

Os modos de parir nos setores público e privado de saúde: um estudo sobre a história da cesariana e as preferências das gestantes relativas à via de parto

Giving birth in the public and private health systems: a study about the history of cesarean section and the preferences of pregnant women related to the way of delivery

*Sarah Guerra Gonzalez Cursino dos Santos**

** Bacharel em Ciências Sociais (Habilitação em Sociologia) e Mestranda em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB).*

Resumo: Este trabalho busca compreender a história da cesariana e, também, quais são as preferências das gestantes em relação à via de parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que 10 a 15% dos partos sejam feitos por meio de operações cesarianas. No Brasil, entretanto, 56% dos partos são feitos pela via cirúrgica. Foram realizadas entrevistas com 14 gestantes atendidas pelo SUS e pela rede privada. Buscou-se entender as preferências de mulheres grávidas que possuem diferentes níveis de escolaridade e renda, por meio de um estudo comparativo entre os sistemas público e privado de saúde.

Palavras-chave: parto; preferências; cesariana.

Abstract: This paper aims to understand the history of cesarean section and, also, what are the preferences of pregnant women in relation to the way of delivery. The World Health Organization (WHO) recommends that 10 to 15% of deliveries

be made through cesarean operations. In Brazil, however, 56% of deliveries are made through the surgical route. Interviews were conducted with 14 pregnant women attended by SUS and the private health system. We sought to understand the preferences of pregnant women who have different levels of schooling and income, through a comparative study between the public and private health systems.

Key words: Preferences; delivery; cesarean section.

Introdução

O parto é um processo fisiológico que sempre existiu. Para que as gerações se perpetuem, os indivíduos se reproduzem e, por conseguinte, as mulheres passam pelo processo de parturição – que é algo fisiológico. Entretanto, as formas e os processos de parir sofreram diversas alterações ao longo do tempo histórico. Além disso, é importante ressaltar que essas mudanças são influenciadas por fenômenos sociais. Após muitas transformações no cenário obstétrico, atualmente a parturição ocorre majoritariamente em hospitais e de forma medicalizada. Os médicos obstetras são responsáveis pela realização dos partos e, além disso, são feitas intervenções nos partos vaginais ou, então, realiza-se a operação cesariana para a retirada do feto.

A presente pesquisa[1] buscou analisar as preferências



das gestantes em relação à via de parto. Esse estudo possui uma abordagem qualitativa e foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 14 mulheres grávidas. Foram selecionadas sete mulheres atendidas pelo SUS e sete assistidas pelo sistema privado de saúde, que residem no Distrito Federal (DF) ou Entorno. A partir desse recorte metodológico, foi possível observar as preferências das gestantes de acordo com diferentes níveis de escolaridade e renda. Além disso, busquei realizar uma revisão bibliográfica para compreender como a cesariana surgiu e, também, os aspectos que fizeram com que essa cirurgia se tornasse uma prática obstétrica considerada segura.

A discussão sobre os altos índices de cesarianas realizadas no Brasil e em outros países é constante na área médica. A partir disso, têm sido discutidos os reais benefícios deste procedimento cirúrgico, analisando-o comparativamente com o processo de parturição pela via vaginal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a operação cesariana não deve ser feita sem que haja uma indicação clínica para tal, já que a sua realização inclui riscos para a parturiente e para o bebê. Sendo assim, a recomendação dada pela OMS é que as cesarianas representem entre 10 e 15% dos partos realizados.

No Brasil, entretanto, 56% dos partos são feitos por meio deste procedimento cirúrgico. Essa taxa abrange o total de partos realizados no país. Mas, ao analisar os sistemas público e privado de saúde separadamente, há uma discrepância significativa em relação a esses dados. No SUS, em torno de 40% dos partos são feitos por meio da cesariana e, na rede privada, o índice de partos realizados por procedimento cirúrgico chega a 88%.

Tendo em vista o debate sobre a segurança da operação cesariana, DIAS e DESLANDES (2004) indicam a existência de uma cultura médica que incentiva a realização de operações cesarianas. A existência dessa cultura pode representar um fator que explica o alto índice de partos feitos pela via cirúrgica. No estudo “Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro”, eles apontam que os obstetras consideram que as cesarianas são procedimentos rápidos, fáceis e seguros. Além disso, a pesquisa afirma que esses profissionais consideram que a cirurgia é benéfica para eles, para as mães e para os bebês. Essa ideia deve-se, em grande parte, ao fato de que os estudantes de obstetrícia são treinados para realizar o referido procedimento cirúrgico. Logo, a percepção de risco, por parte dos obstetras, em relação à operação cesariana é de que a



cirurgia não representa uma ameaça à saúde da parturiente nem à do feto. No artigo, a fala de um médico mostra que o profissional contesta a segurança do parto vaginal. Para ele, a via “normal” de parturição não representa um modo de parir mais seguro do que a cesariana.

