

## Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT

*Hospital delivery - women's experience from the suburbs of Cuiabá-MT*

*Parto hospitalar - experiencias de mujeres de subúrbios de Cuiabá-MT*

**Neuma Zamariano Fanaia Teixeira**

*Mestre. Docente da Disciplina Sexualidade e Reprodução Humana, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT. Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania*

**Wilza Rocha Pereira**

*Doutora. Docente da Disciplina Sexualidade e Reprodução Humana, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania.*

### RESUMO

O objetivo deste artigo foi analisar alguns aspectos culturais que atravessaram as vivências de mulheres ao se submeterem ao parto normal hospitalar do SUS. Trata-se de pesquisa qualitativa com referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais e, para a coleta dos dados, foram entrevistadas, no domicílio, dez mulheres que haviam vivenciado partos normais em hospital do SUS. Como resultados, constatamos que, dos aspectos que atravessaram suas vivências, vários estavam relacionados a uma cultura institucional que revelou um atendimento pautado por violência velada e em desrespeito aos princípios do Programa de Humanização do Nascimento do Ministério da Saúde. Concluímos que há muitos investimentos ainda a serem feitos para melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao nascimento nos locais estudados.

**Descritores:** Parto normal; Sistema Único de Saúde; Violência; Humanização da assistência.

### ABSTRACT

*The objective of this article was to analyze some cultural aspects of women who have experienced normal deliveries at hospitals of the National Health System. It is a qualitative research, and its theoretic-methodological reference was the Theory of Social Representation. For data collection ten women who had normal childbirth were interviewed. As a result, we could notice that many of the aspects that they had experienced were mostly associated to an institutional culture that revealed a treatment based on violence, and disrespect to the principles of the Birth Humanization Program created by the Brazilian Health Ministry. We concluded that there are still a lot of investments to be done to improve the quality of the assistance given to labor deliveries at the studied hospitals.*

**Descriptors:** Natural childbirth; National Health System; Violence; Humanization of assistance.

### RESUMEN

*El objetivo de este artículo fue analizar algunos de los aspectos culturales que hicieron parte de las vivencias de mujeres cuando se han sometido al parto normal hospitalar del Sistema Público de Salud. Trata-se de una investigación cualitativa, cuyo referencial teórico fue la Teoría de las Representaciones Sociales e, para coleccionar los datos, hicimos encuestas, en el domicilio, con diez mujeres que hubieran tenido parto normal en hospitales públicos. Como resultados, tuvimos que, de los aspectos que atravesaron sus vivencias, muchos estaban relacionados a una cultura institucional que ha expuesto violencia velada a la mujer y en falta de respecto a los principios del Programa de Humanización en el Nacimiento del Ministerio de la Salud. Hemos concluido que aun hay mucho a se invertir para mejorar la calidad de la asistencia al parto e al nacimiento en los locales estudiados.*

**Descriptorios:** Parto normal; Sistema Único de Salud; Violencia; Humanización de la asistencia.

*Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev Bras Enferm 2006 nov-dez; 59(6):740-4.*

## 1. INTRODUÇÃO

Pela nossa experiência de mais de vinte anos em assistência e ensino na área obstétrica, observamos em nosso país, nos últimos anos, um crescente desestímulo ao parto normal, influenciado, sobretudo pela cultura da cesárea, comumente associada ao parto sem dor. Essa associação é culturalmente difundida pelos profissionais da saúde que detêm o poder de modular e influenciar as demandas sobre as necessidades de saúde da população<sup>(1)</sup>.

Este fato tornou o Estado de Mato Grosso um dos recordistas nacionais nos partos cirúrgicos<sup>(2)</sup> e há dados que apontam que o número de partos normais em Cuiabá, no ano de 1998, foi de 50,0%, enquanto houve 49,6% de cesáreas<sup>(2)</sup>. Há uma discrepância entre o número de partos normais nos hospitais públicos

**Submissão:** 23/09/2005

**Aprovação:** 30/05/2006

e conveniados quando comparados aos hospitais particulares e, nestes, as cesarianas são ainda mais frequentes.

Desse modo, confirma-se que ser pobre e com baixo grau de instrução parece apresentar-se como um “fator de proteção” para o parto operatório. É neste estrato específico da população que utiliza os serviços do SUS que ocorre, com maior frequência, complicações na gravidez, parto e puerpério, mas é nele também que, curiosamente, se concentra o menor percentual de cesarianas.

