), sobre seu diálogo com o médico (típico), bastante representativo das demais falas, e dos obstáculos à comunicação:

*Eu perguntava do parto e ele falava "o que você quer saber?", eu falava que queria saber como ia ser e ele "você não tem que se preocupar com isso, tá muito cedo ainda." Eu perguntava se estava tudo bem para ter parto normal e ele dizia que sim. (...) ele era muito lacônico, sempre respondia muito breve. (...) Tudo ele respondia "mas está muito longe, não se preocupe com isso agora, a gente vai ver no decorrer da gestação" e ele falava "o que mais a senhora quer saber?" e com isso eu travava. Porque não era uma coisa pontual, eu queria saber tudo. (...) Isso parecia mais um "estou com pressa, seja objetiva ou vá embora", ele não dava abertura para saber se eu estava com medo ou preocupada.*

O fato dos profissionais frequentemente tratarem suas preferências na assistência como ver-

dades científicas, desautorizando as perguntas das mulheres e deslegitimando sua busca por alternativas, torna-se mais problemático quando sites sobre evidências científicas informam o oposto do que eles afirmam. Não raro, se mostram crescentemente irritados caso elas insistam em perguntar, ou eles se sintam questionados, e mesmo simplesmente se recusam a responder, fazendo "ouvidos moucos":

*(...) Eu perguntei se dava para fazer parto sem analgesia e ele falou "hoje em dia não existe parto sem analgesia", só respondeu isso. "E episiotomia?", ele falou "faço, faço de rotina, porque senão o que pode acontecer é que com o esforço você vai ter uma ruptura da vagina até o ânus e a episiotomia é um corte controlado mais fácil de suturar", daí eu já fiquei meio assim. Meu marido perguntou, eu não tinha coragem, ele falou "qual sua taxa de cesárea?" daí ele falou que hoje em dia as mulheres preferem agendar a cesariana, é mais conveniente porque as mulheres trabalham e não podem ficar esperando, (...) mas não falou a taxa. Meu marido repetiu a pergunta e eu suave, só queria sair de lá correndo, e ele não falou. (TANIA – paciente atípica)*

A mesma frase "não se preocupa com isso", que pode tranquilizar e relaxar a paciente típica, pode soar como uma ofensa para a atípica, por sentir que o profissional está desconsiderando sua inteligência e seus direitos como mulher e cidadã, identificada pela mulher como exemplo de machismo do médico:

*Ah, e teve uma frase dele que foi péssima também, que corou, ele falou "por que você está tão preocupada com o parto? Eu acho que você devia se preocupar com a decoração do quarto, com as roupas do bebê, deixa que do parto cuidou eu". Me pareceu aquela coisa machista de quando você está no trânsito e falam "Dona Maria, vai lavar roupa no tanque", sabe? Como se a mulher não pudesse estar inserida nessas coisas, ainda mais em um evento desses que é da mulher. (...) Detestei isso. (TANIA)*

As hierarquias baseadas no gênero estão fortemente inter-relacionadas a outras hierarquias sociais. Em estudo na Bahia<sup>19</sup>, mostra que os obstetras acreditam que as mulheres do setor privado têm direito à autonomia e à escolha (ainda que, como vimos, tal crença seja muito questionável), por serem "diferenciadas" e mais educadas, enquanto as mulheres do setor público, por serem mais pobres, menos escolarizadas e não-pagantes, não teriam condições de exercer este direito, sendo a decisão de via do parto exclusiva do médico. No entanto, confirmando estudos anteriores<sup>20,6,3</sup>, encontramos no setor privado constante discrepância entre o que as mulheres declaram preferir e o que obtém ao final.

## O efeito placebo e o efeito nocebo: papel da comunicação no bem-estar do bebê e da parturiente

Algumas entrevistadas relataram vivências em que a comunicação atuou como causadora de mal-estar e sofrimento, e foram recorrentes as ameaças, veladas ou explícitas, de que o parto normal significaria prejuízo ao bem-estar do bebê. Estas situações foram frequentes, sendo interpretadas pela mulher como se sua escolha de parto a tornasse uma "má mãe", culpada por uma decisão que ameaça a saúde ou a vida do filho, um juízo de valor capaz de abalar a serenidade de qualquer parturiente. Como no caso abaixo, de um bebê que nasceu saudável:

*Ele estava com uma volta, uma volta só no pescoço. Daí a enfermeira chegou e eu estava com todos aqueles cardiotocos na barriga e ela falou [interpretando o cordão no pescoço como sofrimento fetal] "o bebê está sofrendo, eu vou ligar para o doutor". (...) foi umas 3 horas antes de ele nascer. Comecei a chorar "meu, será que eu estou fazendo alguma coisa de errado? Eu idealizei tanto esse parto, que eu quero um parto normal (...). Será que eu estou viajando?" (MIRIAM – paciente atípica)*

