

PRECISAMOS FALAR SOBRE CONSUMOS VULNERÁVEIS NA ESCOLHA DO PARTO E NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

DIANA LÚCIA TEIXEIRA DE CARVALHO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

CLARA AMORIM PONTES CORREIA LIMA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

MILENE FELIX DE ALMEIDA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

VANESSA NÓBREGA QUEIROZ BARRETO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

PRECISAMOS FALAR SOBRE CONSUMOS VULNERÁVEIS NA ESCOLHA DO PARTO E NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, há um processo de expansão de partos cesáreos, de modo que o país se tornou símbolo pelas altas taxas de realização desse procedimento, sendo esse tipo de parto compreendido como “natural” tanto entre profissionais da saúde como na sociedade (DECLERCQ, 2015; WARMLING *et al.*, 2018). Isso se configura como uma questão problemática, pelos consequentes riscos associados a este tipo de parto, quando realizados sem as devidas indicações. Com efeito, de acordo com Darsareh *et al.* (2019), a literatura sobre a cirurgia cesárea eletiva sem que a mulher passe pelo trabalho de parto apresenta um aumento nas taxas de complicações relacionadas à prematuridade do bebê, incluindo sintomas respiratórios, e a problemas de adaptação neonatal, como hipotermia e hipoglicemia, assim como admissões dos recém-nascidos por parto cesáreo em Unidades de Terapia Intensivas (UTI).

Entretanto, como evidencia Declercq (2015), o Brasil é visto pelos defensores de taxas mais altas de cesárea como um modelo que proporciona às mulheres a opção de uma "escolha informada" para fazer uma cesariana, o que gera uma lógica falha que atribui aumentos na taxa de cesárea ao pedido materno. Tal pedido ocorre porque a mãe solicita este método de nascimento, na ausência de indicações médicas padrão, para evitar o parto normal, por razões variadas, mas que podem incluir o medo de dor no parto, medo de sofrimento da mãe e do bebê com parto normal, e outras experiências críticas da vida que têm um impacto emocional na antecipação do parto (DARSAREH *et al.*, 2019). Além disso, segundo Chong e Kwek (2010), o parto cesáreo encontra nos próprios profissionais médicos indicações para intervenção cirúrgica sem motivos médicos.

Sobre isso, a pesquisa de Domingues *et al.* (2014) analisou a convergência entre a decisão de mulheres sobre o método de parto no início da gravidez, comparando ao método de fato vivenciado, tanto no setor público quanto privado de saúde. Os resultados demonstraram que as mulheres com parto assistido por plano de saúde privado são mais propensas a buscarem pelo apoio ao parto cesáreo, ou modificam mais facilmente a preferência do parto normal pelo cesáreo do que as assistidas pelo sistema de saúde pública.

Nesse contexto, podemos considerar que as mulheres, durante a gravidez, e particularmente em relação ao tipo de parto que irão vivenciar, podem estar suscetíveis a experiências de consumos vulneráveis. Entendemos que, enquanto grávidas, essas mulheres são consumidoras de serviços médicos, uma vez que o parto, mesmo que entendido como um processo natural do corpo feminino, solicita cuidados que culminam em consumos para a sua realização, independentemente do tipo escolhido. Isso porque, mesmo que a mulher deseje um parto domiciliar, é preciso amparo de profissionais capacitados para tanto.

Além disso, consideramos que os interesses das mulheres grávidas, mesmo que peçam pelo parto cesáreo, podem estar sendo prejudicados, uma vez que esse tipo de parto representa mais riscos para a saúde tanto da mãe quanto do bebê, quando não indicado por questões médicas. Entendemos, ainda, que ao vivenciarem a gravidez, uma das principais transições de vida das mulheres (FISCHER; GAINER, 1993), os sentimentos de dúvidas, medos e frustrações, bem como amor, alegria e emoção (THE VOICE GROUP, 2010) prevalecem, tanto pela transição de vida quanto pelas mudanças biológicas. Diante disso, podem ser mais propensas a experimentarem episódios de vulnerabilidade (BAKER; GENTRY; RITTENBURG, 2005) ao tomarem decisões sobre a gestação e o processo de parturição.

Dito isso, elencamos como objetivo dessa pesquisa identificar se a escolha de mulheres sobre o tipo de parto e o processo de parturição em si apresentam elementos de vulnerabilidade do consumidor. Uma vez que a literatura aponta para mulheres usuárias de setor privado de

saúde como as que mais realizam cesarianas, mesmo que tenham, em geral, menor risco gestacional e de indicações médicas (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; DOMINGUES *et al.*, 2014), optamos por identificar possíveis vulnerabilidades enquanto consumidoras nesse grupo de gestantes.

Para tanto, além dessa sessão introdutória, discutimos o parto cesáreo no Brasil, sob a perspectiva da vulnerabilidade do consumidor, mediante uma revisão da literatura. Em seguida, apresentamos os procedimentos metodológicos que possibilitam atingir o objetivo proposto, bem como a discussão dos resultados encontrados. Por fim, colocamos as considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

As transições de vida podem ser entendidas como eventos gatilhos de possíveis contextos de vulnerabilidade (BAKER; MASON, 2012; McKEAGE; CROSBY; RITTENBURG, 2018; ANDRADE; CARVALHO, 2018), na medida em que despertam um consumo indispensável para que atendam as adaptações à nova fase (THOMSEN; SORENSEN, 2006). Com efeito, Baker, Gentry e Rittenburg (2005), em seu artigo seminal no qual expõem o modelo de vulnerabilidade do consumidor, colocam como antecedentes de possíveis contextos vulneráveis o que chamam de características e estados individuais, além de condições externas, de modo que suscitem experiências nas quais falta controle para que o consumidor lide com as trocas dentro de um sistema de marketing (BAKER *et al.*, 2005). A vulnerabilidade, portanto, tem sua expressão quando o consumidor não tem domínio ou quando não sabe se o que está fazendo vai atingir suas expectativas e suas necessidades (PAVIA; MASON, 2014; RINGOLD, 2005).

Considerando a maternidade um processo transitório poderoso, com grande demanda psicológica e física para as mulheres (THE VOICE GROUP, 2010), podemos considerar o evento da gravidez um gatilho e, particularmente o estado gravídico um estado emocional capaz de abalar as relações de consumo das futuras mães, inclusive no que diz respeito ao parto. Isso porque, a gravidez solicita a decisão pelo tipo de parto que a mulher irá vivenciar, mediante a modernização da medicina. O parto, que em contextos sociais prévios, ocorria apenas no espaço doméstico e sem supervisão médica (ZOLA, 1972), passou a ser possível em um ambiente hospitalar, o que é positivo, na medida em que possibilitou uma redução na mortalidade infantil e materna por problemas de parto, tanto durante quanto antes (*e.g.*, eclampsia) e depois do parto (*e.g.*, infecções pós-parto).

Todavia, no contexto social brasileiro, o parto cesáreo é realizado de maneira eletiva, sem que haja indicação médica, sendo predominantemente considerado como a melhor opção para as parturientes, apesar do fato de os riscos envolvendo o parto cirúrgico serem maiores tanto para a mulher quanto para o bebê do que os que resultam do parto vaginal. O parto cirúrgico é indicado em situações específicas, mas é realizado amplamente por escolha das mulheres, muitas indiferentes aos prós e contras de cada tipo de parto (CARVALHO, 2017), sendo injustificado para substituir o processo natural de parto, pela via vaginal, o qual representa mais benefícios de saúde para mãe e bebê. Nessas condições, o processo de gestação e parturição se tornaram altamente medicalizados, sendo entendidos como eventos médicos para os quais a mulher passa a ser objeto de cuidados médicos (ZOLA, 1972; THE VOICE GROUP, 2010).