Tendo em vista a complexidade dos problemas relacionados à assistência obstétrica no Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) realizou – em parceria com diversas instituições científicas de renome no país – a pesquisa “Nascer no Brasil”, nos anos de 2010 e 2011. Trata-se de um estudo de grande porte, com abrangência nacional, que averiguou o cenário obstétrico no SUS e na rede privada, em todo o país. Essa pesquisa – que possui uma abordagem quantitativa – entrevistou 23.894 mulheres, em 266 maternidades públicas e privadas, localizadas em 191 municípios de todos os estados brasileiros. Foram realizadas três entrevistas com cada mulher: a primeira antes do parto, a segunda após 45 dias de puerpério e a terceira foi feita entre seis e 18 meses após o parto. Em relação ao sistema de saúde, 80% das gestantes tiveram o parto financiado pelo SUS e 20% pariram na rede privada.

A pesquisa “Nascer no Brasil” foi o maior estudo já realizado no país sobre o tema. A partir dos dados coletados na referida pesquisa, foram produzidos vários artigos sobre

diversas questões referentes à temática. Em um deles, denominado “Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final”, DOMINGUES *et al.* (2014) apontam que 70% das mulheres que tiveram a assistência obstétrica financiada pelo SUS (em instituições públicas ou mistas) preferiam o parto normal. Já na rede privada de saúde, 58% das gestantes preferiam a via de parto cirúrgica. Entretanto, nas duas redes de saúde, os índices de cesariana foram superiores às “taxas de preferência” por esse procedimento cirúrgico.

Ao entender a realidade do cenário obstétrico relativo às instituições públicas e privadas de saúde, é possível buscar elaborar políticas públicas que visem a melhoria das condições de assistência obstétrica do país. O presente estudo busca contribuir para a melhor compreensão deste cenário. Por isso, a pesquisa “Nascer no Brasil”, em seu sumário executivo, recomenda que as universidades e as instituições de pesquisa realizem estudos avaliativos e de comparação de modelos de atenção ao parto e nascimento, em diferentes contextos, nos setores público e privado.

A história da assistência obstétrica

O modo de assistência ao parto mudou drasticamente



ao longo da história. O advento da cesariana representa uma grande mudança no cenário obstétrico. Assim, afirma-se que a possibilidade de parir por meio da via cirúrgica reduziu, de forma drástica, a mortalidade materna - visto que a cesariana representa uma alternativa aos partos vaginais malsucedidos. Segundo BRENES (1991), o processo de parturição era assistido, tradicionalmente, por parteiras[2]. As mulheres confiavam nas parteiras que conduziam o parto – que era realizado na casa da parturiente. Essas parteiras recorriam, muitas vezes, ao auxílio de outras mulheres da comunidade. O conhecimento tradicional do corpo feminino era fundamental e a assistência obstétrica era realizada por mulheres. Entretanto, a pouca experiência das parteiras com partos mais difíceis fazia com que muitas mães e crianças morressem.

O surgimento da cesariana decorre de uma série de avanços científicos que buscavam desenvolver tecnologias para diminuir as taxas de mortalidade, em especial o óbito materno. Entretanto, algumas tecnologias médicas menos eficazes surgiram antes do advento da operação cesariana. Dentre elas, podemos citar a execução de craniotomias[3], o desenvolvimento da técnica de versão[4] e, posteriormente, o surgimento do fórceps[5].

Segundo REZENDE (2009), a primeira cesariana

realizada em uma parturiente viva aconteceu na Suíça, em 1500. Entretanto, o parto pela via abdominal ainda não era uma prática obstétrica. A operação foi feita pelo próprio esposo da parturiente, já que, após muitos dias em trabalho de parto, a criança não nascia – mesmo a mãe sendo auxiliada por várias parteiras. Assim, Jacob Nufer, esposo da parturiente, pediu autorização para as autoridades da região para realizar o parto pela via abdominal. Após a permissão ter sido concedida, ele fez o parto de sua esposa. Apesar de todos os riscos inerentes à realização desse procedimento naquela época, que foi feito por uma pessoa leiga, a mãe e a criança sobreviveram.

A possibilidade da realização da operação cesariana como uma forma de evitar a morte materna surgiu no século XVI, na Europa. Em 1581, Francis Rousset foi pioneiro na defesa da realização da operação cesariana como uma forma de salvar a vida da mãe. Ele escreveu sobre indicações e riscos associados ao procedimento cirúrgico. Entretanto, essa posição foi contestada por autoridades e médicos da época. Pode-se perceber que, nesse período, a cesariana não era vista como um progresso no cenário obstétrico. Houve uma resistência dos próprios médicos em adotar esse procedimento cirúrgico como uma alternativa possível ao parto normal, mesmo em casos complicados que levavam à morte da mãe. Essa via de



parto não era considerada uma alternativa segura de parturição. (PARENTE *et al.*, 2010).