Outro estudo<sup>(3)</sup> desenvolvido na mesma cidade evidencia que há vários aspectos que podem ser interpretados como violentos na atenção à mulher em situação de gestação, parto e puerpério, dentre eles a baixa motivação dos profissionais que atendem essas mulheres no serviço público de saúde, o acesso dificultado aos serviços, revelados pela pouca permeabilidade destes e também dos profissionais à usuária do SUS.

A violência pode ser vista em diferentes nuances, sendo que alguns de seus componentes acontecem através das formas de organização dos serviços<sup>(3)</sup>, enquanto que outros ocorrem principalmente através das formas de organização das práticas. Observa-se ainda que há outros aspectos que estão mais identificados como de violência estrutural, ou seja, aquela que está entranhada nos diversos estratos e espaços da sociedade. A violência estrutural estabelece, dentre outras coisas, o limite culturalmente aceito de percepção de diversos fenômenos, como por exemplo, o fenômeno da dor, que em cada grupo mostra-se relacionado às formas mais gerais de aculturação da própria sociedade a qual este grupo pertence.

O parto inscreve-se neste universo cultural mais amplo por ser um fenômeno que atravessa todas as sociedades e tempos/espaços. Este acontecimento está tão profundamente arraigado no imaginário popular como um evento associado a dor e a purgação feminina que já aparece no Livro Bíblico do Gênesis, quando Eva, o primeiro ser humano que conheceu o pecado, corrompeu o resto da humanidade com sua transgressão, ouviu de Deus: “e tu mulher, parirás com dor os seus filhos”.

O homem moderno, no seu constante desafio de superar as limitações impostas pela fisiologia humana, trabalhou arduamente várias tecnologias para intervir no corpo e fazê-lo mais dócil à manipulação. Uma das grandes tecnologias desenvolvidas pela ciência moderna, foi a anestesia, um modo de vencer a dor e permitir o “conserto” da máquina corporal humana, quando esta necessitasse. Na área da obstetrícia a anestesia sempre esteve disponível nos partos operatórios, sendo condição para sua execução, mas nos partos normais não há essa imposição médica, uma vez que esses últimos podem ocorrer sem o controle da dor. Também é importante lembrar que nos partos por cesariana, há uma clientela diferenciada que pode negociar com os médicos o momento e a via da parturição, o que leva muitas mulheres a escolher aquele que lhe é oferecido como “mais seguro e sem dor”.

No século XIX a vivência do parto e tudo o que nele ocorria era aceito pelas mulheres como uma fatalidade, algo do qual não se podia fugir. Era uma vivência privada da mulher que paria com o apoio de outras mulheres, que faziam todos os esforços para que a parturiente tivesse o maior conforto possível durante o evento. Havia uma cultura de solidariedade feminina profundamente associada ao processo de nascer, o que lhe conferia o status de ser esse um evento doméstico, onde a dor podia ser inevitável, mas o entorno era de apoio e compreensão.

Nos dias atuais, o medo de sofrer durante este evento, não só assusta as parturientes, mas provavelmente, vêm lhes impondo uma vivência solitária em um ambiente desconhecido, no qual são cercadas por pessoas também desconhecidas, caracterizando uma mudança cultural. Na passagem do parto normal domiciliar para o hospital, o controle da parturição, foi assumido pelos profissionais de saúde, que, comumente, não consultam a parturiente sobre suas preferências ou sentimentos em relação ao que vivem<sup>(4)</sup>.

Pelos fenômenos sócio-históricos relatados, podemos constatar que várias distorções surgiram e culminaram com o processo de despersonalização da mulher na parturição, caracterizando elementos que podem ser explicitados no seu conjunto como uma experiência alienante e mesmo desumana, pois se

expropriou da mulher o processo de parir que foi apropriado pela medicina, sendo hoje o médico a figura central do fenômeno da parturição<sup>(5)</sup>.