Consequentemente, podemos considerar que mesmo que as mulheres grávidas possam optar pelo método de parturição, principalmente quando consumidoras do setor privado de saúde, há possibilidade de vivenciarem experiências de vulnerabilidade durante a escolha do parto e o parto em si. Com efeito, há muito debate em torno das cesáreas eletivas que são realizadas por pedido de mulheres saudáveis com gravidezes sem complicações (CHIGBU; EZEOME; ILOABACHIE, 2007), principalmente pela possibilidade da chamada “escolha informada”, considerada uma das razões pelo aumento das taxas de cesáreas no Brasil

(DECLERCQ, 2015). Isso porque, para que a mulher possa ter uma postura ativa na escolha, é preciso que tenha conhecimento, informação e poder para tomada de decisão (NASCIMENTO *et al.*, 2015), o que nem sempre ocorre de forma minuciosa para todas as mulheres. Muitas acreditam que o parto cesáreo é mais seguro, ao mesmo tempo em que, sob a lógica da medicalização, a literatura coloca que o parto já não está mais no domínio feminino, mas no médico (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Nesse sentido, conforme a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” (LEAL; GAMA, 2014), os índices de parto cesáreo no setor privado são alarmantes e injustificados clinicamente, o que aumenta os riscos de morbidade e mortalidade, uma vez que a via de nascimento determina inclusive questões de saúde futura das crianças, como risco maior de obesidade, diabetes, asma, alergias e outras doenças não transmissíveis. Além disso, a pesquisa revelou que há uma proporção elevada de bebês que nascem com 37 ou 38 semanas gestacionais, o que pode ser explicado pelo número de partos cirúrgicos agendados antes do início do trabalho parto, mediante a falsa impressão de que esses bebês não terão impacto negativo em suas vidas por nascerem antes de 39 semanas, pelo menos, sem aparente complicação.

Desse modo, podemos concordar com Nascimento *et al.* (2015), ao dizerem que, no setor privado, as mulheres optam pela cesariana como uma consequência de uma relação de serviço com o médico no qual há pouco incentivo ao parto vaginal; a orientação, mesmo que implícita, é para o consumo da cesárea. Complementarmente, conforme aponta a pesquisa de Domingues *et al.* (2014), o aconselhamento de médicos que acompanham as gestantes do setor privado durante o pré-natal e o parto, em geral, é favorável à cesariana, independentemente dos benefícios associados ao parto normal. De fato, no sistema de marketing de saúde, há uma relação assimétrica de informação em favor do médico, detentor do conhecimento científico (CARVALHO, 2017), de tal modo que esta assimetria entre médicos e pacientes pode resultar em consumos vulneráveis (MITTELSTAEDT; DUKE; MITTELSTAEDT, 2009).

Especificamente quando está no processo de parturição, a vulnerabilidade emocional da mulher está mais aguçada, o que faz com que valorize ainda mais a opinião do profissional de saúde e as evidências médicas que defendem que o seu bem-estar e do bebê podem estar em risco (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Com efeito, muitos autores justificam o aumento nas taxas de cesarianas como consequência de fatores como a crença dos médicos de que o parto cirúrgico é mais seguro, a falta de habilidade dos profissionais para assistir ao parto vaginal, maior conveniência e lucratividade para os médicos e presunção acerca da preferência materna pela cirurgia, o que faz com que os médicos do setor privado “persuadam” suas pacientes com base na ideia de que esse método é mais seguro para mãe e bebês (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016).

Consequentemente, essas mulheres estão passíveis a sofrerem experiências de vulnerabilidade vinculadas à ideia de ‘escolha forçada’ ou incapacidade de resistir a uma oferta devido à informação parcial sobre esta (MASCARENHAS *et al.*, 2008). A vulnerabilidade do consumidor ocorre quando ele vivencia uma falta de poder e dependência ao se deparar com uma situação que oprime a sua capacidade de absorver-la, atuando em prol do seu melhor interesse. Com isso, as pressões antecedentes às situações de consumo, como aspectos individuais, familiar, da comunidade e das forças macro, podem favorecer vulnerabilidades quando há um evento gatilho que cria um choque que promova possíveis consumos vulneráveis (BAKER; MASON, 2012). Isso significa que há, no sistema de marketing do parto, forças macro, como estrutura hospitalar, crenças sociais acerca dos tipos de parto, profissionais de saúde tendenciosos ao parto cesáreo, por exemplo, que só podem atuar como possíveis pressões em consumos vulneráveis em mulheres que engravidam, o que se configura como o evento gatilho. A própria gravidez pode ser considerada uma pressão individual, pela condição física e emocional que exige uma série de decisões, consumos e reações.

Da mesma forma, a família e a comunidade, constituída pelas conexões relacionais, que são impactadas de maneira semelhante pelos eventos gatilho, podem ser consideradas como fontes antecedentes de possíveis vulnerabilidades, que se configuram como um estado humano de falta de poder e controle, para o qual é requerido recursos de resposta (RINGOLD, 1995; BAKER; MASON, 2012). De acordo com Nascimento *et al.* (2015), a influência de diferentes mecanismos institucionais, individuais e coletivos, de experiências prévias, do poder médico e da família, da ausência de ação dialógica no período pré-natal são fatores que influenciam a escolha da mulher pelo tipo de parto, o que podemos relacionar com pressões antecedentes à vulnerabilidade, posto que podem atuar como barreiras que impedem o controle e a liberdade de escolha (BAKER; GENTRY; RITTENBURG, 2005) na experiência do consumo do parto.

Ao mesmo tempo, contextos vulneráveis produzem reações dos consumidores, que podem responder ativamente, modificando as novas interações com o mercado, ou passivamente, ao aceitar sua impotência, o que contribui para futuros desequilíbrios (ADKINS; JAE, 2010; McKEAGE; CROSBY; RITTENBURG, 2018). Nesse sentido, quanto mais tiverem orientação sobre o melhor momento de internação e sobre as práticas benéficas que devem ser adotadas durante o trabalho de parto, bem como apoio médico e familiar, maior a probabilidade de as mulheres lidarem melhor com o processo de parturição (DOMINGUES *et al.*, 2014). Nesse sentido, uma atuação mais ativa das mulheres, por meio da disponibilidade de informações sobre gestação e parto, pode favorecer uma maior autonomia em relação à escolha de via de parto e um maior protagonismo no ato da parturição, sendo a disseminação de informação e debate sobre o tema na internet uma fonte para respostas ativas às vulnerabilidades (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Conseqüentemente, mesmo que possam estar mais sujeitas a vivenciarem experiências de vulnerabilidade, isso não significa que isso acontecerá, posto que as mulheres podem encontrar mecanismos para manter o controle de suas preferências diante das relações que o parto exige delas.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para alcançar o objetivo proposto nesta pesquisa, de identificar se há indícios de situações de vulnerabilidade do consumidor enfrentadas por mulheres grávidas na escolha do parto e durante a parturição, a abordagem mais adequada é a qualitativa, posto que permite capturar os significados de contextos da vida real, identificando se as proposições teóricas são sustentadas por evidências empíricas (GRAY, 2012). A pesquisa se classifica como descritiva, uma vez que intencionamos compreender, descrever e desenvolver suposições (MERRIAM, 2009; CRESWELL, 2014), ao ponderarmos sobre as particularidades das questões que pretendemos responder.

Como estratégia de pesquisa, realizamos entrevistas em duas etapas. Na primeira utilizamos roteiro semiestruturado, submetido a 16 mulheres que residem em João Pessoa (PB), das quais 12 estavam gestantes e 4 na fase do puerpério, todas com consumo de serviços de saúde privado. As mulheres entrevistadas foram selecionadas por acessibilidade (GIL, 1999). Justificamos as 4 respondentes pós-parto como adequadas para a pesquisa por já terem vivenciado tanto o período de escolha quanto o de parturição em si. Essas mulheres, codificadas de PosP1 a PosP4 como forma de manter seu anonimato, foram entrevistadas apenas uma vez, no período de 10 a 18 de maio de 2018 e seu perfil está descrito no Quadro 1.