A mortalidade materna associada à realização da cesariana, antes do século XX, era bem alta. Por isso, a execução do procedimento cirúrgico ocorria apenas como um último recurso para tentar salvar a vida mãe. Durante o ano de 1798, foram registradas em toda a Europa apenas 73 cesarianas e a taxa de mortalidade materna foi de 57%. Já em 1844, foram registradas 338 cesarianas e 62% das parturientes morreram (PARENTE *et al.*, 2010). Pode-se notar, portanto, um crescimento no número de cesarianas realizadas, mas a mortalidade materna continuava muito elevada.

Segundo PARENTE *et al.* (2010), a partir de meados do século XIX, alguns avanços na ciência médica permitiram uma redução efetiva nos índices de mortalidade e morbidade materna. O advento de algumas tecnologias médicas – propiciadas pelo desenvolvimento científico nessa época – minimizou muito as complicações típicas da execução desse procedimento cirúrgico. As principais tecnologias foram: o desenvolvimento da anestesia, a possibilidade da realização de transfusões de sangue, a sutura uterina, a assepsia, a antisepsia, a administração de antibióticos e a drenagem do útero e da cavidade peritoneal. Nesse sentido, as complicações

mais frequentes decorrentes da realização da operação cesariana, especialmente hemorragias e a septicemia, passaram a ser evitadas ou controladas. Essas descobertas científicas foram essenciais para que, posteriormente, a cesariana fosse considerada um procedimento seguro. É importante ressaltar que a ciência médica se desenvolveu na Europa e, posteriormente, os avanços e as tecnologias médicas foram levados para outras partes do mundo.

No Brasil, as operações cesarianas começaram a ser realizadas como uma prática obstétrica a partir do início do século XX. A fundação da Maternidade do Rio de Janeiro, em 1904, contribuiu para a modernização da assistência obstétrica e, por conseguinte, foi fundamental para o aumento do número de cesarianas realizadas. (PARENTE *et al.*, 2010). Em 1915, Fernando Magalhães – um dos mais renomados obstetras da época – desenvolveu e deu início à aplicação de uma técnica inovadora, que foi fundamental para a diminuição do índice de mortalidade materna no Brasil. Essa nova tecnologia médica baseava-se na ideia de isolamento do útero com lençóis de borracha, a fim de evitar a contaminação do órgão. Nesse período, de 161 cesarianas realizadas, houve óbito materno em 6,8% dos casos, o que representa um baixo índice de mortalidade para a época. (TEIXEIRA *et al.*, 2016).



No Brasil, a popularização da via de parto cirúrgica aconteceu a partir de 1950. Em 1970, foram realizadas mais de 88 mil cesarianas, o que representou 14,6% dos partos. A partir desse período, o índice de cesarianas continuou crescendo em um ritmo muito acelerado. Em 1980, 31% dos partos já eram realizados pela via cirúrgica. Em 1996, 38% dos partos foram cesarianas. Dez anos depois, em 2006, 45% dos partos já eram realizados pela via cirúrgica. Em 2015, 55,5% dos partos feitos no país foram cesarianas. De acordo com a OMS, o Brasil possui a segunda maior taxa de operações cesarianas no mundo.

Ainda que a cesariana seja, atualmente, considerada um procedimento seguro, os riscos associados à realização do parto vaginal são menores do que aqueles relativos ao parto cirúrgico, considerando as parturientes que não possuem nenhuma indicação clínica para a execução da operação cesariana. As complicações advindas da realização desse procedimento cirúrgico, na maioria das vezes, estão associadas a infecções e a problemas com o uso da anestesia (VICENTE *et al.*, 2017). Além disso, a chance de prematuridade entre os recém-nascidos também é maior quando o nascimento ocorre pela via da cesariana. Segundo FAÚNDES (1985), na cidade de Campinas (SP), foi apurado que a taxa de mortalidade

materna em partos vaginais foi de 3,6 óbitos a cada 10 mil partos e, em cesarianas, constatou-se 8,8 mortes maternas a cada 10 mil partos. Além dos riscos diretos para a saúde da mãe e da criança, existem outras questões que também devem ser pautadas. A primeira delas é o maior tempo de recuperação da mãe, que faz com que haja dificuldades relacionadas ao cuidado com o bebê. Outra questão fundamental é a dificuldade de amamentação relacionada com a execução do parto abdominal, levando em consideração que vários estudos já evidenciaram a importância do aleitamento materno para a saúde da criança.

Atualmente, no Brasil, existe um amplo debate, realizado principalmente na área da saúde pública, sobre os benefícios e riscos da execução de cesarianas. Tendo em vista o nosso cenário obstétrico atual, tem se discutido em que medida a opção pela cesariana é algo benéfico para a saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, o processo de decisão pela via de parto e a preferência das mulheres em relação ao tipo de parto também são questões importantes e que devem ser discutidas na área das ciências sociais, já que a parturição é permeada por significações e sentidos sociais diversos.