A comunicação como vimos pode promover a autoconfiança, ou promover o medo e a culpa. Podemos pensar nos efeitos da comunicação profissional-paciente através dos diálogos, mas também dos silêncios, das omissões, das expressões faciais e outras formas de expressão não-verbal, entendendo o quanto ela pode ser fortalecedora ou, por outro lado, seu poder de desestabilizar o bem-estar da parturiente. A comunicação no parto pode ter tanto um "efeito placebo" quanto um "efeito nocebo"<sup>21</sup>. Se consideramos a comunicação em seu caráter de cuidado, ações aparentemente irrelevantes podem adquirir para as puérperas, efeitos intensos, negativos ou positivos, como descrito abaixo:

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

### Querem ou não querem saber é também uma escolha: "melhor não pensar no parto"

As pacientes típicas relataram esclarecer suas dúvidas (quando existiam) com seus médicos no pré-natal. Das sete, apenas três disseram buscar informações adicionais, na Internet ou em cursos nos hospitais, que omitiam os temas controversos, reforçando a desinformação das pacientes e sua socialização para a aceitação das intervenções. Algumas vezes, as potenciais dúvidas parecem cair

em uma zona cinzenta de silêncio e embotamento, sem que isso pareça incomodá-las:

*Eu não sei, eu acho que eu nunca tive nenhuma dúvida. Eu não sei se porque eu também sou da área da saúde, mas eu não sei, eu não tive nenhuma dúvida para perguntar e se ele me falou alguma coisa... Ele deve ter falado sim, porque ele é meio minucioso nessas coisas, mas eu não me lembro. (JULIA – paciente típica)*

A busca por informações não pareceu ser uma questão importante para algumas delas; a posição de ausência de curiosidade ou, de um desejo de não saber, não pensar ou de não lembrar da experiência, parece trazer conforto para algumas mulheres:

*"Mas ela me deixou tranquila no sentido de deixa acontecer. Não fica nervosa pensando qual tipo de parto que vai ser. Vai chegar na hora, pode ser que você tenha parto normal, ou que tente e não consiga e tenha que fazer cesárea. Então eu parei de pensar. Deixa acontecer, o que será, será." (KELLY – paciente típica)*

## COMUNICAÇÃO, EXPECTATIVAS E ESCOLHAS

A satisfação com a experiência do parto, e a avaliação positiva ou negativa do evento pelas mulheres, é fortemente influenciada pelas expectativas construídas durante a vida, mas em especial no conjunto de interações desenvolvido na gravidez. Nos grupos estudados, dois modelos de assistência relativamente distintos foram oferecidos às mulheres, que os buscaram com base em seus valores e crenças.

Confirmando estudos anteriores, encontramos que o modelo da medicina mais intervencionista (típico) se caracterizou por uma superestimação dos riscos para o bebê como principal motor da aceitação da cesárea. Ao final da gravidez, elementos clínicos sem base científica são argumentados para concluir que o parto espontâneo naquele caso em particular seria uma experiência insegura e potencialmente danosa para a vitalidade ou a sobrevivência do bebê, e que o melhor cuidado consistiria em preveni-lo através da cesárea eletiva, antes que a mulher possa entrar em trabalho de parto. Foi isso que a maioria das mulheres relatou entender sobre o seu caso, ainda que este não seja o discurso dos profissionais típico, já que parte deles afirma reconhecer a superioridade dos desfechos dos partos normais.

Entre os profissionais típicos, esta supervalorização da necessidade de intervenções é feita através da afirmação enfática de suas crenças quanto à inevitabilidade das intervenções, reafirmando a inadequação da participação da gestante nas escolhas do cuidado. Estabelece-se assim um conflito de interesses: para que as pacientes "compre" um modelo de atenção ao parto reconhecido cientificamente como potencialmente danoso, é impor-

tante evitar que tais assuntos sejam colocados em pauta neste diálogo. O impedimento à comunicação se faz através de vários mecanismos, como a desautorização da fala materna (como "leiga", ignorante), na hostilização da insistência das mulheres e casais em esclarecer suas dúvidas, e na ridicularização das preocupações maternas e de suas expressões de medo e dor ("as que querem dar show"), entre outras.

Vemos também que para algumas mulheres, uma postura mais passiva, inclusive na aceitação submissa da informação (ou do estímulo à não busca de informação, de "não pensar", "deixar isso para o médico", ou para "deixar para ver na hora"), pode ser reconfortante e satisfatória. Aqui fica clara a importância do alinhamento entre os valores das mulheres e seus cuidadores, e seu papel em modelar as expectativas.