Dessa forma, a parturição no ambiente hospitalar transformou-o em um evento médico e medicalizado, solitário e despersonalizado. As mulheres acreditam que precisam ter seus filhos no hospital, pois este é o local culturalmente trabalhado como o de “maior segurança”, logo o lugar certo. Mas neste ambiente, como pudemos perceber ao longo da pesquisa, as mulheres são frequentemente destratadas e desrespeitadas nas suas necessidades mais básicas. São muitos os conteúdos que revela que essa vivência vem se configurando em uma cultura, traduzida pela dor e pelo sofrimento, uma quase fatalidade pela qual todas as parturientes terão que passar. Voltamos assim ao século XIX, com o agravante que agora não há mais o apoio e o conforto das amigas e vizinhas, como veremos ao longo do processo de análise dos dados. Assim, foi nosso objetivo analisar, a partir dos discursos de mulheres residentes na periferia de Cuiabá-MT, vários dos aspectos culturais subjetivos e objetivos que atravessaram suas vivências ao passar pela experiência do parto normal em instituições públicas hospitalares ou conveniadas com o SUS.

## 2. METODOLOGIA

Esta foi uma pesquisa de cunho qualitativo, que teve por objetivo estudar alguns aspectos das vivências das mulheres que pariram seus filhos nas instituições hospitalares de Cuiabá/MT. Compuseram o universo das entrevistadas, 10 mulheres, residentes no bairro Jardim União, escolhido por ser o local de moradia da primeira entrevistada, que indicou a segunda e esta a terceira, assim sucessivamente. Este bairro está localizado na periferia de Cuiabá, caracterizando-se como um bairro desprovido de infra-estrutura básica, sem água encanada, rede de esgoto ou coleta de lixo.

As respondentes incluídas na pesquisa foram aquelas que se submeteram ao parto normal em instituição pública ou conveniada ao SUS, há menos de 6 meses, no máximo, da data da entrevista, prazo definido dessa forma por entendermos haver maior capacidade das mulheres em reportar às suas vivências do parto em hospital. Outro requisito para a inclusão no universo das entrevistadas foi que tivessem permanecido no espaço do pré-parto por pelo menos 1 hora antes de dar a luz, por ser esse um dos momentos de maior demanda por assistência competente e apoio emocional, uma vez que estariam no período final do parto, indo já para o período expulsivo.

Não pré-estabelecemos idade ou paridade, por acreditar que o relato da vivência no parto por primíparas e multiparas, enriqueceria a compreensão da diversidade do evento. Foram lembrados acontecimentos apenas do último parto, no caso de não primíparas, porém foram ouvidas outras experiências que as respondentes acharam importantes de serem relatadas.

Por ser a fala reveladora do real sentido da vivência dos seres humanos em dadas situações, a entrevista foi uma das técnicas escolhidas para a coleta dos dados, já que o material primordial da investigação qualitativa é a palavra<sup>(6)</sup>. As entrevistas foram do tipo semi-estruturadas e ocorreram no domicílio das respondentes, sendo gravadas e transcritas. Colhemos também o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguindo a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Firmou-se o compromisso de que a identidade dos sujeitos seria preservada e iriam ser relatadas de maneira que não pudessem ser as respondentes identificadas, correspondendo, na análise, a ordem numérica da entrevista, de 1 a 10.

As 10 entrevistas feitas tiveram duração aproximada de 30 minutos cada uma, sendo que foram transcritas em seguida a sua coleta, pois queríamos garantir a sua identificação correta frente à necessidade de voltar a campo para esclarecer possíveis dúvidas sobre o material coletado. A estratégia da coleta foi conduzir a entrevista de forma a discutir a experiência de ter se submetido ao um parto normal hospitalar e os dados foram interpretados sob o olhar teórico da Teoria das Representações Sociais, trabalhada em concomitância com a apresentação dos mesmos, na vertente das Ciências Sociais.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência das parturientes durante a institucionalização para o parto, envolveu aspectos físicos, psíquicos, relacionais, sendo bastante diversificados entre as mulheres, sujeitos deste estudo. A assistência evidenciou aspectos diferenciados, dependendo da instituição onde o parto ocorreu; mas um fator recorrente que permeou o discurso de praticamente todas as entrevistadas foi o *medo da dor*, um fato marcante para todas as mulheres durante o processo institucional da parturição. Sendo assim:

A dor, e seus aspectos voluntários, é influenciada por fatores sociais, culturais e psicológicos. Esses fatores determinam se a dor privada será traduzida em comportamento de dor e a forma que tal comportamento assume, e as condições em que ocorre<sup>(7)</sup>.