Quadro 1 – Perfil das entrevistas durante o pós-parto

Entrevistada Pós-parto	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Pretensão de parto	Parto Realizado	Visitas ao pré-natal
PosP1 (e10)	29 anos	Superior Completo	Casada	Normal	Normal	10
PosP2 (e4)	35 anos	Superior Completo	Casada	Normal	Cesárea	Mensal
PosP3 (e6)	37 anos	Especialização	Casada	Normal	Cesárea	Mensal
PosP4 (e14)	28 anos	Superior Completo	Casada	Normal	Cesárea	10

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019)

As 12 mulheres que estavam grávidas foram também entrevistadas em maio de 2018, entre os dias 10 e 30. A segunda etapa da pesquisa se deu a partir do relato de parto das mulheres que estavam anteriormente gestantes. Como elas estavam em períodos gravídicos distintos, voltamos a contatá-las no início de maio de 2019, posto que todas já teriam vivenciado o processo de parturição. Todavia, das 12 entrevistadas, apenas 9 responderam ao nosso contato, retornando as respostas acerca da experiência de parto e seu significado. Desse modo, apesar de 3 das 12 entrevistadas responderem apenas à primeira parte da entrevista, optamos por analisar seus relatos por compreendermos que ofereciam informações pertinentes à escolha do parto mesmo que não pudéssemos compará-las com a experiência vivida.

As 12 entrevistadas têm seus perfis estão exibidos no Quadro 2. As 9 entrevistadas foram identificadas com os códigos PrPosP1 a PrPosP9 e as 3 com PrP1 a PrP3.

Quadro 2 – Perfil das entrevistadas durante a gravidez e após o parto

Entrevistada pré e pós-parto	Idade	Escolaridade	Estado civil	Pretensão de parto	Parto realizado	Visitas pré-natal
PrPosP1	31 anos	Pós-graduação	Casada	Normal	Cesárea	5
PrPosP2	28 anos	Superior completo	Casada	Normal	Cesárea	11 visitas
PrPosP3	21 anos	Médio completo	Casada	Cesárea	Cesárea	3
PrPosP4	25 anos	Técnico completo	Casada	Normal	Normal	2
PrPosP5	30 anos	Superior incompleto	Casada	Normal	Cesárea	7
PrPosP6	30 anos	Superior completo	Casada	Normal	Cesárea	9
PrPosP7	36 anos	Especialização	União estável	Normal	Normal	>8 visitas
PrPosP8	24 anos	Superior incompleto	Casada	Dúvida	Normal	6
PrPosP9	24 anos	Superior incompleto	Casada	Cesárea	Cesárea	5
Entrevistada Pré-parto	Idade	Escolaridade	Estado civil	Pretensão de parto	Parto realizado	Visitas pré-natal
PrP1	31 anos	Superior completo	Casada	Normal	XX	7
PrP2	28 anos	Superior completo	Casada	Cesárea	XX	Mensal
PrP3	34 anos	Superior completo	Casada	Dúvida	XX	4

Fonte: Elaborado pelas autoras (2019)

De modo complementar, realizamos observação participante em um grupo de mulheres interessadas em discutir assuntos relativos à gravidez, parto e maternidade ativa e, assim, promover o pleno acesso à informação pelas participantes. Este é um grupo virtual (*WhatsApp*) e formado por mães, profissionais de saúde, doulas e mulheres engajadas na discussão da maternidade ativa, pautado na Medicina Baseada em Evidências e nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este grupo surgiu como desdobramento de uma roda de discussão presencial, que ocorre em Campina Grande (PB). O grupo teve seu nome também codificado como GM para preservar a sua identidade e de seus participantes.

Os principais motivos de escolha do grupo GM foram o fato de possuir um foco bem delimitado em torno do objeto da pesquisa e questão de acessibilidade. A observação participante, tanto no grupo virtual quanto nas rodas presenciais, permitiu captar o fenômeno na perspectiva das participantes (GUASCH, 2002; COOPER; SCHINDLER, 2011), e envolveu a reflexão permanente sobre as discussões e acontecimentos em torno do que estava sendo observado (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). O grupo escolhido possui um conjunto de princípios e regras bem definidos, dos quais o mais focado no objeto desta pesquisa destaca o direcionamento a “Apoiar o parto natural e humanizado, com assistência atualizada e baseada em evidências científicas e no protagonismo da mulher. Defendemos que as cesarianas devem ser realizadas apenas quando realmente necessárias, com indicação precisa. Portanto, somos contra cesáreas desnecessárias, uma vez que estas aumentam os riscos para a mãe e bebê” (Grupo GM, 2019).

Sobre a coleta de dados, no primeiro momento, foi feita por meio de entrevistas individuais a partir de roteiro semiestruturado que perguntava sobre o conhecimento das mulheres sobre os tipos de partos, seus benefícios e malefícios, além do tipo de apoio que possuíam para o processo de parturição e qual escolha que tinha feito a esse respeito. Apenas três (PrPosP2, PrPosP4 e PosP3) entrevistas ocorreram presencialmente, de modo que, devido à preferência e disponibilidade das mulheres, as demais foram realizadas por telefone. A duração das entrevistas foi em média de quatorze minutos e todas foram transcritas na íntegra.

Para realizar a segunda etapa, entramos em contato com as 12 mulheres, anteriormente gestantes, pelo aplicativo *WhatsApp*, solicitando que fizessem um relato de parto, por meio de gravações de áudio, as quais duraram em média 3 minutos. Todos os arquivos de áudio foram transcritos na íntegra, bem como todas as entrevistas que haviam sido gravadas mediante autorização prévia das entrevistadas.

O processo de observação no Grupo GM foi realizado por uma das pesquisadoras, que se integrou às rodas de discussão presenciais e, posteriormente, solicitou para se participar do grupo virtual. Dessa forma, a observação no grupo virtual foi realizada durante os meses de fevereiro a dezembro de 2018, já nas rodas presenciais foram 6 participações ao longo do período da pesquisa. O material obtido foi utilizado como fonte complementar na análise das entrevistas, uma vez que utilizamos o debate fomentado no grupo como apoio para a confirmação dos indícios observados nos discursos das mulheres.

Os dados obtidos foram analisados segundo Merriam (2009), que propõe a transcrição, leitura e releitura, codificação e categorização do material qualitativo. É pertinente expor que foram realizadas análises cruzadas dos dados das entrevistas com os obtidos da observação no grupo GM. Esses dados também foram submetidos a análises em separado das pesquisadoras, com o objetivo de reforçar a confiabilidade da pesquisa.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 EXPERIÊNCIA *VERSUS* INFORMAÇÕES: o que sabemos sobre parto?

As gestantes entrevistadas relatam em suas falas a pressão ou apoio em relação à escolha do tipo de parto, vindos especialmente de familiares mais próximos, como maridos, mães, irmãs e amigas que influenciam a escolha final (BAKER; MASON, 2012). No caso daquelas que sofreram pressão pela escolha do parto cesáreo, verificamos que elas são muito influenciadas por experiências negativas destas mulheres próximas, conforme observado na pesquisa de Nascimento *et al.* (2015). Em geral, relatos sobre experiências de mulheres da família e de amigas são indícios de Violência Obstétrica sofrida por elas e repassadas como fazendo parte do processo de parturição via vaginal. Contudo, é importante ressaltar que as gestantes entrevistadas não utilizam tal termo e também relacionam a experiência negativa ao tipo parto vaginal, e não ao tipo de assistência vivenciado pela pessoa que lhe influencia.

Minha mãe não teve uma boa experiência com parto normal (...) então, assim, eu passei a minha vida inteira escutando isso. Aí eu **não quero correr o risco de tentar um parto normal e acontecer alguma coisa tipo essa**, entendeu? (...) **minha sogra** teve ele de parto normal e **chama de ‘parto anormal’** porque ela disse que foi a pior coisa, assim, da vida dela, foi o parto normal. Então, assim, eu não... **sempre tive na minha cabeça que eu nunca quis parto normal** (PrP2).

Mas **minhas amigas que tiveram normal disseram também que foi dolorido porque levaram ponto na vagina**, né [...] Assim, minhas amigas que... que às vezes falam, né? (PrPosP3).

Nasci de parto normal. Minha mãe me teve com quarenta e dois anos. Ela teve sete filhos... os seis filhos que ela teve foi tudo em casa. E ela disse que **eu fui a única que nasci no hospital**. Nasci... **a que sofreu mais, né?** Então, é... isso aí eu não... eu não pensei não, porque ela disse que sofreu mais no hospital, normal, até pela idade dela, né? Que ela já era velha... (PrP2).