As preferências das gestantes relativas à via de parto



A noção de “preferência” é fundamental para essa pesquisa. Nesse caso, ao falar sobre uma preferência relacionada à via de parto, estou me referindo a uma predileção da gestante que foi construída socialmente. Existem instituições, universos simbólicos e significações objetivas que moldam essas preferências. Além disso, os grupos sociais com os quais a gestante mantém contato também influenciam a construção da preferência relacionada à via de parto. Como foi comentado anteriormente, busquei, nessa pesquisa, investigar a preferência relacionada à via de parto de gestantes atendidas nos setores público e privado de saúde. Esse recorte metodológico visa identificar dissonâncias nessas preferências, tendo em vista perfis socioeconômicos distintos.

Para BERGER e LUCKMAN (2004), o conceito de instituição refere-se à “tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores”. As instituições, em si, visam canalizar os desejos e instintos individuais. Ou seja, as atitudes individuais que poderiam ser orientadas para diversas direções são canalizadas em um só sentido de ação e, assim, criam-se padrões determinados de comportamentos individuais. A instituição determina tipos de conduta padronizadas. Ao abordar o processo de institucionalização, é preciso ressaltar que elas agem moldando os comportamentos, significados,

desejos e instintos individuais. Nesse sentido, apesar DE as instituições agirem coercitivamente, elas são responsáveis, essencialmente, por formarem desejos e anseios pessoais. Em relação ao processo de parturição, é possível dizer que as instituições influenciam o processo de formação das preferências das mulheres.

Para interpretar os dados coletados na pesquisa, é importante também abordar a noção de “universo simbólico”. Para BERGER e LUCKMAN (2004), esse conceito é definido como sendo “corpos de tradições teóricas”, que integram todas as áreas de significação em que um indivíduo está envolto. No presente artigo serão analisados, em especial, os universos simbólicos ligados às instituições. Tendo em vista a construção da significação do parto, a instituição médico-hospitalar, por exemplo, possui um universo simbólico específico – que é controlado pelos médicos – e que as gestantes habitam. Entretanto, outras instituições possuem outros universos simbólicos que nem sempre são similares aos significados atribuídos ao parto pela instituição médico-hospitalar. Além disso, vale ressaltar que esses significados podem variar, inclusive, dentro de uma mesma instituição, como ocorre, por exemplo, em relação à instituição familiar. Nesse caso, a significação atribuída ao parto varia de acordo com a posição



social que a gestante ocupa; ou seja, esses significados estão relacionados com a estratificação social, que deve ser combinada ao pertencimento étnico-racial, à sexualidade, à faixa etária, à geração, ao arranjo conjugal e familiar, à religiosidade, ao nível de escolaridade, dentre outros aspectos. Há, portanto, a possibilidade de conflito entre os diferentes universos simbólicos que as gestantes habitam.

Ao analisar as preferências das mulheres grávidas, é preciso considerar a influência do universo simbólico da medicina. Esse universo, que é controlado pelos médicos, impacta sobremaneira nas vontades das gestantes. A ciência médica, apesar de ser um conhecimento especializado, ultrapassa as barreiras do mundo científico e as gestantes, por meio da realidade da vida cotidiana, acessam o universo simbólico dos médicos e o conhecimento produzido pela medicina, mesmo que de maneira mais simplificada. Assim, a decisão pela realização da cesariana não representa, necessariamente, uma imposição direta da instituição médico-hospitalar. Como afirmado acima, essa opção pode estar vinculada às preferências e desejos das gestantes, os quais são construídos socialmente em um processo dialético de interação entre instituições e grupos sociais. Entretanto, é importante ressaltar que o universo simbólico da medicina

pode influenciar de forma crucial as preferências das gestantes relativas à via de parto.

Em um artigo científico denominado “O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do ‘parto cesáreo’ entre obstetras”, NAKANO *et al.* (2017) buscam analisar as opiniões de um grupo de obstetras sobre a prática da operação cesariana. Segundo os obstetras consultados, existem duas concepções distintas de obstetrícia: a clássica ou “antiga” e a moderna ou “nova”. O modo clássico da prática obstétrica está relacionado ao acompanhamento do trabalho de parto pela via vaginal. Nessa concepção, a função do obstetra é decidir o momento certo para intervir no processo de parturição, para corrigir possíveis problemas que aconteçam no momento do parto. Já a obstetrícia moderna inclui a antecipação de eventuais problemas durante o parto. Esses médicos consideram que os avanços da técnica cirúrgica, propiciados pelo desenvolvimento da medicina, possibilitaram o advento de uma nova forma de parir em que é possível, segundo eles, controlar o curso dos acontecimentos e impedir que as intercorrências surjam. A cesariana é vista, por esses profissionais, como o símbolo da evolução da obstetrícia, já que representa uma cirurgia que ganhou adesão por parte dos médicos, tornou-se uma técnica mais simplificada e mais segura.



