

A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição

Raquel da Rocha Pereira ¹, Selma Cristina Franco ², Nelma Baldin ³

Resumo: Pereira RR, Franco SC, Nelma Baldin N – A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição.

Justificativa e objetivo: Compreender pela teoria das representações sociais, as dimensões socioculturais da dor e seu impacto no protagonismo da mulher na parturição.

Método: Para a investigação, utilizou-se a metodologia qualitativa, com o referencial teórico da fenomenologia e da teoria da representação social. Foram realizadas 45 entrevistas semiestruturadas com gestantes dos serviços público e privado de saúde de Joinville, SC, com no mínimo quatro consultas de pré-natal e que estavam no terceiro trimestre de gestação.

Resultados: Da análise de conteúdo das falas, emergiram três categorias empíricas: medos e preocupações, vivências e influência sociocultural, as quais possibilitaram construir três categorias interpretativas: modelo biomédico, desinformação e papel da mulher na decisão pela via de parto. Os achados relatados neste artigo evidenciam a dor como um dos elementos construtores das representações sociais feminina sobre a parturição. Observou-se que a dor influencia o comportamento da gestante a partir do medo e se torna a gênese de outros sentimentos aversivos e preocupações que envolvem o evento da parturição.

Conclusão: Nesse contexto, a dor revela-se como um dos principais construtores das atuais representações sociais femininas sobre a parturição e contribui para a curva ascendente nos índices de cesárea no Brasil.

Unitermos: ANALGESIA: Parto; CIRURGIA: Cesárea.

[Rev Bras Anesthesiol 2011;61(3): 376-388] ©Elsevier Editora Ltda.

INTRODUÇÃO

O parto, diferentemente da gravidez em que um longo período favorece a adaptação gradativa das mudanças, caracteriza-se como evento que provoca mudanças abruptas e intensas, as quais demarcam alguns níveis de simbolização como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança ¹.

Na história da antropologia, a interpretação cultural da dor remonta às mitologias primitivas e arcaicas que tinham uma concepção dualista: bem e mal. Os humanos primitivos faziam parte da ecologia ambiental e tinham da dor uma imagem associada ao mal e ao sofrimento, considerada coisa de inimigo, que provoca dano ². Entretanto, entender as dimensões da dor e como se processa e impacta as questões socioculturais atreladas ou não aos elementos anatômicos e fisiológicos envolvidos tem sido o grande desafio da ciência.

Recebido da Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Brasil.

1. Mestre em Saúde Meio Ambiente; Médica Anestesiologista do CET/SAJ/SBA/MEC; Centro Hospitalar de Unimed e Maternidade Darcy Vargas, Joinville - SC

2. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente; Médica Docente da UNIVILLE

3. Doutora em Educação; Professora do Programa de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente da UNIVILLE

Submetido em 9 de novembro de 2010.

Aprovado para publicação em 7 de dezembro de 2010.

Correspondência para:

Dra. Raquel da Rocha Pereira

Rua Presidente Nasser, 307

Glória

89201835 – Joinville, SC, Brasil

E-mail: pereiras@netkey.com.br

Porém, apesar dos avanços a dor ainda não ocupa seu verdadeiro espaço científico e social. Alguns estudos defendem a necessidade de desmistificar a visão punitiva da dor na cultura ocidental, desvelando seu papel social ³.

Para o corpo físico, a dor é um mecanismo de expressão fisiológica de desagravo ou defesa frente a uma agressão real ou com potencial semelhante, mas a expressão e a reação do indivíduo a ela ocorre com a interpretação emocional e social formatada pela cultura ⁴.

A cultura dita a forma e a resposta comportamental à dor, em que cada grupo social e, às vezes, até mesmo a família têm a própria representação social, a qual formaliza uma linguagem única. Para se saber se o indivíduo tem dor, é necessário que ele se expresse, torne público, compartilhe, apresente uma expressão verbal ou não verbal ⁵.

As representações são interpretações sociais que passam a ser impostas ao indivíduo em seu convívio social, com a transmissão por sucessivas gerações. Todos os sistemas de classificação, imagens e descrições de uma sociedade, inclusive os científicos, são consequências de sistemas e imagens prévios. Ou seja, um recorte ou reprodução da linguagem da memória coletiva que deriva invariavelmente de um conhecimento antes adquirido ⁶.

A representação social sobre a parturição identifica-a como uma etapa dolorosa do processo fisiológico da gravidez, sendo a resposta comportamental influenciada pela dimensão emocional e ambiental. Fatores socioculturais interferem no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parturição ¹.

No Brasil, o parto normal está associado à figura de dor e sofrimento que, pelo caráter fisiológico do evento, impõe a

mulher um comportamento de superação frente à dor do trabalho de parto. Interpretada socialmente como “fisiológica”, ou seja, como parte da natureza do evento, gera conflitos de natureza afetiva, emocional e metabólica, expõe a fragilidade das mulheres frente à sua percepção pessoal e favorece a representação feminina do parto com base em medos e mitos como, por exemplo, a crença de que a cesárea decidida e agendada com antecedência proporcionará um “parto sem dor”⁷.