A sensibilidade à dor varia entre os indivíduos e está ligada à emoção; pessoas mais emotivas estão mais expostas à dor, pois a dor é, além de um fator biológico, também uma construção sócio-cultural. Cada ser humano reage diferentemente à dor, e, no caso das parturientes, depende da forma como o grupo ao qual pertence interpreta e entende o ato de parir, da forma como esta mulher foi ou não preparada para o parto, da sua história de vida, de experiências anteriores positivas ou negativas em relação a seus partos e de suas mães e conhecidas, interferindo também a forma como são recebidas e atendidas durante o processo de parir<sup>(8)</sup>.

Por ser o hospital culturalmente associado ao *melhor lugar para ter um filho*, como se percebe nas vivências de mulheres que se submeteram ao parto normal no hospital, ele também é o pior lugar, onde há sofrimento, abandono, medo, angústia, principalmente quando a realidade não correspondia às suas expectativas, revelado por uma entrevistada:

*Ah! O parto prá mim foi muito ruim né, tive muita dificuldade prá ter o nenê, né? Passei muito mal! Ah! É muito difícil, né? Eu tenho medo do parto.* (Ent.7)

Desta forma, parir está fortemente associado no imaginário feminino à dor e ao sofrimento, ambos entendidos como inevitáveis, ou seja, a dor é inerente ao processo, e as mulheres de hoje, tais como as dos séculos passados, vão experimentá-la para se tornarem mães<sup>(9)</sup>.

Além da dor, outro elemento que também sobressaiu na análise dos depoimentos em torno da vivência do parto institucionalizado, foi traduzido pelo medo da morte, própria ou do bebê:

*Ah, sei lá, porque eles entendem melhor, qualquer coisa que der algum problema na criança, na gente mesmo, lá a gente fica sabendo, e melhor no hospital que com parteira, né?* (Ent. 3)

Não se percebe mais nas falas das mulheres, a associação do parto com um evento natural da vida feminina, mas algo que precisa de médicos e de hospital, por apresentar o risco onipresente da morte, conteúdos comuns nos depoimentos.

Esse medo da morte encontra respaldo no fato que esse é transmitido pela corporação médica como um evento inseguro, para o qual essa mesma corporação pode, com seus conhecimentos, tornar mais seguro. Corroborando o medo o fato de termos índices elevados de mortes maternas no município de Cuiabá, e dados referentes aos óbitos do ano de 1998, os últimos atualizados, que foram exaustivamente estudados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Município de Cuiabá (CMMMC) e que apontaram um coeficiente de 109,1/100 mil nascidos vivos<sup>(10)</sup>, sendo que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde que esse índice não ultrapasse 15/100 mil nascidos vivos.

Muito provavelmente várias usuárias já se depararam com casos de óbito materno na mesma comunidade onde moram ou ainda pelos meios de comunicação, que hoje alcançam facilmente grande parte da população.

Esse medo que paira sobre as mulheres que vão parir, de que algo de ruim poderia acontecer com a chegada do parto, com o bebê, foi comum para as

mulheres entrevistadas, sendo essa uma lembrança corriqueira entre elas, como diz a entrevistada:

*Foi com medo, medo da minha filha morrer. Sei lá um medo, medo comum que as mulheres sentem, sei lá; por que na hora tinha tudo prá dar certo e ela começou a subi, eu fiquei pensando que minha filha tava passando mal, fiquei preocupada, desesperada. Ah! eu percebi porque ela ia subindo e o médico fazia gestos, ele olhava prá enfermeira assim e ele puxava e falava baixinho; eu com dor mas dava prá prestar atenção no que ele estava falando (...). Ah! ele não falou nada assim baixinho, insinuou que ia dar mais um tempo e ia ver o que ia acontecer que o nenê tava subindo (...). Eu achei que ele estava querendo dizer isto (que o bebê estava subindo), eu percebi, mas ele não disse, mas eu percebi.* (Ent.1)

A possibilidade de algo ruim acontecer durante o parto, muito frequentemente expressou-se mais na fisionomia do profissional que atendia a parturiente, dessa forma as mulheres interpretam mais a atitude e aparência fisionômica dos profissionais para detectar problemas, uma vez que é incomum que os mesmos os explicitem verbalmente. Então ficam atentas para cada detalhe do que acontece no centro obstétrico, já que quase sempre não são informadas sobre o que está ocorrendo com elas e com o bebê que vão parir:

