



08, 09, 10 e 11 de novembro de 2022
ISSN 2177-3866

MEDICALIZAÇÃO NO SISTEMA DE MARKETING DO PARTO: Vulnerabilidade e resiliência do consumidor

DIANA LUCIA TEIXEIRA DE CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

MARIA ALICE RODRIGUES MATOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

KAROLYNA COSTA RIBEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

WERLLESON WILLER MOURA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (UFPB)

Agradecimento à órgão de fomento:

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelas bolsas de pesquisa que ajudaram a realização desse trabalho.

MEDICALIZAÇÃO NO SISTEMA DE MARKETING DO PARTO: Vulnerabilidade e resiliência do consumidor

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno social da medicalização é descrito por Conrad (1992; 2005; 2007) como um processo de transformação de problemas não necessariamente médicos em problemas médicos, os quais são tratados, geralmente, como transtornos ou doenças. Nessa perspectiva, o parto, que, em contextos sociais prévios, ocorria no espaço doméstico e sem supervisão médica, passou a ser realizado dentro de um processo medicalizante (ZOLA, 1972). Ainda assim, movimentos contrários à medicalização do nascimento emergiram, e derivaram em algumas mudanças no parto médico, bifurcando as suas práticas em partos com procedimentos menos medicalizantes (*e.g.* parto humanizado) e partos completamente medicalizados (*e.g.* parto cesáreo); todavia, mesmo existindo resistência ao parto medicalizado, esse tipo é predominante (CONRAD, 2007).

No Brasil, a frequência de partos cirúrgicos tem apresentado um aumento contínuo desde meados da década de 1990 (DOMINGUES *et al.*, 2014), sendo esse o segundo país com uma das maiores taxas de cesárea do mundo, atrás apenas da República Dominicana. Entretanto, quando comparados os tipos de parto, o vaginal apresenta menores riscos e maiores benefícios à mãe e bebê, quando não há intercorrência de saúde, o que nem sempre é de conhecimento da gestante quando decide pelo tipo de nascimento do seu filho. Com efeito, a cirurgia cesárea eletiva, sem que a mulher passe pelo trabalho de parto, representa um aumento nas taxas de complicações relacionadas à prematuridade do bebê (DARSAREH *et al.*, 2018), bem como faz com que as mulheres, em comparação àquelas que tiveram parto vaginal (de maneira humanizada), sofram maior risco de não terem contato pele a pele com seus bebês na sala de parto, de não amamentarem na primeira hora de vida e de terem seus bebês internados em unidade neonatal (FERRARI *et al.*, 2020).

Entretanto, no Brasil, as altas taxas de cesárea são justificadas como consequência de um modelo que proporciona às mulheres a opção de uma "escolha informada", o que gera uma lógica falha que atribui aumentos na taxa de cesárea ao pedido materno (DECLERCQ, 2015). Em geral, esse pedido da mulher, sem que haja indicações médicas padrão, ocorre por razões variadas, como medo de dor no parto e de maus resultados com parto vaginal, assim como outras experiências críticas da vida que têm um impacto emocional na antecipação do parto (DARSAREH *et al.*, 2018), que caracterizam experiências de violência obstétrica (LANSKY *et al.* 2019). Ainda, muitas vezes, os próprios médicos submetem as parturientes à indicação da intervenção cirúrgica sem motivos médicos (CHONG; KWEK, 2010).

Nessa conjuntura, os interesses e escolhas das mulheres em relação ao consumo do serviço de assistência ao parto se encontram prejudicados, pois, mesmo quando a decisão pela cirurgia se baseia em uma "escolha informada", implica em mais riscos à saúde da mãe e do bebê, quando não indicada por necessidades reais (CARVALHO *et al.*, 2019). Ademais, quando optam pelo parto vaginal, as mulheres não obtêm do mercado informações suficientes, nem estrutura adequada para atendimento das suas necessidades, corroborando para o desequilíbrio no sistema de marketing de parto (BARBOZA, 2020; CARVALHO, 2017), sobretudo porque esse tipo de parto é, em geral, marcado por quatro formas de violência: por negligência, verbal e/ou psicológica, física e sexual (RATTNER, 2009; D'OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Nesse contexto, as gestantes se encontram em estado de vulnerabilidade do consumidor, que diz respeito à falta de domínio ou à incapacidade de alguém agir em prol das suas expectativas ou necessidades durante as relações de troca (PAVIA; MASON, 2014; RINGOLD, 2005). Mais recentemente, Hill e Sharma (2020) alegaram que a vulnerabilidade do consumidor é um estado no qual consumidores estão submetidos a riscos como consequência da restrição

de acesso e controle dos recursos capazes de prejudicar sua habilidade de navegar dentro de um sistema de marketing.

Desse modo, entendemos que a vulnerabilidade do consumidor pode ser considerada uma consequência negativa do funcionamento de um sistema de marketing, ao ressaltarmos que seu requisito basilar de funcionamento é que promova práticas baseadas em teorias de justiça distributiva, princípios éticos e de boa moralidade, capazes de proteger consumidores vulneráveis (LAYTON, 2009; COSTA, 2015), aspectos que fundamentam o conceito de equilíbrio (BARBOZA, 2020). Especificamente sobre o sistema de marketing de saúde, Mittelstaedt *et al.* (2009) destacam que sua complexidade resulta restrições de acesso e sortimentos que potencializam possíveis vulnerabilidades de consumo, o que é evidente no que diz respeito às trocas referentes ao sistema de marketing do parto.