Os relatos das entrevistadas evidenciam que, apesar de o parto ser um evento vivenciado pela mulher gestante, os outros atores próximos a ela exercem uma pressão forte na escolha do tipo de parto, e isso se sobressai na sua escolha, o que configura como forças de pressão antecedentes da vulnerabilidade (BAKER; MASON, 2012; McKEAGE; CROSBY; RITTENBURG, 2018). Por outro lado, no Grupo GM verificamos que há relatos de pressão familiar na escolha, mas a diversidade de experiências, tanto positivas quanto negativas vivenciadas e expostas pelas participantes do grupo, seja do parto vaginal ou cesáreo, é usada para fundamentar a necessidade de uma postura ativa da mulher. Neste sentido, há compartilhamento intenso de documentos baseados em evidências científicas para prover esta mulher de informação para que sua escolha seja embasada em dados científicos, e não somente na experiência passada de outras pessoas ou na opção do médico.

Desse modo, podemos verificar que a família e a comunidade atuam como fontes de pressão, o que pode gerar um comportamento passivo nas respostas à vulnerabilidade, mas que os grupos que intencionam debater sobre esses temas proporcionando uma atuação mais ativa de mulheres em torno da maternidade são mecanismos que possibilitam que experiências vulneráveis sejam minadas, ou seja, que as respostas à vulnerabilidade sejam ativas (BAKER; MASON, 2012; ADKINS; JAE, 2010). No entanto, mesmo reconhecendo grupos como o GM como mecanismos que possibilitam diminuir consumos vulneráveis de gestantes pelo conhecimento que dissemina, o impacto ainda pode ser considerado pequeno, visto que muitas mulheres podem não os procurar ou não terem acesso nas localidades onde residem.

De fato, sobre as fontes de informação mais utilizadas pelas gestantes para auxiliar nas decisões relativas à gravidez, a maioria relata o uso de um aplicativo que fornece informações de acordo com o tempo de gestação que a mãe se encontra. Contudo, as principais fontes de informação são, ainda, os relatos de pessoas próximas. Elas realizam ainda pesquisa na Internet, cursos voltados para as gestantes e vídeos no *YouTube*, mas de forma ainda superficial e passiva em torno de conteúdo sobre o parto, conforme as falas de PrPosP2 e PrPosP3.

[...] eu **pesquisava, assim, na internet também e tem alguns sites** que... que explicam direitinho, **tem vídeos no YouTube** também que são... que tem programas que... de incentivo a mulher [...] e uma coisa ou outra, eu olhava assim na internet, pra ver uma... uma opinião, se... qual era o risco que tinha e tal (PrPosP2).

[...] **Eu procuro, assim, saber do bebê...mas não do parto**, não (PrPosP3).

Os relatos indicam que a busca por leituras é fruto do interesse da gestante (NASCIMENTO *et al.*, 2015), não tendo sido relatada indicação do profissional médico ou equipe que acompanha a gestante para a necessidade de ela buscar esse apoio para balizar suas escolhas e se apropriar do evento parto. A falta de informação pode diminuir a capacidade da gestante lidar com situações de vulnerabilidade quando se depararem com decisões de consumo (BAKER; GENTRY; RITTENBURG, 2005), ao mesmo tempo em que pode torna-las proficientes em identificar suas preferências (RINGOLD, 1995).

Com efeito, na medida em que a mulher assume uma postura ativa em relação à gravidez, buscando informação e compreendendo as consequências de cada tipo de parto, as chances de vulnerabilidade diminuem e as decisões, mesmo durante o processo de parturição, podem ser melhor adaptadas às necessidades da gestante. Observamos uma postura mais ativa em 3 das 13 gestantes entrevistadas pós-parto, com discursos que demonstravam a preparação para o parto por meio de uma dedicação à busca por conhecimento. Das três, duas planejaram receber seus bebês por meio de partos domiciliares, uma delas com parteira.

Eu leio muita coisa, né? Eu procuro me informar. Porque... eu procurei assim, alguns médicos antes de falar com Dona Prazeres [a parteira, que estava com 80 anos, mas já tinha feitos os 2 primeiros partos da gestante]. Eu conversei com vários médicos, e você vê que **eles não têm intenção nenhuma de deixar a mulher escolher nada, né?** Eles **colocam muitas dúvidas na cabeça da pessoa**, e assim, hoje em dia, né? **A gente tem informação, são tantas informações, tão fáceis da gente ter acesso à informação.** Então, eu li bastante a respeito na Internet, eu li uma tese

de doutorado que eu gosto muito, que chama “A Ciência do Início da Vida”... eu acho legal que tem uma tese de doutorado que é uma pesquisa feita da Medicina, com base em evidências, né? Essa pessoa fez uma pesquisa no mundo todo, de tudo que já foi estudado, e já foi pesquisado a respeito da **concepção consciente, da gestação, do parto, da amamentação**, e dos três primeiros anos de vida da criança. Tem mais de dez mil folhas... Aí, quando eu estava grávida da minha primeira menina, a gente tem muito mais tempo quando é o primeiro filho (risos), aí eu li essa tese toda... e foi muito legal. E li outros livros (PrPosP7).

No início meu esposo achou meio estranho e aí eu comecei a mostrar né que **antigamente as mulheres tinham filho em casa**, que era mais tranquilo, que tem os **riscos de infecção**, de...de... de coisas, né, **de contaminação**, de... **de doenças e tudo mais são bem menores quando se tem em casa**, a gente começou a **pesquisar**, começou a ver estudos que envolvem isso, estudos de outros países, a gente começou a ver as coisas né, **começou a ler um monte de coisa...** e aí eu acho que quando eu tava com 8 meses, umas 38 semanas em média, aí a **gente tomou a decisão de ter um parto domiciliar** (PrPosP6).

No Grupo GM, as fontes de informação compartilhadas internamente precisam seguir critérios, dentre os quais o principal é o fato de estarem baseadas em evidências científicas e estarem alinhadas aos princípios do grupo em defesa do parto humanizado. Também são compartilhados materiais sobre parto cesáreo, mas no sentido de mostrar as reais indicações para que a mulher possa questionar ou dialogar de forma mais fundamentada com o profissional que a acompanha. Sobre isso, podemos compreender a importância do apoio à mulher não apenas na escolha, mas durante a parturição, posto que as condições físicas e emocionais da gestante se agravam na medida em que o parto se aproxima.

4.2 COM A PALAVRA, O OBSTETRA!

No Brasil, o evento parto está muito ligado à figura do médico, sendo bastante medicalizado (THE VOICE GROUP, 2010), uma vez que raramente ocorre sem intervenção, conforme evidencia a pesquisa “Nascer no Brasil”, (LEAL; GAMA, 2015). As falas das entrevistadas corroboraram esse protagonismo do profissional, resultando no não questionamento da gestante sobre as condutas do médico.

Cada mês que passa, você fica mais ansiosa, mais... querendo que chegue logo, entendeu? Então, **o que o médico disser... o que eles disserem, eu faço**. Eu faço o que eles indicarem (PosP1).

Até agora, a gente só faz o pré-natal normal, e **ela não fala nisso**. Mas, pelo que eu já escutei, a maioria dos partos dela é tudo cesáreo. Ela já marca, já faz. Tipo oitenta por cento dos partos dela é tudo cesárea. Mas, **a mim, ela não falou nada até agora, não** (PrP1).

A ausência de informações por parte da gestante demonstra a vulnerabilidade vivenciada por ela, que não se sente capaz de questionar a indicação do médico. Isso se contrapõe à busca por informações em outras fontes, como a Internet ou grupos de discussão, que permitem à mulher ter uma maior autonomia sobre a escolha de via de parto (NASCIMENTO *et al.*, 2015), possibilitando uma resposta ativa a essas situações de vulnerabilidade (ADKINS; JAE, 2010).