*Meu parto foi seco, foi muito doído, né? Ai, na hora assim, eu pensei que eu não ia agüentar ter, me deu um medo tão forte, vinha aquelas contração assim, cada vez mais forte, e eu na hora do parto, quase desmaiei, passei mal, muito mal mesmo e eles ainda quase me amarraram prá mim poder ter o filho ainda, e eu quase que não dou conta de ter o filho.* (Ent. 8)

A gestualidade e atitudes dos profissionais podem ser interpretadas de forma equivocada pelas usuárias, do mesmo modo que os profissionais reinterpretem as palavras e sentimentos das usuárias, elas também o fazem, e essa comunicação truncada pode incorrer em pouca colaboração consciente por parte da parturiente, que fica sem saber o que deve e pode fazer para ajudar no parto. Isto ocorre porque os médicos acreditam deter o saber necessário sobre o evento, estando assim melhor preparados para entender o que as pacientes precisam, mas não há sensibilidade para o que elas sentem e temem, pois estes aspectos entram no campo subjetivo, uma área negada pela tecnologia medicalizante da atenção ao parto. Mas no quesito biológico, esses profissionais acham que podem reinterpretar apropriadamente as atitudes das parturientes e, assim, executar o que é medicamente adequado<sup>(11)</sup>.

Mas, a situação especial que referiam estar vivenciando ao parirem, somada a expectativa de ter um parto normal e de dar a luz a um bebe hígido, fazia com que percebessem de forma mais aguda a hostilidade e impaciência dos profissionais, mesmo quando estas não eram claramente manifestadas<sup>(12)</sup>, como poderemos ver nesse trecho de uma entrevista:

*O médico disse que era prá mim só fazer força, já só prá ter o nenê. Eu não tava conseguindo fazer força, não tava, e aí a hora que eu tava quase desmaiando, passando mal, eles vieram e aplicaram um soro ni mim aí eu reanimei e aí fiz força, e nasceu. (...) Falaram que me amarraram prá mim não poder levantar, né? Eu tava levantando prá poder ter força prá ter o nenê. (...) Eu achei que não era necessário, eu não gostei nada. Eu achei um absurdo. Mas eu não perguntei por que eles tavam me amarrando, não, fiquei quieta. Quem amarrou foi o médico, e as enfermeiras. Ah! Eles eram muito estúpidos...* (Ent. 8)

Essa entrevistada estava tentando levantar-se para ficar em uma posição mais verticalizada, o que resultaria em um procedimento em seu favor, pois a gravidade auxiliaria na descida e expulsão fetal, porém isso não foi identificado pelos profissionais como um ato de rebeldia por parte da parturiente, que decidiram contê-la na mesa de parto.

Ao pesquisar as posições mais favoráveis para o parto, temos autores

que<sup>(13)</sup> nos mostram a preferência dos médicos pelo parto horizontal, sendo dito que vertical é incômodo para o profissional, sendo realizado só quando há consenso no serviço ou, muito raramente, quando as usuárias solicitam, pois a tecnologia hospitalar foi toda adaptada para o parto que favorecesse o parteiro, no caso, o médico, que a prefere por achá-la mais confortável para si. Assim fica claro que aquilo que é melhor para a mulher, pode ser secundário em relação ao que é adequado para o médico, sendo ele o sujeito privilegiado do parto e não aquela que está parindo.

Além disso, quando o desenvolvimento tecnológico permite resolver o problema sem levar a causa em consideração, nem mesmo causas orgânicas, a convicção na própria superioridade permite desautorizar sem discussão qualquer outro saber científico ou ainda incorporá-lo subordinadamente. Saber médico e saber científico confundem-se, justificando a subordinação de outros saberes. O saber científico é tido como o único capaz de produzir “conhecimento”; a partir disso o saber cotidiano é pura ignorância<sup>(13)</sup>.

Fica evidente no último depoimento que tanto médicos como profissionais de enfermagem, mantêm um discurso autoritário e rude com algumas parturientes. Muitas profissionais são do sexo feminino e com vivência própria no parto normal, porém isto não as torna mais solidárias no entendimento do sentimento feminino nesse momento, revela esta entrevistada:

*Tem muitas enfermeiras que não sabe conversar, fica xingando. Tem que falar que dói, porque dói! E eu acho que o médico devia prestar mais atenção na gente, porque eles manda a gente ficar deitada e esquece a gente lá (E7).*

Esta relação de assimetria constata que as relações de gênero não se verificam somente entre homens e mulheres; situam-se igualmente entre mulheres, igualadas na condição feminina, mas desiguais então, pelo intercruzamento em especial da raça e classe social. Estas relações desiguais verificam-se também entre as categorias de enfermagem, estendendo essa relação assimétrica entre a enfermeira e demais membros da classe e a usuária<sup>(14)</sup>.