BERGER e LUCKMAN (2004) explicam que o acesso a determinada instituição ocorre por meio de significados objetivados, ou seja, por meio de uma realidade concreta, que já está dada e é, portanto, exterior ao indivíduo. Além disso, para eles, acontece o processo de interiorização desses significados objetivos, que formam, assim, uma significação subjetiva. Os autores defendem a existência de um processo dialético na sociedade, envolvendo a objetivação e a subjetivação; ao mesmo tempo em que os indivíduos são produtos da sociedade, a sociedade é produto dos indivíduos. Desse modo, o processo que rege as preferências das mulheres em relação ao parto precisa ser compreendido de modo dialético.

As entrevistas que realizei me permitiram perceber que muitas mulheres desejam o parto vaginal por ser o mais “natural” e, apesar de reconhecerem que esse tipo de parto envolve dores intensas, elas consideram que, por ser um processo fisiológico, é mais seguro e a sua recuperação, mais rápida. Entretanto, também observei que há um outro grupo de mulheres que desejam a realização do parto cesáreo. Elas relataram que o anseio pela via cirúrgica de parturição deve-se, em grande parte, ao medo das dores do parto. Essas diferentes preferências em relação à via de parto, geralmente, estão associadas a existência de algum tipo de medo relacionado

às dores do parto vaginal ou às consequências da operação cesariana.

O sentido do termo “natural” atribuído pelas gestantes é bem amplo. Segundo Rosamaria Giatti CARNEIRO (2014), esse sentido está ligado, em grande parte das vezes, à ideia de parto “humanizado”. O significado atribuído a essa expressão varia desde a noção de um parto sem nenhuma intervenção tecnológica até o tratamento interpessoal dispensado à parturiente. Além disso, a ideia de “natureza” também pode remeter a um parto primário, animal. Entretanto, pude perceber que, nas entrevistas realizadas, a palavra “natural” esteve associada à ideia de uma forma de parturição não invasiva.

1. Preferência pelo parto normal

A partir das entrevistas realizadas, percebi que algumas gestantes disseram temer a execução da via de parto cirúrgico. Para essas mulheres, o *medo da cesariana* está relacionado a diversos fatores. Alguns dos motivos apontados são: temor da anestesia, ansiedade e difícil recuperação. Em uma das entrevistas realizadas antes do parto, Nancy (nome fictício), que foi atendida pelo SUS, relatou ter medo da realização de uma operação cesariana, mesmo já tendo realizado uma no passado. A gestante indicou alguns fatores que, para ela,

influenciam o medo da operação cesariana:

“Já tive dois partos cesáreos. Não, o parto deles foi até bom. Devido...eu faço tratamento de depressão tem três anos e meu último parto tem seis anos. Ai devido a depressão, eu creio que seja, eu peguei um *medo de cesárea*. Não sei, acho que é que eu fico muito ansiosa, eu desmaio, direto eu desmaio. Ai eu fiquei com esse medo. [...] Tenho medo não, porque não. Eu sei que eu vou sentir a contração ali é pro neném nascer. Na hora que ele nascer vai ser mais tranquilo. Na verdade, eu tenho um pouco de medo dos dois, né, mas *o parto cesáreo eu tenho mais medo*, devido à anestesia, devido a algum problema de saúde que você não sabe que você tem. Igual eu sinto de depressão, eu fico muito agitada, eu fico com medo de na hora de eu ficar muito agitada, a pressão subir demais ou abaixar demais e acontecer alguma coisa errada”. (NANCY, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Em outra entrevista realizada, Giovanna (nome fictício) também disse temer a realização da operação cesariana. Entretanto, ela também apontou outros fatores que geram a preferência pelo parto normal. Assim, é possível concluir que a opção por determinada via de parto pode estar vinculada a mais de uma motivação. Além disso, pude observar que as mulheres que citaram temer a realização desse procedimento cirúrgico são atendidas pela rede pública de saúde e possuem menores índices de escolaridade e renda.

“O cesariana você fica...é muito complicado e *você fica mais dependente* de outra pessoa e eu tenho muito medo do parto cesáreo. Parto normal a recuperação é bem mais rápido”. (GIOVANNA, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Ao ressaltar que diferentes mulheres pertencem a grupos sociais também distintos, é necessário considerar que a variação de escolaridade e renda influi na moldagem das suas preferências. Observei que, dentre as gestantes que possuem níveis mais baixos de escolaridade e renda, a maioria gostaria de parir pela via vaginal de parturição. Essas mulheres associaram a preferência pelo parto normal à rapidez da recuperação e, conseqüentemente, à menor “*dependência de outras pessoas*” durante o puerpério. Essa motivação foi repetidamente citada pelas gestantes atendidas pelo SUS. As falas de duas das entrevistadas ilustram esse ponto.