Foucault denuncia o poder médico e a medicalização da vida e da cultura que, se valendo do rótulo de cientificidade, difundem-se pela mídia para seduzir o consumidor^{8,9}. A cultura do parto na obstetrícia ocidental contemporânea deriva das convicções de Descartes do dualismo mente e corpo, o corpo como uma máquina sob o domínio da ciência. Nesse sentido, a cultura da “cesárea a pedido” parece ter suas convenções construídas nas representações sociais do médico, sendo ele um profissional técnico que deve solucionar, e não justificar os eventos¹⁰.

O parto cesariano no Brasil tem aumentado gradativamente, em especial entre as usuárias de planos de saúde, como vemos nos dados de 2003 a 2006, em que a taxa de cesariana subiu de 64,30% para 80,72% respectivamente, índices muito acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de duas vezes maior que a média nacional e a mais elevada em âmbito mundial¹¹.

Pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) concluiu que aproximadamente dois terços das mulheres que possuem plano de saúde iniciam a gestação afirmando o desejo de ter um parto normal. Possivelmente, diversos fatores estão envolvidos nesse distanciamento entre o desejo da mulher no início da gestação e a via de parto, efetivamente praticada. Segundo a gerente assistencial da ANS, Martha Oliveira, o mito do parto dolorido e traumático *versus* a tecnologia de ponta, com médicos competentes e hospital seguro, atribuído ao parto normal e à cesariana, respectivamente, está presente com muita intensidade. Tal mito originou-se ou concretizou-se com a atuação da mídia. Ainda, a formação dos médicos incentiva a cesariana, que é menos trabalhosa e mais rápida do que o parto normal, implicando também uma questão econômica para o médico^{11,12}.

Os meios de comunicação, bem como as informações e/ou conteúdos simbólicos por eles trafegados, são construtores das representações sociais e podem servir como mecanismo para o exercício de poder¹³.

A dor do trabalho de parto envolve uma complexidade de respostas neurocomportamentais ao estímulo algíco e fornece uma característica pessoal e única à dor sentida. A relação de causa e efeito nessa situação nem sempre corresponde, na prática, a uma resposta clínica pois o que importa, nesse caso, é entender a dor vivenciada pela parturiente e amenizá-la⁷.

A esse respeito, Mazoni e Carvalho discorrem que muitas vezes a dor manifesta-se mesmo na ausência de agressões teciduais vigentes. O que nos importa é o “ser que sente dor e não a dor como ser”. Ao considerarmos a natureza do fenômeno, direciona-se melhor a assistência para entender a

complexidade do evento e a interpretação que a pessoa faz da dor que vivencia e sobre suas causas. Portanto, levar em conta a validade conceitual da dor do trabalho de parto e sua multidimensionalidade de aspectos possibilita também oferecer intervenções de alívio capazes de agir como competidores de impulsos na parte central do sistema nervoso¹⁴.

O objetivo deste estudo foi compreender o fenômeno e a dimensão cultural da dor, bem como a influência do modelo biomédico e a mídia como construtores da representação social da dor na parturição.

MÉTODO

Escolha Metodológica

Este artigo utiliza o recorte teórico-metodológico conferido pela pesquisa qualitativo-fenomenológica sobre o protagonismo e as decisões das mulheres entrevistadas no processo da parturição e, a partir da teoria da representação social, permitiu a compreensão do fenômeno da dor e sua influência sociocultural.

A análise metodológica da pesquisa qualitativa se preocupa “com um nível de realidade que não pode ser quantificado”¹⁵.

A fenomenologia busca fixar e reunir, de modo inteligível e rigoroso, as atitudes ou os traços humanos e é somente por meio da experiência que a realidade pode ser conhecida. Nesse sentido, compreende-se a essência do fenômeno via representações sociais manifestadas nos discursos das parturientes, os quais, por sua vez, foram analisados sob a égide da análise de conteúdo¹⁶.

A Teoria das Representações Sociais trata da contribuição do indivíduo na construção de um saber coletivo que orienta e interpreta os comportamentos sociais. Esses comportamentos manifestam-se por meio de atos, falas e condutas já institucionalizadas, aceitas e incorporadas ao cotidiano. São, portanto, matéria-prima tanto para a análise de fatos sociais como para ações pedagógicas e políticas transformadoras^{6,15}.

POPULAÇÃO ESTUDADA E PROCESSO DE SELEÇÃO

Entrevistaram-se 45 gestantes no último trimestre da gestação, durante o atendimento pré-natal no município de Joinville, Santa Catarina. As entrevistas ocorreram em três ambulatórios da rede pública (Grupo I, com 20 gestantes) e em duas clínicas privadas (Grupo II, com 25 gestantes) que possuíam médicos obstetras integrando as equipes de assistência às gestantes.