Na entrevista a seguir, fica evidente que ambos profissionais não detêm seu olhar para as necessidades de ordem psíquica, e por vezes nem às físicas, tão necessárias nesse momento em que se sentem tão inseguras, assim diz a entrevistada:

*As enfermeiras, o médico também, mas mais as enfermeiras não me deram atenção. Por que eu cheguei lá no hospital, eles mandaram eu deitar e as enfermeiras estavam dormindo, ficou dormindo! Mas como tava doendo demais e eu tava fazendo escândalo, ela só veio e falou que não era pra eu fazê barulho que senão ela não ia me atender, porque eu tava fazendo barulho (Ent. 3)*

O processo que transforma o corpo feminino em objeto de trabalho da equipe médica acaba por interferir na enfermagem, que por sua vez colabora no processo de expropriação do corpo feminino, que passa a pertencer à equipe que a assiste, quando a mulher transforma-se em *paciente*. O corpo é o foco do controle social através do conhecimento e da autoridade médica, que o disciplina e o classifica como aquele que será dócil e submisso ao saber que afirma garantir a vida da parturiente e do filho que está por nascer.

A obstetrícia e ginecologia se dedicam ao controle do corpo feminino e ainda hoje é exercida, na sua maioria, por profissionais do sexo masculino mas também por mulheres que incorporaram atitudes e saberes da categoria a qual pertencem, e a medicina é androcêntrica, ou seja seu saber e formas de intervenção poder ser vistos e entendidos como masculinos. Por ser esse saber hegemônico ele se capilariza pelos demais saberes do hospital e revela a respondente:

*O médico ficou bravo comigo, e a enfermeira ficou falando um monte de coisa, né, do lado dele apoiando ele. Ela falou assim [...] na hora de fazê faz na boa, mas na hora de vim aqui, fica aí ó [...]. a gente pede pra fazê um toque fica aí reclamando que tá com dor aí! E se não quisesse vim*

*para o hospital não engravidasse. (Ent.2)*

A dominação masculina a que estão sujeitas as mulheres em geral e as usuárias deste estudo em particular, reduziu-as a objetos simbólicos, dos quais se espera que sejam “femininas”, ou seja, atenciosas, submissas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas. E a pretensa “feminilidade” muitas vezes não é mais que uma forma de aquiescência em relação às expectativas masculinas, reais ou supostas do que seja o feminino. Os fatos tidos historicamente como “naturais” e por isso “característicos da alma feminina” como a passividade, a discricção, a submissão, o olhar tímido e não desafiante, são muitas vezes incorporados pelas mulheres como características das mulheres em geral, como se existisse a *mulher universal*, aquela que representaria todas as outras, dessa forma, a feminilidade não é um conjunto de atributos “naturais e específicos” das mulheres, mas sim um conjunto de características simbólicas que foram socialmente construídas, que beneficiam, principalmente aqueles que as elaboraram<sup>(15)</sup>.

Dessa mulher “universal” – que não existe, mas que evoca expectativas idealizadas - se espera que não apresente resistência aos saberes instituídos, que não se queixe, pois quando o fazem, podem ser verbalmente agredidas, como lembra a entrevistada:

*O médico veio fazer toque em mim, e ainda me chamou de ignorante, porque eu tava sentindo muita dor e ele pediu pra mim abrir a perna e eu não tava agüentando, aí eu pedi para ele esperar e ele me chamou de ignorante, estúpida. Eu respondi ele e perguntei se ele tava ali para atender ou criticar as pessoas que tava ali, as paciente. Ele ficou quieto e saiu. (Ent. 2).*

Na relação médico-paciente, que pode ser entendida como uma relação de dominação, a parte dominada da relação é sempre a mulher e quando estas querem exercitar sua autonomia e seu conhecimento acerca do evento ou expressam o seu descontentamento com a atenção recebida, podem ser silenciosamente caladas, ou, na melhor das hipóteses, ignoradas nas suas manifestações de desagrado<sup>(3)</sup>.