“Eu nunca pensei em ter parto cesariana, pelo fato de ser cortada, passar por uma cirurgia sem necessidade. Assim, claro que se for preciso, eu passaria, mas fiquei grávida e ‘ah, quero um parto cesáreo porque não quero sentir dor’. Não, porque depois eu vou sentir dor, você pode não sentir na hora por causa da anestesia, mas todo processo eu acho que é muito invasivo, não precisa passar por isso. Ela pode ter um parto natural que ela vai se recuperar rápido, cuidar de seu bebezinho sozinha, sem precisar de ninguém. *No parto cesáreo não, você é dependente de alguém*. Eu penso assim. E eu não tenho ninguém, não tenho uma mãe, minha mãe é doente, então não posso contar com ela. Então, pra mim, parto cesáreo hoje seria um pouco difícil, não seria muito bom”. (SUELY, 27 anos. Ênfase adicionada pela autora).

“Pelos coisas que eu já vi e já ouvi, parto normal a recuperação é mais rápida, o procedimento é mais seguro e a criança também sai com mais segurança, né. Na minha visão, o normal



é o ideal. O cesáreo é arriscado, tanto para o bebê tanto para a mãe, principalmente para a mãe, na parte de recuperação. A gente trabalha, a gente tem responsabilidades, *a gente não tem o tempo que talvez a cesariana exige*. O tempo de recuperação necessária. Já ouvi casos de mulheres que fizeram cesárea e ficaram com dores, não por três meses, mas sim por seis meses, dores internas. Então, pra mim, o parto cesáreo, ele é prejudicial”. (ALBA, 29 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Ao analisar as diferentes preferências das gestantes em relação à via de parto, pode-se questionar quais motivações embasam esse desejo. Tendo em vista essa categoria analítica específica, foi possível observar que essa motivação está, ao menos em alguns casos, relacionada à posição social que a gestante ocupa na sociedade. A impressão que tive, ao realizar as entrevistas, foi a de que essa preocupação existe, já que nenhum familiar está à disposição para ajudar a cuidar do bebê e, também, não há possibilidade de contratar outra pessoa para auxiliar a mãe, como frequentemente acontece em famílias de maior poder aquisitivo.

Uma outra motivação citada pelas gestantes para a preferência pelo parto normal se associa à noção de que essa via de parturição consiste em um *processo natural* do corpo da mulher. Dessa maneira, algumas entrevistadas associaram essa via de parto a algo fisiológico e, ao mesmo tempo, consideram a via cirúrgica de parturição como um processo agressivo e

que, por isso, demanda uma recuperação mais lenta e difícil. Em uma das entrevistas realizadas, Rita, que é atendida pela rede privada de saúde, considera que o melhor para a gestante está associado ao processo que é mais natural:

“O parto ideal, né. Mesmo com a anestesia, com medicamento, eu ainda acho que é melhor do que um corte profundo de muitas camadas de você, né, sendo aberta pra tirar o bebê. Não parece o modo mais gentil de fazer as coisas, sem necessidade, né. Isso desde o começo eu sempre quis, não passar pela cirurgia. E eu trabalho pro governo, sou jornalista, e eu acompanho, né, as leis e as coisas que são aprovadas, e eu vi as diretrizes da OMS, que basearam as do SUS agora, que tão baseando o atendimento no SUS também, a respeito do parto e porque que ele é melhor. Então assim, desde antes de engravidar, eu tava convencida de que *se é processo natural e fisiológico do corpo, ainda é melhor do que intervenção cirúrgica*”. (RITA, 25 anos. Ênfase adicionada pela autora).

Em outra entrevista, é possível identificar, também, a noção do parto normal como um processo fisiológico do corpo da mulher; a gestante citada foi atendida pela rede pública de saúde. Tendo em vista essa categoria analítica, observei que parturientes dos dois sistemas de saúde abordaram essa questão ao falar sobre a preferência em relação à via de parto. Desse modo, não pude perceber uma diferença nesse ponto em relação às gestantes com níveis distintos de escolaridade e renda:



“Eu acho que é a melhor opção. Pra mãe, pro bebê, acho que é mais saudável. *O bebê vir naturalmente, na hora dele, passar pelo parto, pelo processo.* Eu tive a primeira cesariana, eu sei o tanto de alergia que ela carrega. O bebê tem uma propensão maior a ter alergias. Então, ela teve bastante alergia, eu acho que é a melhor opção”. (TÂNIA, 33 anos. Ênfase adicionada pela autora).