Ao mesmo tempo, a vulnerabilidade do consumidor impulsiona comportamentos resilientes, tanto individuais como coletivos, o que transforma o ambiente material, social ou ecológico para reduzir os impactos negativos e/ou melhorar a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos, e que pode direcionar para mudanças no tocante a políticas públicas formais (BAKER; MASON, 2012). Diante disso, Baker e Mason (2012) advogam que a capacidade dos indivíduos e comunidades serem resilientes pode ser fomentada pela ação de múltiplos stakeholders, incluindo os próprios consumidores, empresas, ONGs e governo.

Nesse sentido, o objetivo dessa pesquisa foi identificar experiências de consumidoras e profissionais do sistema de marketing do parto acerca das características do seu funcionamento, identificando evidências de consumo vulnerável do parto vaginal. Adicionalmente, buscamos compreender como podem ser construídos comportamentos resilientes em níveis micro e meso/exo no sistema de marketing do parto, que possam fomentar mudanças estruturais e sociais. Com isso, procuramos entender como as relações de troca dentro do sistema de marketing do parto, acesso e estrutura precisam ser modificadas para possibilitar um melhor equilíbrio de funcionamento, especialmente em favor das gestantes (LAYTON, 2009; CARVALHO, 2017).

2. A MEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO SISTEMA DE MARKETING

Por muito tempo, o tema do parto foi desatendido pelas ciências médicas, de forma que o seu processo era conduzido pelas mulheres da comunidade, na condição de parteiras, responsáveis por passar informações e pela assistência ao parto. Porém, a partir do século XVII, foram criados instrumentos obstétricos, como fórceps, pinças e tesouras, de maneira que o saber técnico foi priorizado em detrimento do conhecimento empírico antes utilizado (KAPPAUN; COSTA, 2020). Com efeito, foi retirado o caráter humanitário, a partilha de experiências e o protagonismo das mulheres, que passaram a ser coadjuvantes, tornando seus corpos cenário para intervenções médicas (CRUZ *et al.*, 2015), em uma perspectiva medicalizante do ato de parir.

O termo medicalização se refere a um processo pelo qual os problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou desordens (Conrad, 1992, 2007). Nesse sentido, é adotada uma estrutura e linguagem médica para entender e, muitas vezes, realizar intervenções para tratar esses problemas, que agora estão sob influência e supervisão médica. Ainda, segundo o autor, acontecimentos e processos na vida das mulheres são mais propensos à medicalização, como exemplos a infertilidade, a menopausa, a TPM e o parto cirúrgico, sendo este último um evento que foi totalmente medicalizado (CONRAD, 1992).

Entretanto, esse termo, geralmente utilizado de forma crítica, não caracteriza necessariamente algo ruim, pois depende dos efeitos seguidos de cada caso. Williams *et al.* (2011) situam a medicalização como um fenômeno neutro, sendo capaz de acarretar ganhos ou perdas para a sociedade. Isso significa que, no caso do parto especificamente, quando há

indicações médicas, a medicalização é benéfica, na medida em que possibilita 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). Assim, o presente estudo não busca determinar o parto vaginal como único que deve ser realizado, mas sim observar as consequências da extrema medicalização que suscitam o desequilíbrio nesse sistema de marketing, à medida que é necessário que sejam determinados meios de reformulação da assistência ao parto em favor das gestantes, em uma perspectiva humanizada (RATTNER, 2009; PEREIRA *et al.*, 2018).

Dessa forma, entende-se o conceito de medicalização adequado à concepção de sistemas de marketing, uma vez que os impactos desse fenômeno influenciam nos processos de troca e ampliam possíveis desequilíbrios (CARVALHO, 2017), sobretudo quando o parto cirúrgico passa a ser considerado o mais adequado por consumidoras e profissionais de saúde. O conceito de sistema de marketing adotado é a definição proposta e adaptada por Layton (2011). Por essa definição, entendemos que o ponto central do conceito de Sistemas de Marketing diz respeito às relações de trocas realizadas pelos atores engajados em uma rede de relações individuais ou coletivas em determinado mercado.

Ademais, as saídas do sistema devem proporcionar entregas satisfatórias para cada um dos participantes individuais, que resultem consequências como acessibilidade, qualidade e relevância dos sortimentos do sistema, por exemplo (LAYTON, 2011). Entretanto, pode haver falhas nos sistemas de marketing, em um sentido econômico ou em termos de resultados sociais, no momento em que não são oferecidos recursos necessários para todos os agentes (LAYTON, 2009), resultando em consequências como a vulnerabilidade do consumidor (HILL; SHARMA, 2020; BAKER; MASON, 2012; BAKER *et al.*, 2005).