A amostra foi selecionada por conveniência, considerando o “ponto de saturação”, que fica configurado quando o entrevistador percebe que não há mais informações novas a serem ouvidas. Nesta pesquisa, o ponto de saturação das respostas de cada grupo ocorreu de forma diferente, sendo 20 entrevistas no setor público e 25 no serviço privado.

Os critérios para seleção consistiam em ser gestante no terceiro trimestre de gravidez; ter 18 anos ou mais; estar em acompanhamento de pré-natal, tendo já cumprido pelo menos quatro consultas até a data da entrevista e aceitar voluntariamente o convite para participar. Foram excluídas as gestantes que apresentavam situações clínicas e emocionais que pudessem interferir na capacidade cognitiva.

As gestantes selecionadas foram entrevistadas individualmente, pela pesquisadora, o que nos permitiu maior proximidade com o fenômeno descrito, tanto a partir de suas falas como de seus gestos, possibilitando maior apreensão do sentido que essas mulheres emitiram ¹⁷.

A pesquisa seguiu medidas para preservar o sigilo, o anonimato e a privacidade das entrevistadas. O nome completo da entrevistada ficou restrito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelas pacientes entrevistadas. Os procedimentos metodológicos aplicados foram esclarecidos às entrevistadas individualmente, inclusive acerca da possibilidade de a entrevistada interromper, responder ou não às perguntas, tendo o direito de se recusar a participar da pesquisa.

O projeto foi analisado e aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da instituição de ensino.

Instrumento de Pesquisa

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro semi-estruturado de entrevistas com 15 questões abertas que foram gravadas em áudio e integralmente transcritas. Essas questões permitiram a formulação de outras que, no decorrer do estudo, mostraram-se importantes à elucidação do problema de pesquisa. Noutras palavras, na metodologia qualitativa a entrevista não apresenta rigidez e a flexibilidade é fundamental para a apreensão do ponto de vista dos sujeitos, não significando ausência de rigor metodológico.

É importante destacar, ainda, que no processo de elaboração do roteiro de questões houve o cuidado de se aproximar do linguajar das parturientes. Assim, evitou-se o uso do jargão médico, que, muitas vezes, representa obstáculos à compreensão do diálogo entre médicos e pacientes.

Realizou-se um pré-teste para adequar o vocabulário, verificar o teor das respostas, observar o tempo gasto e outras questões logísticas.

Análise dos Dados

O potencial revelador da fala (quanto às condições estruturais e aos sistemas de símbolos, valores e normas) é um instrumento privilegiado para a coleta de informações, uma vez que a fala pode conter a experiência e, conseqüentemente, permitir a compreensão intersubjetiva. Assim, depois de devidamente transcritos, os dados e as informações coletadas na fala das gestantes foram analisados quanto a seu conteúdo com base na teoria das representações sociais. Buscou-se

explorar as estruturas que as entrevistadas manifestaram como relevantes. Foram levados em conta, no momento da coleta e da análise dos dados, os elementos não verbais manifestados pelas entrevistadas ¹⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dor e Vivências: Gênese de Medos e Preocupações

O medo da dor esteve fortemente representado no imaginário das gestantes entrevistadas e transforma-se, com a proximidade do parto, na gênese de outros medos: medo do trabalho de parto; medo do desempenho e de comprometer o bem-estar fetal; medo da anestesia; medo do desconhecido, entre tantos outros. Esses temores, geralmente associados a histórias de outras mulheres, fornecem subsídio emocional à gestante para a “cesárea a pedido”: “[...] Eu tenho medo de ter parto normal, porque todo mundo fala que tem muita dor, e que essa dor é pior do que qualquer outra. Então, eu falo para minha mãe que quero ter cesárea” (D., 22 anos).

Entretanto, a experiência de partos anteriores demonstrou ser um forte elemento que influenciou a decisão atual sobre a via do parto. Se a experiência foi positiva, passa a ser a primeira opção de escolha da mulher: “Foi uma experiência muito, muito boa, muito legal. Eu digo para todo mundo que, se fosse pelo parto, eu teria uns dez filhos. Foi bem tranquilo [...]” (P.S., 29 anos). Se negativa, deixa marcas que reforçam os medos e preocupações ¹⁰: “Foi horrível! Sofro de medo da dor na hora do parto [...] fico com muito medo, já não como, não durmo mais direito [...] Tudo já vem com medo, é eu acho que é um trauma que peguei naquele dia” (J., 30 anos). A dor, definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável”, torna-se, na parturição, um dos principais motivos de medo e preocupações. Expõe os aspectos psicológicos e a dimensão da experiência dolorosa, assim como as respostas emocionais, e, dependendo da percepção cognitiva, cultural e comportamental do indivíduo, haverá uma dissociação entre a percepção do indivíduo e a reação/resposta aos estímulos nociceptivos ⁷.