2. Preferência pela operação cesariana

A partir das entrevistas realizadas, pude perceber que a razão mais frequente para a preferência pela operação cesariana é o *medo das dores do parto normal*. O temor das dores do parto foi citado em todas as entrevistas em que as gestantes disseram preferir o parto cirúrgico. Além disso, observei que algumas gestantes que preferem o parto normal disseram, também, considerar as dores do parto normal muito intensas. Entretanto, para essas mulheres, outras questões, que foram abordadas acima, pesaram mais e fizeram com que elas preferissem o parto por via vaginal. Em uma das entrevistas realizadas antes do parto, Ângela, que foi atendida pela rede privada, falou sobre como o medo das dores do parto normal foi crucial para ela preferir a operação cesariana:

“Do jeito que eu planejei, o parto cesariana. Eu chegar, eu... como eu planejei minha gravidez, eu tirar uns dias pra eu me organizar, entendeu?! Tranquilamente, chegar no hospital pra poder, né, ter o parto. Até porque eu sempre, desde criança,

eu sempre tive medo de parto normal. Eu sou fraca pra dor. Eu sei que a recuperação do parto normal, ela é mais rápida, né. Mas foi uma opção minha mesmo, de chegar tranquila, de estar ali com a minha família, ter alguém me acompanhando e, depois do nascimento, eu ter a minha recuperação, né. Então, como planejei, eu tenho essa expectativa que vai ser mais tranquilo pra mim do que eu, talvez, passar horas e horas no trabalho de parto e todo aquele sofrimento, né, tendo parto normal. [...] Então, como eu te falei, o parto normal te dá mais segurança porque você não vai tomar aquela anestesia, mas o sofrimento eu acho maior. Porque, também, varia muito de pessoa pra pessoa. Eu não sei se eu já vou ser aquela pessoa que vou chegar e já vou ganhar ele bem rápido. Porque eu conheço pessoas que demorou muito tempo, sofreu demais e depois optou pela cesariana. Então, eu acredito que como eu uma pessoa que eu sou...eu vou ficar nervosa, talvez eu vou dar trabalho, entendeu? Então, eu não quero sofrimento pra mim, eu prefiro a cesariana mesmo sabendo dos riscos em relação à injeção, né, os danos que podem causar no pós-parto, né, no pós-operatório. Mas mesmo assim eu prefiro”. (ANGELA, 33 anos).

Tanto gestantes atendidas pela rede privada como pelo SUS disseram temer as dores do parto normal. Assim, não notei diferença em relação às parturientes com diferentes níveis de escolaridade e renda. Porém, as gestantes assistidas pela rede pública não eram primíparas e, portanto, a expectativa do sofrimento do parto normal é fruto de uma experiência anterior dolorosa.

Em uma entrevista realizada antes do parto, foi-me

relatada a experiência anterior de um parto normal muito doloroso, e, por isso, a entrevistada disse que gostaria de realizar uma cesariana. Entretanto, durante a entrevista, ela não considerou a realização do seu desejo como algo factível:

“Isso. *A dor. Aí eu sempre quis ter parto cesariano no próximo, né.* Só que aí dessa vez, como eu não tinha planejado a gravidez, aí ficou mais difícil pra ter parto cesariano. Aí vai ser normal também. [...] Porque eu mesmo tô com uns ‘trem’ em casa, um parto cesariana é quase 7 mil, uns 6, 7 mil. Aí tem enxoval, eu tô montando casa, tô construindo, aí fica mais complicado, né, pra mim. Eu falo mais em questão de financeira mesmo. Eu acho melhor o parto cesariana. Não sei se é por causa da dor, acho que a gente vai muito pela dor, né, *o normal vem muita dor.* Cesariana não, você planeja tudinho, a data, a hora, você vai lá e as dores são depois. Mas em relação, é bem melhor que o parto normal. Eu acho, né, eu nunca passei pela experiência”. (PAULA, 23 anos).

Considerações Finais

Ao buscar entender historicamente o surgimento e a consolidação da via cirúrgica de parto, constatou-se que a cesariana representa uma tecnologia médica inovadora, capaz de salvar a vida de parturientes e recém-nascidos, em casos de possíveis complicações no processo fisiológico de parturição. Por meio da investigação histórica sobre essa operação “salvadora”, foi possível observar que os índices de mortalidade materna e neonatal diminuiram muito após o

desenvolvimento dessa técnica cirúrgica. Entretanto, também foi possível verificar que o processo de aperfeiçoamento da referida cirurgia foi lento e muito tempo foi necessário para que a operação cesariana fosse considerada uma via de parto segura. Atualmente, apesar de ser considerada pelos médicos um procedimento seguro, especialistas em saúde pública ressaltam que a cesariana é uma cirurgia de médio porte e que, por isso, existem vários riscos para a mulher e o bebê associados à realização dessa operação.