Dessa forma, podemos observar que as gestantes, na condição de consumidoras, dentro do sistema de marketing de parto, demandam cuidados específicos, por meio dos quais sua saúde e bem-estar sejam priorizados. Todavia, isso nem sempre ocorre, pois são poucas as mulheres que conseguem parir de fato pela via vaginal e de forma totalmente desmedicalizada e digna (LEAL; GAMA, 2014). Segundo Carvalho (2017), o que aumenta essa subordinação é a assimetria de informação, problema comum em um sistema de marketing de saúde, em que os pacientes não compreendem de forma livre e esclarecida os riscos das intervenções médicas realizadas sobre si.

Isso remete à ideia de que a “escolha informada” (DECLERCQ, 2015), supostamente justificável para os partos cirúrgicos eletivos com base na livre decisão das gestantes, caracteriza-se como uma experiência de vulnerabilidade (BAKER *et al.*, 2005), pois a gestante se encontra incapaz de decidir plenamente, em virtude de informações imprecisas e incompletas sobre as consequências de cada tipo de parto. Ademais, mulheres consumidoras do Sistema Único de Saúde, sistema público de saúde, são mais suscetíveis a restrições de escolha, definidas por Botti *et al.* (2008, p. 185) “como qualquer barreira imposta internamente ou externamente que limite e/ou confine escolhas”.

Diante disso, entendemos que a medicalização potencializa desequilíbrios no sistema de marketing do parto e, conseqüentemente, experiências de vulnerabilidade no consumo de mulheres que desejam partos menos medicalizados. Com isso, comportamentos resilientes de consumo nos níveis micro, meso e macro (BAKER; MASON, 2012; HUFF *et al.*, 2017; WOOD, 2019), devem ser fomentadas nos diversos atores que atuam dentro do sistema de marketing do parto.

3. VULNERABILIDADE VERSUS RESILIÊNCIA DO CONSUMIDOR

Segundo Baker e Mason (2012), a vulnerabilidade pode ser considerada um estado dinâmico e transitório, ou seja, não depende necessariamente de quem é o consumidor, mas da situação na qual ele está inserido. Qualquer pessoa submetida a um evento desencadeador,

somado a fatores de pressão, pode estar vulnerável durante circunstâncias de consumo. Com isso, há falta de controle da situação, por parte do consumidor, e suas necessidades sempre são maiores do que os recursos disponíveis (BAKER; *et al.*, 2005; HILL; SHARMA, 2020).

Dessa forma, a fase de transição para ser mãe é considerada um momento vulnerável para as mulheres (THE VOICE GROUP, 2010), sendo um evento desencadeador. De fato, sobretudo durante experiências de consumo do serviço de assistência ao parto em si, as parturientes podem realizar escolhas coagidas pela pressão do sistema sem que representem exatamente suas preferências (RINGOLD, 2005).

Ao longo dos nove meses, alguns fatores como a influência da família, o diálogo com o médico, experiências de gestações anteriores e conhecimentos obtidos pela internet interferem diretamente na escolha do tipo de parto e na sua realização ou não (NASCIMENTO *et al.*, 2015). Em sua pesquisa, Domingues *et al.* (2014) descobriram que o parto vaginal é desencorajado, pois apenas 58,4% das mulheres que desejavam essa via de parto no início da gravidez conseguiram realiza-lo.

Ao analisar o conceito de vulnerabilidade durante a gravidez, o nascimento e o período pós-natal, Briscoe *et al.* (2016) concluíram que mulheres, durante a gestação e no pós-parto, podem lidar com diversas **ameaças** (medo, vergonha, ter o primeiro filho, idade jovem ou avançada, casamento forçado). Com isso, ao se depararem com **barreiras** (falta de alguém para conversar, falta ou variação de informação, estigmatização, falta de compaixão) não têm essas ameaças resolvidas, o que leva ao aumento no risco de mortalidade, morbidade e experiências negativas. Porém, essas ameaças podem ser resolvidas quando as barreiras corretas são identificadas e ações apropriadas e eficazes são executadas. A partir de estratégias **reparadoras** (autoestima elevada, parceiros de suporte, normalização das circunstâncias, treinamento dos cuidadores) é possível abranger a possibilidade de experiências e resultados positivos, levando a um aumento do bem-estar (BRISCOE *et al.*, 2016).

Dentro desse contexto, vale ressaltar que existem várias pressões ao longo da vida, advindas de si mesma, da família, da comunidade, ou do macroambiente que podem cooperar para vulnerabilidade do consumidor (BAKER; MASON, 2012). Ao mesmo tempo, o consumidor gera diversas respostas em relação a essas pressões; as passivas podem preservar o desequilíbrio no mercado, mas as ativas são capazes de gerar modificações, sendo transformadas em “catalisadoras de mudança”, com potencial de interromper a disparidade no mercado (BAKER; MASON, 2012). Dessa forma, percebemos que as gestantes são capazes de reagir de forma passiva ou ativa às experiências de vulnerabilidade, e que as estratégias reparadoras auxiliam na construção do comportamento ativo de resiliência (BRISCOE *et al.*, 2016).

Ainda dentro dessa discussão, Wood (2019) propõe uma relação entre resiliência e marketing social, na medida em que possibilita a integração de diferentes visões e abordagens sob uma perspectiva sócio-ecológica que reconhece a complexidade da mudança social e foca nos seres humanos dentro de um contexto sócio-ecológico. Isso pressupõe o entendimento tanto do comportamento individual como dos demais atores de um sistema, bem como sua estrutura e aspectos socioculturais. A ideologia do parto cirúrgico como dominante no contexto social brasileiro, portanto, deve ser compreendida não como uma escolha unicamente da mulher, em nível individual, mas precisa considerar aspectos fundantes de maneira sistêmica.