A interpretação subjetiva da dor no trabalho de parto apresenta-se como um dos elementos construtores da representação social das mulheres brasileiras sobre a parturição: “O medo maior é o da dor e de não conseguir suportar e tomar a anestesia [...] A expectativa é esta: se eu vou conseguir suportar a dor” (A.T., 36 anos).

A tocofobia é o termo utilizado para definir o medo aflitivo, um temor exacerbado do parto, que se torna um medo patológico geralmente oriundo de experiências anteriores malsucedidas associadas à dor e ao sofrimento no parto, como, por exemplo, partos instrumentalizados e traumáticos, geralmente sem o auxílio da analgesia de parto ¹⁸.

Na mulher contemporânea, o medo do sofrimento desencadeado pela dor repercute sobre seu protagonismo pois ela teme por seu desempenho, no sentido de não corresponder à função feminina de “ser mãe”. Esses temores assumem uma grande dimensão, inibem a sensibilidade afetivo-emocional e

afastam a mulher do verdadeiro sentido da maternagem ¹⁹. [Maternagem: processo construído pela mãe para suprir as necessidades do recém-nascido; depende primordialmente dos sentimentos que a mãe pode desenvolver no nascimento de seu filho ¹⁹]

As representações sociais sobre a parturição congregam diversos conteúdos que, ao final, estão sempre simbolizados por sentimentos de apreensão, dúvidas e, dentre tantos outros o maior deles: o medo da dor e suas repercussões, o que acaba tornando a mulher refém. O último trimestre de gravidez é caracterizado pelo aumento do nível de ansiedade em razão da expectativa com a proximidade do parto. Numa ascendência gradativa, essa ansiedade aumenta sensivelmente nos dias que antecedem a data provável. Essa fase, portanto, é caracterizada pelos vários medos que envolvem e fragilizam a mulher ¹.

Nesse sentido, a analgesia de parto tem sido uma aliada dessas mulheres, ao contribuir para as experiências exitosas dos partos – elas se sentem seguras sem o “ditame da dor”, como declara a entrevistada que teve um parto anterior com analgesia: “[...] No meu primeiro parto, na verdade eu tinha bastante medo do parto normal. Mas, para mim, foi o melhor parto que eu tive, tanto que agora da minha segunda vez eu também quero ter parto normal, com analgesia [...]” (F., 24 anos).

A Representação Social da Dor e a Mídia

A respeito da interpretação e da compreensão da percepção das mulheres entrevistadas, é importante observar Merleau-Ponty: “A intenção significativa se dá num corpo e conhece-se a si mesma, buscando um equivalente no sistema das significações disponíveis, que representam a língua que falo e o conjunto dos escritos e da cultura de que sou herdeiro”. Ou seja, entende-se que as pessoas conhecem a si mesmas quando procuram conhecer os signos de sua fala, de sua escrita, enfim, da cultura da qual fazem parte ¹⁶.

E como desconhecido, ou ainda não experienciado, a pouca e insuficiente informação dá lugar ao imaginário, crenças e mitos que são povoados pelos relatos de experiências de outras mulheres, corroborados pela influência da mídia e pela assistência tecnicista do modelo biomédico. “Porque eu vejo assim, é questão mesmo de preocupação a questão da dor no parto normal, a gente não quer sentir dor. Aí, tu começa a ouvir o relato das outras mulheres que falam que dói muito. Então, você fica naquela indecisão, apesar de sabermos que o parto normal é melhor, pois a recuperação é mais rápida. Só que hoje, com o avanço da tecnologia dos médicos, equipamentos, aí você já acaba indo mais pelo tecnológico do que pelo emocional, eu vejo assim” (P., 34 anos).

O comportamento social é um símbolo cuja resposta representa o resultado de atitudes e expressões que formam códigos e sistemas de valores com significados que constituem a linguagem criada a partir das relações sociais e da contribuição dos indivíduos ⁶. Como justifica esta primigesta sobre sua opção pela cesárea: “Vou fazer cesárea pelo medo da dor, a gente ouve as pessoas falarem que é uma dor insuportável, até é culpa da minha mãe, porque a gente cresceu

ouvindo falar isso e aí vai comprando a ideia, de que a dor do parto é terrível” (E., 26 anos).

A representação social feminina sobre o processo da parturição associa o conceito de sofrimento e dor ao parto normal, uma situação que, com a proximidade do evento, fragiliza e amedronta a mulher no período gravídico. Os sentimentos refletem os significados de seu meio, são ecos dos conceitos culturais sobre o parto alimentados pela desinformação, a mídia, os relatos de outras mulheres e o modelo de assistência obstétrica ^{6,10}.

Potencializados pela mídia, os fenômenos de sofrimento e dor estão no imaginário da sociedade ocidental associados à doença que, por sua vez, exige tratamento médico. Haveria, talvez, um fortalecimento desse imaginário em razão da carência de informações sobre o processo da parturição ¹³.