Segundo Emily MARTIN (2006), a classe social a que pertence a gestante representa um dos fatores que interferem na experiência de parturição. Para ela, a pobreza é um problema social que causa malefícios em relação à saúde. Ou seja, a posição socioeconômica da gestante pode interferir em suas condições de saúde. Nesse sentido, os riscos do trabalho, a falta de benefícios – como a licença médica remunerada ou o seguro-médico – e, também, longas jornadas de trabalho são elementos que podem afetar a condição de saúde da gestante e, por conseguinte, interferir na experiência de parturição. De acordo com um estudo citado pela autora, que foi realizado em Baltimore, Estados Unidos, nas décadas de 1960 e 1970, as taxas de mortalidade e morbidade são mais altas entre as mulheres pertencentes à classe trabalhadora, em comparação

com as mulheres das classes empresarial e média.

A partir da análise das entrevistas que realizei com as gestantes, foi possível observar que, de um modo geral, tanto no setor de saúde público como no privado, elas preferem a via vaginal. Foram identificadas as seguintes razões que motivam essa preferência: o medo da cesariana, o entendimento do parto normal como um processo natural e fisiológico do corpo da mulher e o receio da “dependência” de outras pessoas referente aos cuidados com o bebê. Pude observar que o receio da “dependência” foi citado por gestantes que possuem níveis de renda e escolaridade mais baixos. Algumas gestantes atendidas por ambos os setores apontaram preferir a via cirúrgica. Essa preferência esteve relacionada, na maioria das vezes, ao medo das dores do parto normal. Além disso, a experiência anterior de um parto normal doloroso também foi apontada como um motivo para a preferência pela via cirúrgica.

Notas

[1] Este artigo foi escrito com base no trabalho de monografia intitulado “O modo de parir nos sistemas público e privado de saúde: um estudo sobre as preferências das gestantes e a decisão relativa à via de parto”. A pesquisa foi realizada no Distrito Federal e Entorno, entre os meses de janeiro e

junho de 2018. A monografia, defendida no Departamento de Sociologia (SOL) da Universidade de Brasília (UnB) em 17 de dezembro de 2018, foi orientada pelo Prof. Dr. Tiago Ribeiro Duarte. Frequentei o curso “Antropologia do Parto e da Reprodução”, ministrado pela Prof^ª. Dr^ª. Giovana Acácia Tempesta, no mesmo período em que realizei as entrevistas e as discussões de que participei em sala de aula contribuíram muito para o trabalho de campo da referida pesquisa.

[2] Na Europa, a assistência ao parto era feita dessa maneira até o século XVII. Já no Brasil, as transformações no cenário obstétrico se iniciaram no século XIX.

[3] A craniotomia foi uma técnica utilizada pela obstetrícia quando as malformações pélvicas obstruíam a passagem da criança e havia risco de ruptura uterina. Essa operação consistia em perfurar o crânio fetal, remover o cérebro do feto e, assim, remover a criança com o crânio perfurado.

[4] A versão possibilita que os fetos em posição pélvica mudem de posição e, assim, o parto normal pode acontecer sem maiores complicações. Trata-se de uma manobra – uma técnica manual – executada pelos médicos obstetras.

[5] O fórceps é um instrumento que visa puxar, mecanicamente, o feto do ventre da mãe. O advento do fórceps acarretou uma queda no número de craniotomias.

Referências Bibliográficas

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. A Construção Social da Realidade. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BRENES, Anayansi. A história da parturição no Brasil, Século XIX. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 7 (2): 135-149, abril/junho, 1991.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. “De perto e de longe do que seria natural, mais natural e/ou humanizado. Uma etnografia de grupos de preparo para o parto”. In:

FERREIRA, J. & FLEISCHER, S. (orgs.) Etnografias em Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

DIAS, Marcos; DESLANDES, Suely. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra de uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública [online]. 2004, vol.20, n.1, pp.109-116.

DOMINGUES, Rosa; DIAS, Marcos; PEREIRA, Marcos;

TORRES, Jacqueline; D’ORSI, Eleonora; PEREIRA, Ana Paula; SCHILITZ, Arthur; LEAL, Maria. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 30 Sup:S101-S116, 2014.

FAÚNDES, Aníbal; CECATTI, José. A operação Cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas e propostas de ação. Rio de Janeiro: Cadernos de

Saúde Pública, 7 (2): 150-173, abril/junho, 1991.

LEAL, Maria. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Sumário Executivo Temático da Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

MARTIN, Emily. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2006.

NAKANO, Andreza; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. Rio de Janeiro: Revista de Saúde Coletiva, 27 [3]: 415-432, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015. Declaração da OMS sobre taxa de Cesáreas.

PARENTE, Raphael; MORAES, Olimpio; REZENDE, Jorge;

BOTTINO, Nathalia; PIRAGIBE, Pollyana; LIMA, Diego;

GOMES, Danielle. A história do nascimento (parte 1): cesariana. Rio de Janeiro: Femina, volume 38, nº9, setembro, 2010.

REZENDE, J. M. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp 171-172.

TEIXEIRA, Susana. Aplicabilidade da taxa de cesarianas