Nesta condição, a mulher, que deveria ser a protagonista, adota uma postura mais passiva, sobretudo pelo medo de “algo dar errado”, reforçando uma configuração característica das relações de consumo de serviços de saúde, nos quais há uma assimetria de informação que favorecem situações de vulnerabilidade (CARVALHO, 2017; MITTELSTAEDT; DUKE; MITTELSTAEDT, 2009). Nessa situação, não atender às expectativas das gestantes, respondendo aos seus questionamentos de maneira clara, ou mesmo adiar a troca de informações sobre o eminente parto, são situações que podem ser entendidas como vulneráveis.

Com efeito, a fala de PrPosP8 destaca que os profissionais que a acompanham evitam falar sobre o parto, mesmo diante da proximidade do evento, trazendo dúvidas sobre prováveis problemas que possam impedir/dificultar o parto vaginal. Isso sinaliza uma relação na qual o

médico aparentemente, mas de forma implícita, conduz a mulher para o consumo da cesárea, como pode ser percebido pelo relato de uma das gestantes:

Tô no caminho de cinco meses, né? Enfim, aí **ela disse que ainda estava cedo para gente conversar sobre parto**. [...] e... tipo assim, **que tinha que esperar...** um exemplo, é... vai... vai fazendo os exames, né? Aí ela disse, se eu desenvolvo uma diabetes gestacional. Aí assim indica um parto cesáreo, entendeu? (PrPosP8).

Sobre isso, no Grupo GM podemos observar que há uma orientação para que a mulher assuma um papel ativo no evento em que ela é a protagonista, incentivando que a discussão sobre o tipo de parto seja pauta desde a primeira consulta no sentido de evitar que a gestante seja acompanhada pelo que chamam de “profissional cesarista”. O médico cesarista seria o profissional que realiza partos cesáreos eletivos, mas que nem sempre explicita essa postura à gestante, que por sua vez, acaba tendo um parto indesejado devido à ausência de capacidade de questionar a indicação do médico durante a parturição. Desse modo, a atuação do Grupo GM pode se configurar como um mecanismo que possibilita à mulher uma resposta ativa à vulnerabilidade, de modo que atinja claramente os seus objetivos de consumo (RINGOLD, 1995; BAKER *et al.*, 2005), identificando se o obstetra de sua escolha tem perfil cesarista. Tal episódio aconteceu com a entrevistada PosP2, que ouviu do seu médico que não fazia parto normal, e que ela ficasse à vontade para procurar outro profissional na hora do parto, o que ela estranhou. Com isso, durante o pré-natal, a gestante entendeu que “ele meio que forçou a barra pra eu fazer uma cesariana” (PosP2), o que fez com que ela procurasse outro médico no fim da gravidez.

Ainda sobre a relação grávida e médico, atrelado à relação assimétrica com o profissional de saúde, as respondentes apontaram o medo de que uma decisão sua possa causar algum tipo de dano à integridade do seu bebê. Isso demonstra a imensa responsabilidade carregada pela mulher sobre a escolha do tipo de parto, o que pode justificar a postura passiva de algumas gestantes, posto que podem preferir dividir ou repassar essa responsabilidade para os médicos, que, em sua percepção, são os detentores do conhecimento.

[...] **minha preocupação só é que meu filho quando nascer esteja bem**, assim, seja feito os exames, tal, e ele tá bem, somente (PrP2).

Eu ponho **a saúde dele, no caso, em primeiro lugar**, né? Eu só mudaria, assim, se tiver... a médica dissesse: ‘Olhe, não tem condição, ele não... ou não tem dilatação, ou... ele não tá na posição correta de...’ porque tem que ter a posição dele com a cabecinha pra baixo (PrPosP2).

A vida do meu filho. Eu acho que é a única... o que mais... é que eu morro de medo, mulher, do parto normal (PrPosP3).

Ainda, é evidente que as mulheres que já sofreram algum tipo de trauma em situações anteriores, como interrupções na gravidez, ou as que possuíam alguma dificuldade na concepção apresentam uma maior inclinação para confiança total no médico. O impacto dos traumas anteriores aumenta o grau de vulnerabilidade dessas pacientes devido ao medo de uma nova frustração decorrente da perda do filho:

[...] **Como eu já perdi, a gente fica numa vida tão ansiosa, tão tensa**, que o que for melhor pra essa minha gestação eu faço, entendeu? Se ele diz “Ó, tem que fazer isso”, eu faço porque **é bem difícil quando a gente perde**, e... sabe que tá grávida e... cada mês que passa, você fica mais ansiosa, querendo que chegue logo, entendeu? **Eu faço o que eles indicarem** (PosP1).

O relato de PosP1 demonstra que a grávida, perante o medo de uma nova perda, abre mão do poder de decisão sobre sua escolha e da capacidade ativa de questionar a conduta médica. O fato de ter sofrido traumas, por si só, não inviabiliza a possibilidade de parto normal, porém, para as parturientes, a forma com que seus filhos virão ao mundo pouco importa, e sim o resultado de seu nascimento, o que as impede de questionarem sobre as consequências de cada tipo de parto, inclusive para a saúde futura da criança (LEAL; GAMA, 2015). Isso

demonstra que experiências negativas prévias podem atuar como pressões antecedentes individuais (BAKER *et al.*, 2005; BAKER; MASON, 2012), na medida em que favorecem que as mulheres não dominem o contexto de troca, aceitando o que o médico direciona sem uma postura ativa por meio da qual defenda suas preferências.

4.3 MEU PARTO, SUAS REGRAS MÉDICAS

Observamos que, apesar de muitas mulheres declararem uma intenção de realização do parto vaginal durante a gravidez, apenas 4 das 13 entrevistadas no pós-parto conseguiram passar por esse tipo de experiência; das 16, somente 2 intencionavam que seu parto fosse cesáreo durante o pré-parto e outras 2 estavam em dúvida. Esse cenário é condizente com as pesquisas que identificam a discrepância entre a intenção de vivenciar um parto vaginal e o parto propriamente dito, principalmente no contexto de saúde privado (LEAL; GAMA, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2014).

Diante das falas das entrevistadas podemos perceber a influência dos médicos na experiência de parto, tendo em vista que a orientação médica no período final da gestação, mesmo que a mulher ainda não estivesse em trabalho de parto, conduzia para a cesariana (NASCIMENTO *et al.*, 2015; DOMINGUES *et al.*, 2014). Nesse momento, a suscetibilidade da gestante para vivenciar vulnerabilidade na realização do seu parto é ainda maior, dado o medo de que sua decisão contrária à do médico possa trazer dano ao seu bebê, principalmente. Esse consumo vulnerável se intensifica devido à assimetria de poder e saber em favor do médico (CARVALHO, 2017; RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016; MITTELSTAEDT; DUKE; MITTELSTAEDT, 2009), de modo que a decisão da gestante fica submetida à indicação médica, conforme discursos das entrevistadas.

[...] eu acho que comentei que queria parto normal, mas também, se não desse eu faria a cesárea tranquilamente. [...] O **médico falou** que eu tinha **perdido muito líquido amniótico** e que ele **tinha que nascer naquele dia**. (...) se não fosse por isso daria (...) pra eu ter o parto normal. Só que... infelizmente não deu por conta disso [...] **ele podia até esperar mais um dia para nascer**, mas o **médico** falou que aquele dia que ele **nasceu seria o ideal** (PrPosP2).

[...] Fui na consulta, na ultrassom de trinta oito semanas e a médica da ultrassom disse que ele tava com esse **probleminha e que eu avisasse à minha médica** pra que ela tivesse observando. Aí, dali, **eu já sabia que eu não ia ter o parto normal**, porque minha médica disse... **primeiro pelo peso e o tamanho dele**. Que ele tava com... quatro... quatro e oitocentos na ultrassom. Que aí... **a minha médica disse que passou dos quatro quilos, ela achava arriscado** (PosP3).

[...] então, infelizmente, assim, não foi do jeito que eu queria né? (...) E aí a minha médica que tava me acompanhando durante toda a gestação ela precisou viajar, então ela precisou me encaminhar pra um outro médico [...] quando eu cheguei a 41 semanas ele já disse: [...], **não tem o que fazer, a gente vai ter que ir para cesariana**. [...] E aí quando eu cheguei a 41 semanas e dois dias **...minha bolsa estourou. Eu fiquei toda animada né? Tava com zero de dilatação**, e aí ele disse: **não, vamo pra cesariana mesmo porque eu não posso esperar muito, porque sua bolsa estourou, então tem risco de infecção**. Enfim, e aí **eu na hora terminei aceitando...e...enfim fui pra cesariana**, né... (PrPosP5).