Alguns relatos apontam para a influência da mídia na construção ou nos reforços simbólicos do medo da dor no parto normal e na facilidade e segurança do parto cesáreo. Questionada sobre a influência da mídia, a entrevistada afirma: “Acho que influencia sim, porque, no parto normal, se você for ver, até nos filmes aparece a mulher sofrendo, toda suada, berrando, fazendo escândalo no hospital. E numa cesárea não, se você for assistir à novela, a mulher está ali deitada, aparece sorrindo, conversando com o marido e a criança no colo, como se tudo tivesse corrido perfeito e que não houvesse risco algum” (F. S., 29 anos).

No Brasil, a telenovela consolida socialmente um conceito, sem base científica, de que a cesárea é um procedimento mais seguro que o parto normal, pela condição de ser programado e livrar a mulher do sofrimento imposto pela dor do trabalho de parto. Esta entrevistada traduz dessa maneira a influência exercida pelas telenovelas: “[...] Influencia tanto que acho que a maioria das pessoas tem medo do parto normal justamente porque veem as mulheres gritando, todo mundo sofrendo, e aí na cesárea demonstram que ninguém sofre [...]” (E., 26 anos).

A televisão capta aquilo a que o mercado aspira, pois é o veículo que melhor representa o meio de comunicação em massa. Como organizadora do cotidiano e do imaginário social, a mídia incorpora rapidamente as demandas. É capaz de perceber o que a sociedade sinaliza e, antes mesmo que esta reivindique, incorpora tais sinalizações, reprocessa-as tecnicamente, recicla-as ideologicamente e difunde-as ²⁰.

Outra gestante sinaliza haver forte influência da mídia, principalmente para quem não dispõe de muita informação: “A mídia influencia em qualquer assunto, principalmente as pessoas que não têm muita informação, ou outros meios de informação, pessoas com pouco estudo entendem aquilo ali como verdade, como único canal de informação” (R. M., 35 anos).

A Representação Social sobre o Parto

Observa-se um conflito interno em que, apesar de todas as influências e distorções, apreensões e medos, a maioria das entrevistadas diz preferir o parto normal. São depoimentos que revelam um desejo intrínseco, fisiológico, da fêmea pelo parto

normal, como verbaliza esta entrevistada: “Eu tenho medo da dor do parto normal, mas, como ele é algo natural, algo da natureza, eu prefiro que seja normal” (C.G., 30 anos).

Antropólogos que estudam o assunto afirmam que a preferência pelo parto normal parece estar relacionada a uma falácia naturalista e informal. [Falácia informal, segundo Heemann, é uma ideia de grande força de persuasão que, enraizada em crenças, usa a lógica da sedução com palavras respeitáveis e valores desejáveis para convencer. Já a falácia naturalista baseia-se nas “leis” da natureza, ou seja, as normas éticas seriam extraídas da natureza.] O depoimento revela que a opção pelo parto normal decorre de uma imposição do “destino de fêmea” e não por convicção de ser a melhor via de parto²¹. Essa ideia de fato é oferecida pelo discurso pró-parto normal, mas, afinal, quais as repercussões disso para o bem-estar da mulher? Talvez uma visão machista, uma vez que exige da mulher que suporte a dor num contexto primitivo e cultural, que seja provedora de uma vida, e negue a sua característica pessoal²².

Algumas das entrevistadas defenderam a ótica da superação como um elemento feminino de outorga: “[...] Porque o parto normal é assim mesmo, tem que sentir alguma coisa. Mãe, para ser mãe, tem que sentir, eu acho” (J. O., 25 anos). Um discurso que relaciona a dor do trabalho de parto como um “passaporte” que legaliza a competência de ser a mãe e atrela a ideia de heroísmo à noção de amadurecimento da mulher. Uma cultura de superação que teve início quando a religião proclama as mães, sobre a maternidade, como modelos de perfeição e as mulheres ao superarem o sofrimento e as adversidades impostas pela dor do parto adquirem a outorga e desfrutam do prazer de ser mãe: “padecer no paraíso”²³.

Apesar das grandes mudanças do comportamento social da mulher moderna, questões femininas como os sentimentos envolvidos na maternidade ainda estão presentes no discurso de algumas mulheres e se assemelha às de seus antepassados. Segundo Beauvoir, a mulher ocidental almeja que seu desempenho seja notado com perfeição pelos outros, no desempenho das questões femininas, como dona de casa, esposa, mulher e mãe²⁵.

Essa mãe idealizada no imaginário coletivo como a “Rainha do Lar” vive uma realidade conflitante com a verdadeira mulher dos dias atuais, ou seja, a profissional e mãe que luta no mercado de trabalho por sua sobrevivência. Distancia-se do modelo maternal dos tempos passados, representado pela doação, dedicação e paciência, havendo, assim, um confronto com os valores atuais, presentes no dia a dia da mulher moderna como, por exemplo, planejamento, ordenação, praticidade e tecnologia, representando o fator segurança e otimização do tempo²².

Em síntese, a crença das mulheres a respeito de seu papel no mundo e no parto refletirá sobre o contexto sociocultural vivenciado na condição de mulher e de parturiente e confirma que a própria dor do parto advém de aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais^{24,25}.