Em alinhamento com essa ideia, Huff *et al.* (2017) defendem a atuação de atores da sociedade civil como promotores de mudança social nos níveis micro, meso e macro, em termos de normas comportamentais, normas sociais e normas formais, respectivamente, para que representem mudanças culturais desejadas. Assim, é importante entender como profissionais de saúde e outros atores do sistema de marketing do parto podem promover a construção de comportamentos resilientes que favoreçam à mudança estrutural e social desse sistema.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender aos objetivos dessa pesquisa, de cunho exploratório, utilizamos a abordagem qualitativa, pois compreende e se aprofunda nas respostas, obtendo mais detalhes em relação ao objetivo do estudo, principalmente quando este envolve examinar acontecimentos pessoais, sentimentos e atitudes (GRAY, 2016). Uma vez que objetivamos pesquisar atores dos níveis micro (consumidoras) e meso/exo (profissionais de saúde), utilizamos técnicas distintas.

Para o grupo de consumidoras, optamos pela história oral temática, na qual captamos informações em relação às experiências das entrevistadas, que se disponibilizaram a falar e esclarecer suas trajetórias individuais sobre o parto vaginal (SILVA, 2017). Já o grupo de profissionais que trabalham com parto vaginal foi submetido à técnica da entrevista, que possibilita compreender a subjetividade do indivíduo mediante suas experiências pessoais e como ele as observa (MERRIAM, 2009).

A coleta de dados das consumidoras foi realizada com base em um roteiro de entrevistas semiestruturado, aplicado com mulheres que tiveram filhos por meio da via vaginal entre novembro de 2017 e agosto de 2021. As respondentes foram abordadas independentemente da idade, número de filhos, local do parto ou se eram VBAC, ou seja, se tiveram um parto cirúrgico anterior ao vaginal. Elas foram solicitadas a descreverem a história da sua gestação e suas experiências de parto, além de serem questionadas acerca dos recursos disponíveis durante seu processo de parturição.

Com a finalidade de obter respondentes, a pesquisa foi divulgada em grupos no *Facebook* e no *Instagram*, a partir de uma imagem explicativa. Todavia, o que mais atraiu voluntárias foi a divulgação entre elas, de modo que a maioria das entrevistas ocorreu mediante a técnica bola de neve (COSTA, 2018). Inicialmente, as voluntárias responderam um questionário na plataforma do *Google Forms* que incluía um termo de declaração de aceitação para participar da pesquisa e questões de perfil (Quadro 1). A partir disso, foram agendadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade das respondentes.

Quadro 1 – Perfil das entrevistadas – grupo consumidoras

| Cod. | Idade | Residente | Profissão | Data do parto | Consultas pré-natal | Local do parto | Parto anterior |
|------|-------|-----------------|------------------|---------------|---------------------|----------------|----------------|
| A1 | 35 | JP - PB | Personal Trainer | out-19 | 9 | Clim | - |
| A2 | 23 | JP - PB | Do lar | jul-18 | 7 | HU | - |
| A3 | 27 | JP - PB | Doula | nov-17 | 15 | Edson R. | - |
| A4 | 33 | JP - PB | Professora | mar-20 | 12 | Domiciliar | Cesárea |
| A5 | 30 | JP - PB | Enfermeira | ago-19 | 12 | Domiciliar | - |
| A6 | 31 | Cajazeiras - PB | Professora | fev-20 | 15 | Clim | - |
| A7 | 35 | JP - PB | Do lar | ago-18 | 8 | Edson R. | Normal |
| A8 | 37 | JP - PB | Do lar | set-18 | 10 | Cândida V. | Normal |
| A9 | 33 | JP - PB | Enfermeira | out-19 | 12 | HNSN | - |
| A10 | 26 | JP - PB | Fisioterapeuta | ago-18 | 10 | Edson R. | - |
| A11 | 35 | Natal - RN | Serv. Public. | ago-18 | 12 | Promater | Cesárea |
| A12 | 30 | JP - PB | Administradora | ago-19 | 8 | Clim | Cesárea |
| A13 | 27 | JP - PB | Estudante | fev-20 | 20 | Clim | - |
| A14 | 28 | JP - PB | Farmacêutica | jun-18 | 13 | Clim | Cesárea |
| A15 | 26 | JP - PB | Psicóloga | ago-18 | 16 | Clim | - |
| A16 | 34 | JP - PB | Empresária | fev-20 | 12 | Clim | Cesárea |
| B1 | 25 | JP - PB | Professora | jul-20 | 10 | Edson R. | Normal |
| B2 | 30 | JP - PB | Caixa | ago-20 | 14 | HNSN | Cesárea |
| B3 | 34 | JP - PB | Mkt. digital | set-20 | 9 | Domiciliar | - |
| B4 | 31 | JP - PB | Professora | fev-21 | 7 | Clinepa | Normal |
| B5 | 32 | JP - PB | Consultora | abr-21 | 11 | Domiciliar | - |
| B6 | 36 | JP - PB | Bancária | abr-21 | 12 | HNSN | Cesárea |