[...] eu pensava muito em ter normal, sendo que ao mesmo tempo **tinha medo**, né, então com 7 meses ele se encaixou, não trocou mais a posição, e ficou certinho. Quando foi com, acho que uns 10 dias antes de eu ter ele, eu entrei em **pródromos de parto**, comecei a sentir a dor, tive muita contração. Não entrei em trabalho de parto propriamente dito, mas entrei em pródromos... eu tinha aquela contração de treinamento muito forte, com mais frequência, e **a minha médica disse que ele podia nascer prematuro**, então pediu que **eu aguardasse um pouco mais de tempo para poder fazer cesárea** (PrPosP9).

Nesses discursos, é possível identificar que as justificativas para a não realização do parto vaginal são dadas antes mesmo de a gestante entrar em processo de parturição, ou seja, não houve sequer uma tentativa de deixar que as mulheres chegassem ao trabalho de parto, evidência observada igualmente na pesquisa “Nascer no Brasil” (LEAL; GAMA, 2015). Além disso, algumas das justificativas dadas para que a gestante sequer tente o parto vaginal, isoladamente, podem ser consideradas infundadas, como tamanho e peso do bebê, perda do líquido amniótico, rompimento da bolsa, dentre outros, conforme discutidos no grupo GM, composto também por profissionais da área de saúde, como obstetras, enfermeiras, fisioterapeutas, e ainda doulas.

Nesse contexto, é possível entender que a atuação dos próprios profissionais médicos prioriza a intervenção cirúrgica sem que os motivos sejam apropriados para o parto cesáreo (CHONG; KWEK, 2010). Dessa maneira, uma vez que as mulheres parecem incapazes nesse momento de defender sua preferência pelo parto vaginal, a vulnerabilidade desse tipo de consumo se manifesta (RINGOLD, 2005; MASON; PAVIA, 2014), sendo elas submetidas ao parto cirúrgico, principalmente pelo seu estado emocional mais abalado que torna a opinião médica ainda mais valorosa (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Mesmo a entrevistada PrPosP6, que apresentou uma postura mais ativa durante a gestação, e que havia decidido pelo parto normal domiciliar, foi submetida à cirurgia cesárea, por exaustão.

Quando eu cheguei de manhã o médico tinha feito um toque e viu que eu estava com 8 centímetros de dilatação. [...] Aí ele fez o toque de 5 horas da tarde, só que **de meio dia quando ele passou no apartamento eu estava muito cansada, muito exausta**, então tinha contração de dois em dois minutos na realidade... quando eu não estava em contração, eu simplesmente apagava e dormia. E aí, ficava muito cansada mesmo, né, porque, estava um período grande enfrentando as contrações, foi aí que eles começaram a ver que eu estava entrando em **exaustão** mesmo. Isso era meio dia, ele ainda esperou até umas 5 horas da tarde, e veio pra fazer o toque de novo [...]. Realmente não tinha evoluído, 8 centímetros de dilatação, e o bebê não encaixava. **Foi aí que ele disse: olhe, eu não queria isso, mas se vocês quiserem esperar até amanhã de manhã, a gente tenta, por que o bebê está bem, mas estou vindo que você está em exaustão.** Ele conversou mais com meu esposo, porque eu estava com muita contração, e aí meio que a pessoa fica irracional.... e foi aí que a gente foi pra cesariana, né? Ele ainda esperou, eu me arrumei, tomei banho, [...], **de 6 e 45 meu bebê nasceu por uma cesariana.** E assim, são coisas que acontecem né? (PrPosP6)

A entrevistada entrou em trabalho de parto propriamente dito em uma quinta-feira, em casa, com auxílio de uma equipe contratada que ficou com ela até o sábado, quando ela foi encaminhada para a maternidade, onde seu parto foi realizado. Segundo seu relato, o seu médico obstetra apoiava sua escolha pelo parto domiciliar. Ainda assim, o parto da gestante teve intercorrências. Sobre isso, é preciso que a mulher se prepare emocionalmente e fisicamente para esse momento, tendo em vista que pode durar, em média, até 48 horas. Além disso, é preciso que o suporte, de fato, priorize o trabalho de parturição, colocando a mulher como capaz (DOMINGUES *et al.*, 2014). Todavia, no caso da respondente PrPosP6, entendemos que o fato de ela não ter parido pela via vaginal pode representar uma experiência de vulnerabilidade, caso a equipe tenha sido despreparada para evoluir o parto sem que ela chegasse à exaustão, o que não fica claro no seu discurso. Ao mesmo tempo, ela buscou atender às suas expectativas, minimizando consumos vulneráveis.

4.4 MEU PARTO, MINHAS REGRAS OU TANTO FAZ?

Ao considerarmos que as experiências de vulnerabilidade diminuem quando as suas preferências são compreendidas pela gestante, de modo que ela atue em prol delas (PAVIA; MASON, 2014), podemos dizer que a respondente PrPosP3 buscou atingir suas expectativas de parto por meio de uma cesárea, atribuindo a sua escolha ao medo da dor do parto vaginal, mesmo identificando que este seria o processo de maior benefício para a mãe e o bebê. Desse

modo, questionamos em que medida podemos dizer que a gestante não sofreu consumos vulneráveis, tendo em vista que sua escolha se baseou em um conhecimento disseminado sobre a dor, optando por uma solução medicalizada para evitar um aspecto considerado negativo do parto vaginal (DARSAREH *et al.*, 2019), afirmando não ter buscado qualquer informação que pudesse lhe fazer questionar sua decisão. Conseqüentemente, é possível dizer que a gestante PrPosP3 não apresentou uma postura ativa ao parto, apesar de agir em prol do que acredita ser melhor para si.

Das gestantes que possuíam uma postura ativa sobre o parto, destacamos a entrevistada PrPosP7, pelo seu entendimento acerca do processo de parturição: “eu acredito que o parto é um processo natural, e que, da mesma forma que eu concebi minha filha em casa, eu tenho condição também de receber ela em casa, dar à luz a ela em casa”. Interessante que, das que se prepararam para ter parto vaginal, a gestante PrPos7 foi a única que conseguiu realizar seu plano de parto. Sua bebê nasceu em casa, com auxílio da parteira e da sua aprendiz, cercada pelo seu companheiro e pela filha mais velha do casal (que já tinha assistido ao parto de outra irmã mais nova, também em casa).

As outras entrevistadas que tiveram parto vaginal, apesar de terem conseguido parir conforme sua preferência declarada na fase da gestação, parece que tiveram “sorte” no processo. O medo do parto não evoluir até a expulsão do bebê é presente na fala também das que intencionavam parto normal e acabaram submetidas a cesáreas.

A entrevistada PrPosP4 diz que pensou que não ia ter normal, mesmo com dilatação de 10 cm, por que a bolsa ainda não tinha estourado, mas em aproximadamente, 15 horas em trabalho de parto, seu bebê nasceu por via vaginal. A entrevistada PrPosP8, por sua vez, não sabia o que esperar do próprio parto, mas seu bebê nasceu com 38 semanas em um trabalho de parto de menos de 12 horas e sem muito sofrimento, segundo seu relato. Apesar de não terem uma postura aparentemente tão ativa quanto à entrevistada PrPosP7, ambas encontraram um ambiente de consumo do parto no qual houve poucas experiências de vulnerabilidade (BAKER *et al.*, 2005; PAVIA; MASON, 2014), posto que mesmo sem ter domínio sob suas preferências (RINGOLD, 2005), o resultado foi considerado positivo.

O mesmo não ocorreu com a gestante PosP1, que, pelo seu relato sofreu Violência Obstétrica, sem, no entanto, reconhecer. Ela, que optava pelo parto vaginal, vivenciou esse processo de parturição, sofrendo um procedimento que não é recomendado como de rotina pela Organização Mundial de Saúde, e que se não tem indicação clínica, apenas causa dor e desconforto desnecessários (LEAL; GAMA, 2015).