Representação Social do Médico frente à Dor

No processo histórico da sociedade, o parto deixou de ser um evento privativo da mulher, passando a ser um evento institucionalizado e repleto de inovações tecnológicas, direcionado a um cuidado técnico em que o médico é seu fiador²⁵. Culturalmente, a sociedade dá crédito ao modelo de assistência centrado no especialista, com enfoque para a segurança que permeia as expectativas e influencia as decisões sobre a escolha do parto¹⁷: “Meu problema é sentir dor [...] saber se eu vou aguentar, será que eu vou resistir, será que vai fazer bem pro bebê? O que eu quero é que... independentemente do parto, do tipo de parto que for, seja o melhor pro bebê” (J., 31 anos).

A relação intrínseca entre dor, parto e sofrimento, construído puramente social, tem origem a partir de mitos, preconceitos e ausência de informação e se aproxima de um discurso e práticas primitivas e até mesmo desumanas. Nesse sentido, a comunicação verbal e a reciprocidade entre médico-paciente ocorrem por uma interação entre sofrimento do paciente e saber médico, que começa pela linguagem⁸.

No Brasil, a deficiência de informação durante o pré-natal, o modelo de assistência e a hospitalização do parto transferem para o médico o comando e o poder de decisão sobre o processo da parturição e, simbolicamente, estabelece-se a “terceirização do parto”, ou seja, ocorre um fenômeno cultural de transferência do comando de natureza fisiológico exercido pela mulher grávida para um comando técnico, do médico.

As análises das entrevistas apontam para o pouco diálogo entre gestante e médico sobre questões relacionadas ao momento do parto. Ao serem indagadas se consideravam a informação recebida no pré-natal suficiente, algumas das entrevistadas relataram insatisfação com a pouca informação fornecida pelo médico e a hierarquia estabelecida entre médico e paciente parece incomodar, como no caso apresentado a seguir, em que a entrevistada questiona e relata um fato anterior em que o médico se negou a fornecer informações. Essa situação demonstra tipicamente uma relação de poder. Quando indagada se as informações que recebeu do médico foram suficientes, respondeu de pronto: “Não, a gente tem que buscar lá fora”. E acrescentou: “No meu primeiro filho, isso foi uma coisa que incomodou muito com o doutor... Eu queria conversar sobre os tipos de parto e ele dizia: ‘É muito cedo ainda, é muito cedo ainda’. Eu retrucava: ‘Mas eu quero conversar, tem certas coisas que eu quero tirar dúvidas [...]’. E ele, então, me dizia: ‘É muito cedo ainda’. Ele ia empurrando [...] foi isso inclusive que me fez trocar de médico” (P. S., 29 anos).

No sistema público, a informação médica fica mais comprometida, o discurso se repete e é aceito passivamente pela gestante, que busca apoio em outras formas de conhecimento: “[...] Olha, o que eu sei até hoje aprendi por mim mesma, perguntando. Através do médico, não ajuda muito, não” (J., 30 anos).

A representação social do médico tem como base o paradigma da medicina científica cartesiana, que representa a “verdade”, e sua fala não deve ser questionada²⁶. Uma cul-

tura em que o saber científico do modelo tecnicista favorece uma assistência obstétrica segmentada e intervencionista, de pouco diálogo, que busca adequar rotinas, protocolos e processos informatizados ao processo dinâmico, fisiológico e afetivo da parturição. Essa representação influencia o poder de decisão da mulher, que, em nome da segurança, delega o comando do processo ao profissional especializado: “[...] Ele [o obstetra] é que vai dar o caminho, estudou para isso, ele sabe quando a criança reage a certas situações. [...] Ele influencia, sim, na decisão, tanto que o meu médico falou pra mim: “A princípio, você terá um parto normal! Mas a gente volta à conversa, mais de perto” (A.D., 31 anos).

O medo da dor e a desinformação têm sido fortes elementos de persuasão do médico para a aceitação passiva da mulher à cesárea. A entrevistada, quando indagada pelo médico sobre sua preferência, diz: “[...] Não, se for para eu ter normal e sofrer muito, não quero; prefiro a cesárea. Então ele falou: ‘A cesárea, se você quiser, a gente pode marcar amanhã. Mas não precisa dar a resposta agora, vai para casa, pensa e depois você me liga’ (S., 28 anos).

Nos Estados Unidos, os pacientes não podem exigir que seus médicos apliquem uma terapia desnecessária ou potencialmente prejudicial. Lá, já estão ocorrendo debates éticos sobre a cesárea por requisição materna, ou seja, “a pedido”. Existem controvérsias sobre o tema, já que uma das principais diretrizes da assistência obstétrica no país se baseia no compromisso dos médicos de contribuir para o empoderamento das gestantes, no sentido de uma tomada de decisão consciente e não pautada no medo. Fundamenta suas relações no respeito e o compromisso em educar, para uma decisão compartilhada e ciente dos encargos do procedimento escolhido²⁷.