Alguns profissionais ainda trazem o viés controlista que já foi política de controle de natalidade no nosso país e ainda acreditam, como já era entendido no século XIX, que a mulher pobre parece ter uma fecundidade demasiado generosa e, desde então, ela é criticada aberta ou veladamente por ter mais filhos que poderia cuidar e alimentar. No século XIX, nas famílias pobres, ter sete ou mais filhos era comum e essa situação era interpretada como uma “fecundidade criminosa”, quase mesmo um “crime de lesa-humanidade”, denunciando a “imprevidência e o vício” das classes pobres, que colocavam filhos no mundo sem poder sustentá-los<sup>(16)</sup>. A medicina atual também traz essa representação sobre a questão do número “adequado” de filhos entre os pobres, reproduzindo de formas mais técnicas as mesmas idéias do século XIX. Isso se consubstancia através dos métodos anticoncepcionais radicais utilizados pela medicina, como esterilização cirúrgica de mulheres jovens, com apenas um filho, apenas por serem pobres<sup>(17)</sup>.

Mas embora tenhamos profissionais que ainda acreditem nisso, muitos outros lembram que “é importante que os profissionais sejam sensíveis ao impacto deseducativo e desumanizador que causam nas parturientes, quando trabalham de forma autoritária<sup>(18)</sup>, pois muitas mulheres conhecem a importância dos procedimentos hospitalares para bem avaliar a progressão do parto e manter a segurança do procedimento, como o toque vaginal, porém não aceitam a forma como tal procedimento é realizado ou como são atendidas pela equipe de saúde. Isso se revela neste depoimento:

*A hora de ter nenê, eu gritava pra elas, elas ouvia que eu fiquei pra ganha, a noite eles me deixava sozinha, tinha hora assim eu precisava levantá pra ir no banheiro eles não me ajudava. (...) Tinha uma mulher que tava junto comigo no quarto (...) mais na hora que vinha mesmo a dor eu tinha que levantá e ir lá na sala dela pra chamar porque elas tavam dormindo (Ent. 7).*



Muitas mulheres não sabem como se comportar diante dos sentimentos e emoções que afloram nesse momento, passam a assumir comportamentos distintos dos culturalmente esperados pela equipe de saúde, que não aceita com facilidade que as parturientes podem não ter controle sobre seus atos durante as contrações e procedimentos a que são submetidas. Ao serem abordadas pelos profissionais de saúde, que nem sempre orientam e/ou esclarecem sobre os exames que serão realizados, as mulheres se sentem manipuladas, quase como se fossem uma coisa sem vontade própria e sem direito de manifestar sua dor, pode sentir a dor, mas deve ter um comportamento “adequado” e *parar de gritar e ficar quieta*; é o que se espera da “boa” parturiente. As mulheres esperam que durante intervenções técnicas, haja interação do profissional com elas, mas no parto hospitalar isso não ocorre com frequência, pois “esta necessidade pode não ser sentida pelos profissionais que, ao se centralizarem nos fazeres técnicos, não os integram aos fazeres interpessoais”<sup>(18)</sup>.

Por ser este o pensamento dominante e muito difundido, a comunidade de baixo poder aquisitivo, por não deter os meios de produção, passa a aceitar e a incorporar a verdade da classe dominante. Muitas acreditam que procedimentos técnicos utilizados nos hospitais são necessários e importantes, mesmo estando estes desaconselhados na atualidade. Lembramos aqui da Manobra de Kristeller, que consiste na compressão abdominal do fundo uterino, pelas mãos do obstetra ou outro profissional de saúde para auxiliar na expulsão fetal, já condenada<sup>(19)</sup>, porém ainda usada, com lembra a entrevistada:

*Ah! Tem que ajudar. Tem que ajuda a criança a nascer. Ah! (...) Tem que ajudar fazer força, né? Tem que segurar, porque eu fui segurada, né, as enfermeira ajudaram eu muito fazer força pro nenê nascer, porque tava demorando muito pra nascer. Elas subiram aqui (mostrou o abdôme), apertaram minha barriga assim, e o nenê nasceu. Ah! Eu achei bom, porque não queria nascer, com a força delas e a minha força o nenê nasceu (Ent. 7).*

Ao ouvir esses relatos e sabendo das graves conseqüências que esta

manobra provoca - como trauma das vísceras abdominais, do útero, descolamento da placenta e traumas fetais<sup>(19)</sup> - restando-nos a pergunta, porque ainda é utilizada?