O normal, eu posso falar bem mais porque foi o que eu vivi, eu **só vejo benefícios**, porque a dor é tremenda, mas também, **o pós** é a maravilha do mundo, porque você pode pegar no seu bebê, não tem que lidar com cicatriz [...]. Só é **ruim quando você faz aquele corte**, né? Que chama **episiotomia**, né? Que eu precisei **fazer três pontinhos**. Aí é ruim porque assim, é como se você tivesse feito uma **pequena cirurgia**, que para você sentar é meio ruim, assim, sabe? E é um **corte bem no músculo**, né? Então, assim, é uma **recuperação meio chata**, sabe? É um **incomodozinho chato**. Eu também não sei como seria se não tivesse tido esse corte, porque geralmente **quando não tem o corte tem a laceração**. Aí eu também não sei como é que é, né? Para mim foi maravilhoso, tive **muito mais benefício do que malefício**. (PosP1)

Desse modo, percebemos que a maioria das entrevistadas possuía um conhecimento mais superficial sobre o processo de parturição, atribuindo, em geral, como benefícios para o parto normal a rapidez da recuperação da mãe. O malefício mais citado é o medo desse tipo de parto não evoluir e a mãe sentir dor de forma “desnecessária”, já que termina sendo realizada uma cesárea. Nesse sentido, mesmo que muitas tenham afirmado participarem de rodas de gestantes, com a presença de profissionais de saúde, ainda é possível identificar um entendimento sobre o parto como um processo em que a escolha se dá pela conveniência da gestante, ainda sob uma lógica medicalizante (THE VOICE GROUP, 2010; CARVALHO

2017). Apenas no discurso da gestante PrPos7 observamos a perspectiva não medicalizante do parto, entendendo-o como um processo natural do corpo grávido, com protagonismo da mulher e não do profissional que acompanha a gestante, mesmo que a intervenção médica seja necessária em casos específicos.

4.5 QUERIA PARTO NORMAL, MAS ESTÁ TUDO BEM!

Quando vivencia experiências de vulnerabilidade, o consumidor encontra mecanismos de resposta que podem ser passivos ou ativos (ADKINS; JAE, 2010; ANDRADE; CARVALHO, 2018). Nos discursos das mulheres que intencionavam ter um parto vaginal, mas foram encaminhadas para o parto cirúrgico, a resposta mais frequente é de uma reação passiva, aceitando a impotência da sua ação perante a situação de vulnerabilidade vivida.

E assim, são coisas que acontecem né? **A gente planeja de uma forma e acontece as vezes de outra**, né, eu acho que planejar parto tem que ser tudo de forma responsável né, já que envolve a sua vida, né, e principalmente a vida do seu filho. (PrPosP6)

Aí, eu... eu **fiquei triste**, né? **Fiquei chateada**, mas eu disse: 'É, então vamos, né? **Se é para enfrentar, a gente enfrenta** (sorriu). O menino tem que sair de todo jeito!' (risos) (PosP3)

Na hora eu terminei aceitando...e...enfim fui para cesariana, né... **foi ótima minha cesariana**, graças a Deus, assim... eles me ouviram, eu... eu fiquei com a minha filha o tempo todo do jeito que eu queria [...] (PrPosP5)

Até as consequências físicas da cirurgia foram minimizadas pelas mulheres, de modo a responderem a essas experiências de vulnerabilidade utilizando uma estratégia de conformação. Outra resposta foi o sentimento de que sofreu prejuízo pela decisão no momento de parturição, o que caracteriza a vulnerabilidade (BAKER *et al.*, 2005). Os discursos das entrevistadas PrPosP9 e PrPosP5 ilustram, respectivamente, respostas de conformação e de arrependimento.

A cesárea para mim foi fantástica, tranquila demais, **não tive dor**, não tive nada, foi fantástico. Meu **pós-operatório** eu tive um pouquinho de **seroma** do lado esquerdo da cirurgia, mas não dificultou em nada, pelo contrário, no outro dia, depois de um dia e meio que a gente saiu do hospital [...]Eu **cheguei em casa, subi as escadas**, moro no terceiro andar, são seis escadas pra subir, eu **cirurgiada** com a cinta, subi devagarinho, no outro dia sai pra ir no meu trabalho resolver umas coisas lá.

[...] eu confesso a você que eu tive que trabalhar muito comigo essa **frustração**, sabe? E aquela coisa de que... poxa **era pra eu ter insistido, eu era pra ter segurado**, eu era pra ter...como é que se diz, **não ter cedido** né, ...**ter assumido as consequências e tentado ir mais a frente** sabe, porque realmente é...era um sonho né, e... hoje sim, eu me **arrependo** só disso, de não ter insistido mais e não ter ido realmente até o fim, né, ter tentado realmente, né. (PrPosP5)

Apesar dessas respostas, muitas mulheres que pretendiam ter parto vaginal e não conseguiram se mostraram desejosas de que em uma próxima gravidez possam vivenciar esse processo. Nesse sentido, entendemos que a situação que conduz à vulnerabilidade pode ser remediada (PAIVA; MASON, 2014), caso essas mulheres sejam capazes de atuar de maneira diferente em cenários futuros, ou seja, se, ao viverem uma nova gravidez possam ter as causas de experiências vulneráveis despontencializadas (ANDRADE; CARVALHO, 2018). Acreditamos que a busca por conhecimentos mais empoderadores, assim como uma atuação mais ativa das mulheres favorecem a compreensão do parto como um processo natural do corpo grávido e da importância do protagonismo da mulher durante toda a gravidez, diminuindo situações de vulnerabilidade. Para tanto, a atuação de grupos que discutam a gravidez e a maternidade de maneira ativa pode ser um meio de mudança social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi identificar se o processo de escolha de mulheres sobre o tipo de parto e o processo de parturição em si apresentam elementos de vulnerabilidade do

consumidor. Com efeito, observamos que há uma postura pouca ativa das gestantes pesquisadas em relação ao parto, mesmo quando intencionam que seja vaginal, apesar de algumas menções à participação em grupos de gestantes para abranger o conhecimento sobre questões pertinentes à parturição.

No geral, notamos que as gestantes sofrem influência das mulheres próximas a si, como mães, irmãs e algumas amigas, baseando-se nas experiências que estas tiveram em seus próprios partos. Quando são contrárias ao parto vaginal, em geral, é por que estas mulheres vivenciaram experiências de Violência Obstétrica, e atribuem ao tipo de parturição o sofrimento ao qual foram submetidas. Assim, estas experiências alheias podem ser consideradas como pressão antecedente a consumos vulneráveis, na medida em que influenciam negativamente as gestantes (BAKER; MASON, 2014; McKEAGE *et al.*, 2018).

Por outro lado, muitas gestantes encontraram apoio sobre sua escolha pela parturição vaginal, tanto das mães quanto dos maridos, apesar de estes apresentarem uma postura pouco participativa na decisão das esposas. Ainda assim, no relato de duas das três gestantes que pariram via vaginal, a presença do parceiro foi considerada importante suporte durante a parturição, o que diminuiu a vulnerabilidade desse momento (BAKER; MASON, 2014; McKEAGE *et al.*, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2014). Igualmente, o apoio médico foi reconhecido como tranquilizador para que uma das respondentes pudesse esperar pelo parto normal, que foi o tipo vivenciado por ela.

As gestantes pareceram não ter sido influenciadas por amigas que não questionavam sua escolha, mas usavam o termo “corajosa” para definir sua opinião sobre o parto normal, principalmente por que o medo da dor não se caracterizou como um impeditivo para as entrevistadas desejarem o parto normal, pela compreensão do benefício da rápida recuperação decorrente desse tipo de parto. Apenas uma das 16 gestantes afirmou que escolheu parto cesáreo por medo da dor do parto vaginal, o que contraria esse aspecto como uma das razões para a escolha da cesariana eletiva (DARSAREH *et al.*, 2019).