O medo de não suportar o sofrimento, de não dar conta do processo e de prejudicar seu bebê são os principais temores das grávidas, o que contribui para uma conduta intervencionista do médico como meio de aliviar seus temores, principalmente quando assume proporções que envolvem toda a percepção da mulher sobre a parturição: “[...] tenho medo da dor, do sofrimento, de tudo. Por não saber como vai ser, tenho essa preocupação de saber como será, se vou dar conta [...] Nunca passei por isso antes, então não sei explicar assim o que eu sinto” (C.G., 30 anos).

Por outro lado, algumas entrevistadas assumem o despreparo para enfrentar o primitivismo do sofrimento materno patrocinado pela dor. Com a aprovação do especialista, elas expõem a realidade do nosso século: “[...] E sofrer a dor do parto em pleno século XXI já não é coisa de gente moderna. [...] Mas eu acredito que seja a sociedade que passa isso para você, que a cesárea é algo mais tranquilo”. Questionada se a cesárea representa melhor a cultura da sociedade atual, responde: “Com certeza. O fato de você não querer esperar muito tempo, não querer sentir tanta dor. Eu também acho que a comodidade dos dias de hoje leva a isso. Porque antigamente, eu acho, a cesárea não era tão acessível como é hoje, era feita em último caso, quando havia alguma complicação; hoje em dia, não. Eu mesma conversei com o meu

médico. Eu disse ‘quero a cesárea’. E ele respondeu: ‘Ok, vamos fazer a cesárea’. Então, está mais fácil” (E., 26 anos).

A resposta curta e direta do médico de concordância tem para a gestante o simbolismo da “verdade do saber da ciência”, reforça a representação social de que o trabalho de parto é uma etapa dolorosa desnecessária e que, para evitá-la, a melhor opção é a cesárea. Infelizmente, em nossa cultura pró-cesárea, poucos profissionais adotam condutas educativas e de empoderamento da mulher para uma tomada de decisão compartilhada e consciente.

A sociedade moderna busca reprimir o horror ao perigo e silenciar os medos que não podem ser evitados. A vida medrosa se torna mais tolerável com o silêncio, o despercebido, o invisível. Assim, a dor, seus reflexos e os medos daí desencadeados não são suficientemente problematizados pelo modelo biomédico, que parece valer-se da cesárea como técnica para silenciar e mitigar os temores da representação social da dor na parturição²⁸. Nesse contexto, confirma-se o pressuposto de que a dor é a matriz dos medos e preocupações das gestantes, em que pesem o desconhecimento de seu impacto na evolução do trabalho de parto, a repercussão sobre o conceito e o suporte técnico de alívio. Conclui-se que os temores presentes nas falas e expressões não verbais da maioria das entrevistadas têm, como construtores da representação de dor e sofrimento, a desinformação e o modelo de assistência obstétrica hospitalar, centrado na figura do médico, com o apoio e o reforço da mídia aos relatos de histórias de outras mulheres.

Usando-se um sentido figurado, o medo da dor e suas repercussões simbolicamente se concretizam na figura de um “monstro” que “adoece” o processo até então fisiológico, macula o sentimento de prazer de ser mãe e afasta a capacidade da mulher grávida de exercer seu protagonismo consciente, distanciando-a dos sentimentos da maternagem, que sinalizam o verdadeiro sentido da parturição, o prazer de gerar uma vida. O medo demanda interpretações socioculturais e fornece uma identidade cultural à dor de sofrimento e superação. Este, pactuado com o modelo biomédico e a mídia, obstaculiza o protagonismo e influencia a decisão das mulheres.

Em conclusão, observa-se que a dor tem o poder de influenciar o comportamento da gestante a partir do medo e se torna a gênese de outros sentimentos aversivos e de preocupações que envolvem o evento da parturição.

REFERENCES / REFERÊNCIAS

01. Maldonado MTP – Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério, em: Maldonado MTP – Psicologia da Gravidez, 16ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;48-60.
02. Teixeira MJ, Okada M – Dor: Evolução Histórica dos Conhecimentos, em: Teixeira MJ – Dor: Contexto Interdisciplinar. Curitiba, Ed. Maio, 2003;15-51.
03. Guerci A, Consigliere S – Por uma antropologia da dor: nota preliminar. *Ilha Rev Antropol*, 1999;1:57-72.
04. IASP – International Association for the Study of Pain. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org>>. Acessado em 18 março 2010.