| | | | | | | | |
|-----|----|---------------|----------------|--------|----|------------|--------|
| B7 | 23 | JP - PB | Do lar | mai-21 | 7 | Cândida V. | Normal |
| B8 | 23 | JP - PB | Administradora | mai-21 | 12 | HNSN | - |
| B9 | 28 | S. Bento - PB | Psicóloga | mai-21 | 20 | HNSN | - |
| B10 | 28 | JP - PB | Do lar | jun-21 | 8 | HU | - |
| B11 | 34 | JP - PB | Bibliotecária | ago-21 | 11 | HU | - |
| B12 | 32 | JP - PB | Autônoma | mai-20 | 10 | HNSN | Normal |

Fonte: Dados da pesquisa.

Durante a coleta, acreditamos na possibilidade de o contexto pandêmico ter influenciado algumas respondentes a demonstrarem menores níveis de engajamento durante as entrevistas ou de fatores internos terem culminado em certo desinteresse sobre o tema. Isso pode ser observado pela variação no tempo das entrevistas. Mulheres que pariram na rede pública tiveram média de tempo de entrevista de 24:41, já as que pariram em casa ou na rede privada tiveram média de tempo de 45:54. Todavia, isso não impactou os resultados da pesquisa. De acordo com Silva (2017), o tempo de uma entrevista oral temática não precisa ser muito longo, tendo em vista que o foco principal é que a questão primordial, com base no objetivo da pesquisa, seja respondida, fato que ocorreu.

Em relação ao segundo grupo de respondentes, decidimos abordar profissionais de saúde que atuam nas redes sociais de maneira ativa na promoção do parto vaginal e na desconstrução de mitos e tabus relacionados com esse tipo de parto. Para tanto, enviamos mensagem pela rede social *Instagram* para profissionais envolvidas no parto vaginal.

Para proceder com as entrevistas, foi elaborado um roteiro semiestruturado com questões relativas às suas práticas profissionais, percepção de sua atuação, análise do atual sistema de saúde para promoção de partos vaginais, atuação no *Instagram* e outras redes sociais, e atuação enquanto grupo de suporte e disseminador de informações. Com a finalidade de obter entrevistadas voluntárias, a pesquisa foi divulgada por meio das plataformas *Instagram* e *WhatsApp*, tendo os pesquisadores mantido contato direto com as entrevistadas em potencial, enviando um texto e uma foto explicativa. Das 15 selecionadas *a priori*, com base na atuação nas redes sociais, apenas sete se dispuseram a participar da pesquisa (Quadro 2). As entrevistas se deram por meio das plataformas de videoconferência Google Meet e Zoom Meeting, com tempo médio de duração de 49 minutos.

Quadro 2 – Perfil das entrevistadas

| Cod. | Ocupação | Tempo de Atuação | Redes Sociais | Nº seguidores | Público-alvo |
|------|--|------------------|--------------------------------|--------------------|--|
| P1 | Médica Obstétrica | 3 anos | Instagram | 7.043 seguidores | Mulheres que sonham em ter um parto normal e viver uma experiência desafiadora |
| P2 | Doula e Cientista Social | 5 e 11 anos | Instagram | 3.716 seguidores | Gestantes e profissionais que queiram se informar sobre parto e trabalham com parto numa perspectiva mais humanizada |
| P3 | Educadora Perinatal, Doula e Empreendedora | 5 anos | Instagram, Telegram, e YouTube | 100.000 seguidores | Mulheres grávidas e não grávidas que buscam informação verdadeira sobre o parto e o nascimento |
| P4 | Doula Coordenadora pedagógica | 3 anos | Instagram | 1.105 seguidores | Mulheres gestantes |
| P5 | Enfermeira obstétrica docente | 17 anos | Instagram | 1.319 seguidores | Mulheres meninas |
| P6 | Enfermeira obstétrica docente | 22 anos | Instagram | 1.319 seguidores | Mulheres meninas |
| P7 | Enfermeira obstétrica de parto domiciliar | 10 anos | Instagram | 2.397 seguidores | Mulheres que buscam assistência de parto humanizado |

Fonte: dados da pesquisa

Todas as entrevistas gravadas (com a permissão das participantes) foram transcritas de forma manual, segundo orientações de Azevedo *et al.* (2017), que descrevem o processo de transcrição em seis etapas, entre as quais é possível citar aquela na qual o pesquisador edita o texto, incluindo correção de erros gramaticais, marcas da oralidade, diferenciação de letras maiúsculas e minúsculas. Além disso, logo após, o texto foi revisto, comparando-o com o áudio original e fazendo possíveis correções e adaptações, até finalizarmos o processo de transcrição (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Em termos de análise dos resultados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo (BARDIN, 2011), que pressupõe uma fase de organização da análise, por meio de leituras flutuantes, seguida do tratamento e interpretação dos dados obtidos. Para isso, os dados foram adicionados ao software *Atlas.ti Cloud*, que permitiu organizar e gerenciar as diferentes entrevistas (WALTER; BACH, 2015), e então categorizados, sendo resultado de um recorte (em unidades de registro e de contexto) e de classificação (que resulta na definição das categorias). Duas categorias emergiram dos dados de acordo com os objetivos definidos na pesquisa: falhas e entregas do sistema de marketing do parto e suporte à resiliência, conforme apresentado a seguir.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 FALHAS E ENTREGAS DO SISTEMA DE MARKETING DO PARTO