Apesar disso, vemos que o parto cesáreo, de fato, é o tipo que mais acontece, tendo em vista que das 13 mulheres entrevistadas pós-parto apenas 3 conseguiram parir por via vaginal, o que reforça a ideia de que o parto é um processo medicalizado (ZOLA, 1972; THE VOICE GROUP, 2010). Com efeito, é possível entendermos que a própria formação médica segue a lógica da medicalização, na medida em que atribui ao parto a necessidade de um suporte médico esterilizado e de intervenções médicas (RISCADO; JANNOTTI; BARBOSA, 2016), independentemente de o médico ter uma postura cesarista ou não.

Isso aconteceu até nos casos em que os médicos aparentemente eram favoráveis à mulher vivenciar o parto normal, um deles até criticou os colegas que são cesaristas, tendo em vista que pareceram pouco preparados para conduzir esse tipo de parto, pois ambas as grávidas acabaram sendo conduzidas à cesariana. Assim, compreendemos que estes fatores externos exercem grande influência nas interações de mercado e atuam como antecedentes de pressão a experiências de vulnerabilidade (BAKER; MASON, 2012; McKEAGE *et al.*, 2018). Isso porque, as mulheres, mesmo quando escolhem um médico que apoia sua opção pelo parto vaginal, têm uma dificuldade em obter do mercado médico a consecução da sua preferência, especialmente se for no setor privado de saúde. Nesse sentido, as respostas à vulnerabilidade que sofrem, no geral, foram passivas, o que demonstra que é preciso que haja uma mudança na postura da mulher grávida em relação ao parto.

Desse modo, identificamos a importância de mudanças na estrutura do sistema de marketing de saúde, especificamente do parto. Observamos que, mediante a atuação de grupos de interesse social (CARVALHO, 2017), como o GM, aqui pesquisado, que pressionam o Estado na criação de políticas públicas e no atendimento às necessidades sociais, algumas mudanças vêm ocorrendo. Por exemplo, na cidade de Campina Grande, Paraíba, a abertura da

Casa de Parto Normal, junto ao ISEA (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida), foi em decorrência de um movimento forte de grupos sociais locais.

Além disso, as discussões sobre gravidez e maternidade de maneira ativa podem ser um meio de mudança social, uma vez que buscam promover conhecimentos mais empoderadores que favoreçam à compreensão do parto como um processo natural do corpo gravídico e da importância do protagonismo da mulher durante toda a gravidez, diminuindo situações de vulnerabilidade (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Isso pode oportunizar uma maior autonomia em relação à escolha de via de parto e um maior protagonismo no ato da parturição. Nesse contexto, a vulnerabilidade inerente às relações de troca relativas à gravidez e ao parto pode ser remediada (PAVIA; MASON, 2014) por essa postura mais ativa das mulheres, inclusive fazendo com que demandem adaptações do sistema de marketing do parto, como na formação médica e nas instituições de saúde, para atender às suas necessidades.

Por fim, elencamos como principal contribuição teórica desse estudo o entendimento sobre a escolha de parto e o processo de parturição sob a ótica da vulnerabilidade do consumidor, tendo em vista que a gestante encontra diversos antecedentes de pressão que favorecem consumos vulneráveis bem como diminuem sua capacidade de resposta ativa à vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, quando assumem uma postura mais ativa, com apoio familiar e maior conhecimento, tornam-se mais proficientes para lidarem com estas situações, o que se configura como uma contribuição prática da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ADKINS, N. R.; JAE, H. Marketplace vulnerability of limited English proficient consumers: opportunities to increase knowledge in macromarketing. **Journal of Macromarketing**, v.30, n. 1, p. 93-104, 2010.
- ANDRADE, L. C.; CARVALHO, D. L. T. GRÁVIDA... DE NOVO! Uma análise da vulnerabilidade do consumo de mães de segunda viagem. In Seminário de Administração, 21, 2018, São Paulo. **Anais...**, São Paulo: SEMEAD, 2018, p. 1-16.
- BAKER, S. M.; GENTRY, J. W.; RITTENBURG, T. L. Building understanding of the domain of consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 128-139, 2005.
- BAKER, S. M.; MASON, M. Toward a Process Theory of Consumer Vulnerability and Resilience: Illuminating its Transformative Potential. In MICK, D. G.; PETTIGREW, S.; PECHMANN, C.; OZANNE, J. L. (Eds.). **Transformative Consumer: Research for Personal and Collective Well-Being**. New York: Taylor & Francis, 2012, p. 543-63.
- CARVALHO, D. L. T. **Sistema de marketing de saúde no Brasil: impactos dos fenômenos de medicalização e farmacêuticalização e alternativa de equilíbrio**, 2017. 181f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2017.
- CHIGBU, C. O.; EZEOME, I. V.; ILOABACHIE, G. C. Cesarean section on request in a developing country. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 96, n. 1, p. 54-56, 2007.
- CHONG, YS; KWEK, K. YC. Safer childbirth: avoiding medical interventions for non-medical reasons. **The Lancet**, v. 375, n. 9713, p. 440-442, 2010.
- COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 12. ed. Porto Alegre: McGraw Hill Brasil, 2011.
- CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens [recurso eletrônico]**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- DARSAREH, F., AGHAMOLAEI, T., RAJAEI, M., MADANI, A., ZARE, S. B Butterfly Campaign: A social marketing campaign to promote normal childbirth among first-time pregnant women. **Women and Birth**, v. 32, n. 2, e166-e172, 2019.

- DECLERCQ, E. Childbirth in Brazil: Challenging an Interventionist Paradigm, **Birth**, v. 42, n. 1, p. 1-4, 2015.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.
- FISHER, E.; GAINER, B. Baby showers: a rite of passage in transition. **Advances in Consumer Research**, v. 20, p. 320-324, 1993.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GRAY, D.E. **Pesquisa no Mundo Real**. 2 ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- GUASCH, O. **Observación participante**. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2002.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Sumário executivo temático da pesquisa. In: LEAL, M. C. (Org.). **Nascer no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. p. 2-7. Disponível em: <<http://bit.ly/1GsY2fG>>. Acesso em: 05 jul. 2019.
- MASCARENHAS, O. A.; KESAVAN, R.; BERNACCH, M. Buyer–seller information asymmetry: challenges to distributive and corrective justice. **Journal of Macromarketing**, v. 28, n. 1, p. 68-84, 2008.
- MCKEAGE, K.; CROSBY, E.; RITTENBURG, T. Living in a Gender-Binary World: Implications for a Revised Model of Consumer Vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 38, n.1, p. 73-90, 2018.
- MERRIAM, S. B. **Qualitative research: a guide to design and interpretation**. San Francisco: Jossey-Bass, 2009, p. 39-54.
- MITTELSTAEDT, J. D.; DUKE, C. R.; MITTELSTAEDT, R. A. Health care choices in the united states and the constrained consumer: a marketing systems perspective on access and assortment in health care. **Journal of Public Policy & Marketing**, v. 28, n. 1, p. 95-101, 2009.
- NASCIMENTO, R. R. P. *et al.* Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 119-126, 2015.
- PAVIA, T. M.; J. MASON, J. M. Vulnerability and Physical, Cognitive, and Behavioral Impairment: Model Extensions and Open Questions. **Journal of Macromarketing**, v. 34, n. 4, p. 471-485, 2014.
- RINGOLD, D. J. Social criticisms of target marketing: Process or product? **American Behavioral Scientist**, v. 38, n. 4, p. 578-592, 1995.
- RINGOLD, D. J. Vulnerability in the Marketplace: Concepts, caveats, and possible solutions. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 202-214, 2005.
- RISCADO, L. C.; JANNOTTI, C. B.; BARBOSA, R. H. S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto contexto enferm**, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2016.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.
- THE VOICE GROUP. Motherhood, marketization, and consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 30, n. 4, p. 384-397, 2010.
- THOMSEN, T. U.; SORENSEN, E. B. The First Four-wheeled Status Symbol: Pram Consumption as a Vehicle for the Construction of Motherhood Identity. **Journal of Marketing Management**, v. 22, p. 907-927, 2006.
- WARMLING, C.M.; FAJARDO, A. P.; MEYER, D. E.; BEDOS, Cl. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 1-11, 2018.
- ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.