05. Zola IK – Culture and symptoms: an analysis of patients' presenting complaints. *Am Sociol Rev*, 1966;31:615-630.
06. Moscovici S – O Fenômeno das Representações Sociais, em: Moscovici S – Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social, 6ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2009.
07. Pereira RR – Anestesia e Analgesia de Parto: Impacto na Amamentação, em: Carvalho MR, Tavares LAM – Amamentação: Bases Científicas. 3ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010;138-139.
08. Foucault M - Poder – Corpo, em: Foucault M – Microfísica do Poder. 25ª Ed. São Paulo: Graal, 2008;151-152.
09. Martins A – Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface Comun Saúde, Educ*, 2004;8:21-32.
10. Helman CG – Dor e Cultura, em: Helman CG – Cultura, Saúde e Doença. 5ª Ed, Porto Alegre, Artmed, 2009;155-174.
11. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE et al. – Avaliação da Demanda para Cesariana e de Adequação de sua Indicação em Unidades Hospitalares do Sistema de Saúde Suplementar do Rio de Janeiro, em: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) – O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, ANS, 2008;95-126.
12. Jungmann M – Mulheres mudam de ideia durante gravidez e preferem cesariana, diz pesquisa. Disponível em: <<http://cienciaesaude.uol.com.br/ultnot/2008/05/07/ult4477u595.htm>>. Acesso em 07 maio 2008.
13. Thompson JB – A Mídia e a Modernidade: uma teoria social da mídia. 5ª Ed. Petrópolis, Vozes, 2002;42-74.
14. Mazoni SR, Carvalho EC – Dor de parto: considerações históricas e conceituais. *Rev Dor*, 2008;9:1176-1182.
15. Minayo MCS – Técnicas de Análise do Material Qualitativo, em: Minayo MCS – O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª Ed, São Paulo, Hucitec, 2008;303-327.
16. Merleau-Ponty M – O Problema das Ciências do Homem segundo Husserl, em: Merleau-Ponty M – Ciências do Homem e Fenomenologia. São Paulo, Saraiva, 1973;28-33.
17. Geertz C – Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura, em: Geertz C – A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1989;10-11.
18. Hofberg K, Brockington I – Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Brit J Psychiatry*, 2000;176:83-85.
19. Odent M - A Abordagem Etnológica – Comparando Culturas, em: Odent M – A Cientificação do Amor. Florianópolis, Saint Germain, 2002;13-17.
20. Sodré M – Sobre a Mídia. Rio de Janeiro, Eco, 1993; 9-25.
21. Heemann A – A Controvérsia sobre os Alicerces da Conduta Humana, em: Heemann A – O Corpo que Pensa: Ensaio sobre o Nascimento e a Legitimação dos Valores. 2ª Ed, Curitiba, Guerreiro Editora, 2005;71-77.
22. Badinter E – As Distorções entre o Mito e a Realidade, em: Badinter E – Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno. 9ª Ed, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985;331-333.
23. Beauvoir S – Situação – a Mãe, em: Beauvoir S – O Segundo Sexo: A Experiência Vivida. 2ª Ed, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2009; 682-683.
24. Griboski RA; Guilhem D – Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*, 2006;15:107-114.
25. Almeida NAM, Soares LJ, Sodré RLR et al. – A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. *Rev Eletr Enf*, 2008;10:1114-1123. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a_24.pdf>. Acesso em: 07 maio 2008.
26. Spink MJP – Psicologia da Saúde: A Estruturação de Um Novo Campo de Saber, em: Spink MJP - Psicologia Social e Saúde: Práticas, Saberes e Sentidos. 6ª Ed, Petrópolis: Vozes. 2009;29-34.
27. Williams HO – The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. *Clin Perinatol*, 2008;35:455-462.
28. Bauman Z – Sobre a Origem, a Dinâmica e os Usos do Medo, em: Bauman Z – Medo Líquido. Rio de Janeiro, Zahar, 2008;7-20.

Resumen: Pereira RR, Franco SC, Nelma Baldin N – El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto.

Justificativa y objetivos: Comprender, por medio de la teoría de las representaciones sociales, las dimensiones socioculturales del dolor y su impacto en el protagonismo de la mujer en el parto.

Método: Para la investigación, se usó la metodología cualitativa, con el referente teórico de la fenomenología y de la teoría de la representación social. Se hicieron 45 entrevistas semiestructuradas con embarazadas de los servicios público y privado de salud de Joinville, SC, con el mínimo de cuatro consultas de prenatal y que estaban en el tercer trimestre de gestación.

Resultados: Del análisis de contenido de los testimonios, surgieron tres categorías empíricas: miedos y preocupaciones, y vivencias e influencia sociocultural, que posibilitaron construir tres categorías interpretativas: modelo biomédico, falta de información y el rol de la mujer en la toma de decisión por el parto. Los hallazgos relatados en este artículo, indican el dolor como siendo uno de los elementos constitutivos de las representaciones sociales femeninas sobre el parto. Vimos también que el dolor influye en el comportamiento de la embarazada a partir del miedo y se convierte en la génesis de otros sentimientos de aversión y en preocupaciones que involucran el evento del parto.

Conclusiones: En ese sentido, el dolor se revela como siendo uno de los principales constructores de las actuales representaciones sociales femeninas sobre el parto y contribuye para la curva ascendente en los indicadores de cesárea en Brasil.

Descriptor: ANALGESIA, Parto; CIRUGÍA, Cesárea.