- **Assistência ruim versus acolhimento humanizado**

A partir das entrevistas, foram relatadas experiências ruins para as parturientes, como situações de espera, causadas pela burocracia ao tentar dar entrada no hospital, tanto no público quanto no particular, enquanto a gestante, em trabalho de parto, ficou desamparada aguardando liberação do plano ou vaga na enfermaria, ou até mesmo chegou a parir no corredor enquanto aguardava por uma vaga. As situações citadas são consideradas falhas no sistema de marketing (LAYTON, 2009; COSTA, 2015), uma vez que as instituições não se adequam e nem mesmo amparam esse tipo de paciente, em estado urgente.

Estava eu e outra menina no corredor à espera de um quarto. Eu fiquei sentindo contração e logo já tive. Do corredor fui para sala de pós-parto. E após a limpeza no pós-parto, me botaram de volta no corredor. Passei a madrugada no corredor. Acho que eu só entrei no quarto umas 8 horas da manhã, eu, meu noivo, e o bebê. E só liberaram a gente bem depois das 48 horas (B10).

Com essa fala, podemos observar a falta de estrutura, sobretudo em hospitais públicos. Além disso, foram citadas ocasiões em que a equipe médica não atendia aos chamados das gestantes e só chegavam na hora do parto “após muito chamar”. Sendo assim, houve relatos de falta de auxílio para utilização de equipamentos, quando tinham acesso, ausência de recomendações sobre melhores posições para parir, ausculta do feto, ou até mesmo ajuda psicológica, que foi negligenciada durante uma crise de ansiedade de uma das parturientes. A equipe ainda separava a parturiente do acompanhante, casos em que o marido demorava a ser liberado para subir e a gestante ficava totalmente desamparada.

A queixa de desassistência é recorrente em mulheres que pariram em hospital público, mas também aparece na fala daquelas que tiveram filhos em hospitais particulares e não receberam a atenção dos médicos plantonistas (ou da equipe) que esperavam, provavelmente pelo fato de o médico não ter sido contratado pela gestante para estar disponível. Além disso, há relatos de outros inconvenientes que aconteceram durante o trabalho de parto, como profissionais de saúde externos ao nascimento presenciarem e interromperem momentos de concentração da gestante, falta de privacidade, quando pessoas pareciam querer “assistir a um show” e equipe com conversas paralelas. Todas essas experiências se classificam como vulneráveis (BAKER; MASON, 2012; HILL; SHARMA, 2020).

Em contraposição, há o atendimento humanizado, feito de forma respeitosa, no qual não só a equipe incentiva a parturiente a não desistir, mas também a coloca como protagonista das

decisões, de modo que ela entende as explicações sobre o que está acontecendo e a equipe respeita seu plano de parto. Isso diminui situações de vulnerabilidade e aumenta as entregas que a parturiente precisa do sistema (LAYTON, 2009; COSTA, 2015).

Apesar disso, respondentes que pariram no mesmo hospital revelaram disparidade na assistência ao parto, pois, enquanto a respondente A15 vivenciou uma experiência negativa no relacionamento com as enfermeiras e com aspectos administrativos, a entrevistada A14 considerou que o seu parto se deu em um ambiente de bom acolhimento e com respeito, um mês depois da experiência de A15. Isso indica que, a depender da equipe e da possibilidade de escolha, a vulnerabilidade se instaura no contexto do consumo (BAKER *et al.*, 2005).

Assim, o contexto de troca influencia sobremaneira a vulnerabilidade, pois, independentemente do hospital escolhido, receber um bom atendimento depende da equipe que se tem acesso no dia. Todas as entrevistadas que tiveram parto domiciliar relataram que tiveram a assistência perfeita, mesmo que tenham tido partos livres de intervenções. Além disso, em nova consulta realizada a fim de questionar se tinham sofrido violência obstétrica com 25 respondentes, identificamos que duas sofreram episiotomia, que nenhuma foi submetida à manobra de Kristeller, e que apenas quatro não tiveram o momento da hora de ouro respeitado.

Diante disso, observamos que o serviço de assistência ao parto vem evoluindo no Brasil, em concordância com o que apontam Leal *et al.* (2019) sobre a redução de 20% a 50%, entre 2011 e 2017, do uso de intervenções não recomendadas, como a episiotomia e manobra de Kristeller, apesar desses números, tanto no setor público como privado, serem ainda alarmantes.

- Atuação médica medicalizada versus humanização

A atuação médica durante a gravidez é de suma importância, tendo em vista que o obstetra deve auxiliar a gestante. Contudo, pudemos observar que a formação médica deixa a desejar, posto que, como citado pelas respondentes, poucos são os médicos que realizam o parto vaginal humanizado, o que configura uma falha do sistema, visto que faltam condições para que as gestantes acessem suas necessidades (MITTELSTAEDT *et al.*, 2009), submetendo-as a um contexto de escolha restrita (BOTTE *et al.*, 2008).