A resposta provável é de que o atendimento hospitalar, tal como foi mencionado por várias das depoentes, traduz-se em dor, descaso, abandono, que refletem a violência física, psicológica ou emocional a que quase todas revelaram terem sido submetidas dentro dos serviços de atenção ao parto pelo SUS na cidade de Cuiabá/MT. Relatos esses que nos lembram haver ainda muito por fazer para implementar o Programa de Humanização do Nascimento do Ministério da Saúde e que há muitos investimentos ainda a serem feitos para melhorar a qualidade da assistência ao parto e ao nascimento normais nos locais estudados.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da conclusão da pesquisa temos a considerar que inúmeros problemas foram identificados na experiência do parto normal relatados pelas mulheres entrevistadas, sendo assim, há que se melhorar a qualidade da assistência ofertada pelos profissionais nos hospitais públicos e também nos conveniados pelo SUS, para que mantenham um relacionamento mais humano, integral e que considerem a singularidade das usuárias desses serviços, enxergando-as para além de seu ventre.

As formas como as práticas são conduzidas dentro dos serviços de saúde, revelam profissionais que desenvolvem as atividades que lhe competem de forma técnica, aumentando a morbidade e a mortalidade maternas e colocando em risco a vida das mulheres parturientes e dos filhos que vão parir, mesmo que essas pensem estar tendo uma assistência “mais segura” dentro do hospital.

Nas experiências com a institucionalização para o parto, ficaram evidentes que as relações sociais dentro desse ambiente foram assimétricas, pautadas por comunicação não verbal, uso de terminologias técnicas, ininteligíveis para a clientela, reforçando assim o sistema de dominação e de sujeição dessas mulheres nos serviços de saúde no que é talvez o mais delicado e importante momento de suas vidas – o de dar a luz a uma nova vida!

#### REFERÊNCIAS

- Baremblit G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 1996.
- Secretaria de Estado de Saúde (MT). Saúde em Números 4 – 1998: Sistema de Informação em Saúde. 2ª ed. Cuiabá (MT): SES; 2000.
- Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço público de saúde, que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério (tese). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
- Nozawa MR, Schor N. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. Saúde e Sociedade 1996; 5(2): 89-119.
- Rattner D. Humanizando o nascimento e o parto. In: Síntese do I Seminário Estadual da qualidade da assistência ao parto: contribuições da Enfermagem; Curitiba (PR), Brasil; 1998 maio 14-15; Curitiba (PR): ABEn/PR.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública 1993; 9(3): 239-62.
- Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994.
- Szejer M, Stewart R. Nove meses na vida das mulheres: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1997.
- Ávila AA. Socorro doutor! Atrás da barriga tem gente! São Paulo (SP): Atheneu; 1998.
- Fundação de Saúde de Cuiabá. Conselho Municipal de Saúde/ Comitê de Mortalidade Materna. Boletim Epidemiológico, Mortalidade Materna em Cuiabá-MT 2000; 2(2).
- Castro RP, Bronfman MP. Teoria Feminista y Sociologia Médica: bases para una discusión. Cad Saúde Pública 1993; 9(3): 375-94.
- Jones C. Parapsicologia e Gravidez: nove meses de intuições e percepções. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos Tempos; 1999.
- Grassi E, Raggio L, Montes AG. Normatização dos comportamentos reprodutivos e paradigmas médicos: estudo de caso em instituição de saúde para camadas médias. In: Costa AO, Amado T, organizadores. Alternativas escassas: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina. São Paulo (SP). Fundação Carlos Chagas; 1994.
- Zampieri MFM. Mulheres cuidando de Mulheres: em busca de uma enfermagem mais humanizada. Texto Contexto Enferm 1997; 6(1): 168-80.
- Bourdieu P. A Dominação Masculina. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 1999.
- Badinter E. Um amor conquistado - o mito do amor materno. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.
- Pereira WR. A medicalização do corpo feminino. In: Scavone L, Batista LE. Pesquisa de gênero: entre o público e o privado. Araraquara (SP): Faculdade de Ciências e Letras; 2000. p. 127-54.
- Armellini CJ. Resgatando a palavra das mulheres: o acolhimento na parturição (dissertação). Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
- Delascio D, Guariento A. Briquet: Obstetrícia normal. 3ª ed. São Paulo (SP): Sarvier; 1981.