Uma vez que as expectativas das entrevistadas com relação aos seus partos modelaram sua satisfação, percebemos que as pacientes buscam, mais ativa ou mais passivamente, os profissionais que mais se encaixam no tipo de atendimento que elas querem ter. Se as típicas parecem se tranquilizar com a ideia de que alguém está se responsabilizando por elas e tendem a uma postura mais passiva, as atípicas demandam maior participação e interação delas mesmas e de seus cuidadores, e assumem mais responsabilidades. A possibilidade de negociar o uso seletivo de intervenções, e a privacidade para a expressão emocional e para o contato físico durante o parto apareceram como diferenciais na escolha.

Os profissionais típicos e atípicos também valorizam pacientes que se colocam na posição que eles consideram mais adequada, respectivamente, de mais passividade ou de maior autonomia. As pacientes típicas informaram-se menos e tinham menos expectativas quanto ao desfecho, e tenderam em parte a ficar mais satisfeitas com seus partos, mesmo quando eles foram diferen-

tes do que haviam imaginado. Quando escolhem não querer decidir ou se informar, essa postura também é uma escolha e que deve ser respeitada. Este achado parece refletir aquilo que Gutman<sup>22</sup> chama efeito amnésico da satisfação no parto - a subestimação ou mesmo supressão dos sentimentos ou lembranças negativas, para que a mulher possa sobreviver psiquicamente à experiência, por vezes de violência simbólica extrema, no parto medicalizado.

Já as pacientes atípicas, de maneira geral, desejaram saber de cada detalhe de seus partos, e viveram intensa e planejadamente a experiência. Para estas, que tiveram mais escolhas informadas, quando algo ocorreu fora do planejado, pareceu ser vivido como uma limitação, maior ou menor dependendo do caso. Para estas mulheres, o esforço, a incerteza ou a dor física não foram associada à insatisfação, e sim foram valorizadas como parte do processo, mostrando o quanto a satisfação com a experiência do parto depende, em grande medida, da qualidade das relações estabelecidas entre os envolvidos, e dos sentidos a elas atribuídos pelas mulheres, sua família e seus cuidadores.

## CONCLUSÕES

A comunicação sobre procedimentos entre pacientes "típicas" foi escassa, enviesada ou ativamente bloqueada, tendendo a reforçar uma atitude comportada. As pacientes "atípicas" buscaram mais informações dos profissionais e grupos de pares, e usaram mais recursos da internet (listas de discussão, sites de evidências e bancos de narrativas). A disponibilidade destas informações permite que mais mulheres busquem um cuidado alinhado com seus valores e noções de direito, frequentemente confrontando a autoridade médica, criando novas necessidades a serem (ou não) satisfeitas.

## REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780): 1863-76. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
2. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" 1 and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2004; 12(23):100-10.
3. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(5): 1521-34. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500017>.
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S17-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
6. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, Dorsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(6): 1611-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000600006>.
7. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 186(5 Suppl): 160-72. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(02\)70189-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(02)70189-0).
8. Maia MB. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Fiocruz; 2010.
9. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3a edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
10. Atrash K, Carpentier R. The evolving role of public health in the delivery of health care. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2012; 22(3): 396-399.

11. Diniz SG, Bick D, Bastos MH, Riesco ML. Empowering women in Brazil. *Lancet*. 2007; 370(9599): 1596-8. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61671-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61671-7).
12. Rubin G. O tráfico de mulheres: notas sobre a economia política do sexo. Recife: SOS Corpo; 1993.
15. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section. *J Hum Growth Dev*. 2013; 23(2): 190-97.
16. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24): 215.
17. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(11): 2287-96. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.
18. Yajahuanca RSA, Fontenele CV, Sena BF, Diniz SG. Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013; 23(3): 322-33.
19. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012; 20(40): 94-101. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40657-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40657-7).
20. Faúndes AE, Cecatti JG. Operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, consequência e propostas da ação. *Cad Saúde Pública*. 1991; 7(2): 150-73. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>
21. Sakala C. Letter from North America: understanding and minimizing nocebo effects in childbearing women. *Birth*. 2007; 34(4): 348-50. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00196.x>.

## ABSTRACT

High rates of cesarean sections and invasive interventions in labor and delivery, disregarding recommendations on safety and quality of healthcare characterize childbirth care in the Brazilian private sector. We aimed to understand how professionals and patients communicate about risks and benefits of the interventions and take decisions in the Internet era. We interviewed 28 professionals and female users of the private health sector in São Paulo, including those we will call "typical" and "atypical" of the national scenario. The communication about procedures among "typical" patients was scarce, biased or actively blocked, tending to strengthen a behaved attitude. "Atypical" patients sought further information from professionals and peer groups and used more Internet resources (discussion lists, evidence websites and narrative banks). The availability of such information allows more women to seek a care aligned to their values and notions of rights, frequently confronting the medical authority, creating needs to be (or not to be) satisfied.

**Key words:** natural birth, cesarean, supplementary health, satisfaction with care, gender.