Apenas onze mulheres conseguiram ter o parto com o médico que as acompanhava durante o pré-natal; das que tiveram em hospital público, nenhuma teve acesso a médico conhecido. Isso ocorreu pela realização com plantonistas ou por que as gestantes do sistema privado de saúde abandonaram o obstetra que se mostrou cesarista com a proximidade do parto, o que é comum na entrega dos serviços de saúde relativos ao parto (DOMINGUES *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2015). Diante das respostas das entrevistadas, percebemos que a perspectiva medicalizante e a urgência em realizar o parto faz com que os obstetras apelem para problemas sem comprovação científica para realizar uma cesárea de acordo com o que lhes convém, como pode ser demonstrado na fala da B12.

A obstetra disse assim: “nossa, o seu ILA está aumentado, então melhor a gente fazer sua cesárea”. Não me explicou mais nada. “E seu bebê é grande”. Pronto, só isso. Não falou mais nada, nenhuma indicação, nenhuma coisa plausível para que eu fizesse cesárea (B12).

Os relatos demonstraram que os médicos atestaram condições não fundamentadas em evidências científicas que se classificassem como suficientes para uma intervenção cirúrgica. Do grupo de profissionais, todas as entrevistadas destacaram a importância e a necessidade de mais profissionais para o fortalecimento do atendimento às parturientes, de investimentos na estrutura física e em tecnologia, capacitações e, por fim, ressaltaram a urgência da conversão do atual sistema imediatista, técnico e focado na medicalização (CONRAD, 2005) em um modelo mais humanizado e voltado para o parto natural desde os primeiros momentos da gravidez da mulher.

(...) é um sistema ainda muito voltado para a técnica, os exames de imagem, aquelas intervenções tecnológicas e pouco voltado para a prevenção, para a promoção mesmo

e isso acaba prejudicando muito a pessoa que quer parir. Na verdade, acaba prejudicando todo mundo, porque você não tem pré-natal de boa qualidade (P2). O que a gente sente falta é de profissionais que atuem de forma humanizada, profissionais capacitados. O que a gente encontra são profissionais viciados e práticas antigas, que atualmente não se deve praticar mais (P7).

As entrevistas das profissionais que vivem na prática a realidade hospitalar com essas gestantes permitem supor que a quantidade insuficiente de força de trabalho compromete a qualidade e cobertura de assistência àquelas que desejam encerrar a gravidez com parto vaginal. Esse é um processo que pode durar horas ou dias, e exige muita dedicação, conforme relatou a respondente P8, ao dizer que “uma enfermeira que tem 15 (quinze) mulheres em trabalho de parto, ela não dá conta de acompanhar 18 horas, 24 horas de um trabalho de parto”. Além disso, a estrutura e as condições para promoção do parto normal no sistema de saúde apresentam limitações desde os primeiros acompanhamentos, em consultas de pré-natal, o que acaba colaborando para a perpetuação da cirurgia cesárea devido a possíveis complicações no momento do parto e, conseqüentemente, levando a paciente à uma cesárea de urgência, conforme afirmou a entrevistada P2.

(...) ou seja, é o pré-natal que está ali bagunçando, que não diagnostica a diabetes gestacional; quando chega lá nas 37 semanas, o bebê realmente tem que ir para uma cesárea; que não diagnostica uma hipertensão e quando chega, a partir de 34 semanas, a pressão descompensa e a pessoa não consegue esperar uma indução, tem que ser uma cesárea de emergência (P2).

Dessa forma, evidenciamos que as gestantes não obtêm do mercado atendimento necessário às suas vontades (LAYTON, 2011), sendo encaminhadas para um serviço que não queriam e vivenciando um contexto de consumo vulnerável (HILL; SHARMA; 2020) em que o resultado foi insatisfação e, até, traumas (LANSKY *et al.*, 2019). Não obstante, o movimento crescente da desmedicalização do parto fez surgir obstetras humanizadas que dão forças e apoiam as gestantes.

Durante o parto, eu queria desistir, mas ela (médica) insistiu. Isso estava escrito no meu plano de parto, que eu só queria ir para uma cesárea se fosse necessária de forma médica. Então, eu considero que eu fui respeitada. Porque, no momento da dor, eu pedi para desistir, mas não desisti, não me deixaram desistir (A6).

Encontrar reforço e encorajamento na formação dos profissionais de saúde em um momento de vulnerabilidade é algo que deveria ser de fácil acesso a todas as mulheres, de modo que a formação desmedicalizante do parto parece ser algo que contribuiria para isso. Sobretudo, se considerarmos que as gestantes do sistema de saúde público realizam seus partos com médicos plantonistas, sem oportunidade de optar por algum que seja humanizado. Assim, quanto mais médicos tiverem uma formação desmedicalizante, mais provável será que as gestantes vivenciem experiências de parto vaginal com respeito, dignidade e humanização, sendo essa uma mudança em nível macro e meso/exo (WOOD, 2019) que se mostrou necessária para minimização de experiências vulneráveis das parturientes.

- Violência obstétrica *versus* intervenções respeitosas

Algumas das respondentes, nos seus relatos, apresentaram evidências de que sofreram violência obstétrica, sobretudo quando não compreendiam o que estava acontecendo no momento; houve ainda aquelas que depois se descobriram violadas e aquelas que acreditavam que foi o melhor a ser feito. Podemos considerar essa situação como uma falha no sistema, pela assimetria de informação que prejudica a parturiente (CARVALHO, 2017; MITTELSTAEDT *et al.*, 2009), submetendo-a a uma experiência vulnerável advinda da entrega do serviço (HILL; SHARMA, 2020; BAKER *et al.*, 2005).

Eu sofri episiotomia. Eu não sabia que era violência obstétrica antigamente, no parto do meu primeiro filho, e para mim estava tudo bem. Foi como se fosse uma coisa normal ter sofrido aquilo (B12).

Durante o primeiro parto da entrevistada B12, ela não tinha informações suficientes para entender que estava sofrendo um tipo de violência, e só descobriu isso a partir de informações

que recebeu quando estava grávida do segundo filho. Todavia, mesmo que as mulheres compreendam no momento do parto quais são as práticas de violência obstétrica, ainda podem ser submetidas a isso, uma vez que é o médico que está com a autoridade para executar o serviço de saúde. A entrevistada A3, no seu parto mais recente, recusou-se a sofrer episiotomia, pois conseguiu identificar que seria realizada pelo obstetra durante o parto, mas acabou sofrendo outro tipo de violência obstétrica.

Ele fez um ponto do marido escondido, que chamam. Ele fez um ponto dentro, sem ser no períneo. Por conta disso, eu tive bastante dor o ano inteiro. Eu vim parar de sentir dor quase agora, ela tem 1 ano e 7 meses. Por que eu fiz laserterapia e deu uma melhorada (A3).

Contudo, interferências médicas não devem ser totalmente descartadas, pois, em algumas situações, é importante o uso de métodos farmacológicos para indução ao parto ou analgesia, por exemplo, posto que o aumento na utilização de tecnologias para aliviar a dor do parto incentiva o parto vaginal (LEAL *et al.*, 2019). Quanto mais a gestante confia na atuação humanizada da sua obstetra e quanto mais possui conhecimento, mais ela se sente confortável em escolher ou aceitar intervenções.

- Estrutura ruim versus estrutura boa

Mesmo sendo um evento natural do corpo feminino, o processo de parturição pode ser demorado, incômodo e cansativo, de modo que as parturientes necessitam de uma estrutura adequada para vivenciar o trabalho de parto. Todavia, diversos foram os relatos de que a estrutura do hospital ou maternidade não estava de acordo com o esperado para encaminhar um parto vaginal, haja vista que o parto cirúrgico ainda é o mais praticado. Falta de ventilação, superlotação, espera no corredor, falta de água quente, sujeira no banheiro, chuveiro quebrado e partos em bloco cirúrgico sem a menor estrutura para o parto normal foram falhas mencionadas pelas respondentes, tanto em hospitais públicos quanto privados.

Em contrapartida, houve respondentes que tiveram a experiência de parto dentro do quarto de um hospital privado (HNSN), com todo o aparato médico trazido para o apartamento à medida que a paciente necessitava de algo. O relato de satisfação dessas mães foi bem além do que das outras. Já na Promater, também particular, como a paciente não havia alugado a sala de parto e pariu no quarto, não teve o aparato médico necessário cedido para sua utilização, nem mesmo uma banqueta ou bola, e também não havia espaço para se locomover com os itens que levava para o trabalho de parto.

Mesmo quando as instituições apresentavam uma estrutura mínima, as parturientes se depararam com a falta de recursos suficientes para atender às suas necessidades durante, sobretudo, o trabalho de parto nas fases latente e ativa, que pode demorar bastante tempo e para as quais são executadas atividades que visam ao conforto da gestante e auxílio à parturição e que precisam de espaço. Essa situação insatisfatória ganha ainda mais destaque em hospitais da rede pública, o que pode ser constatado com o discurso de uma das respondentes.

A sala de pré-parto é muito precária, não tem nenhum lugar para você se preparar para ter o bebê. A enfermaria do Cândida Vargas é escura, as paredes mal pintadas, você vê ferrugem por tudo que é canto. O banheiro “argh”, meu Deus, tinha hora que a mulher demorava para fazer a limpeza. Aí, quando você ia tomar banho, tinha lá resto de parto de outra ‘buchuda’. A porta quebrada, vendo a hora os maridos das outras mulheres veem a gente tomando banho (A8).

Independentemente do local, sendo público ou privado, observamos que as mulheres se depararam com recursos estruturais escassos, o que fomenta possíveis experiências de vulnerabilidade, já que elas não ter como controlá-los (HILL; SHARMA, 2020), ao mesmo tempo em que isso se configura como uma falha no sistema de marketing (LAYTON, 2009; 2011). Contrariamente, algumas entrevistadas consideraram que a estrutura recebida estava coerente com suas necessidades para que parissem seus filhos. No entanto, conforme podemos observar no discurso da entrevistada A3, a percepção do atendimento da estrutura está mais relacionada a questões gerais, e não aos recursos para o parto propriamente dito.

No geral eu fui muito bem tratada no Edson Ramalho. (...) eu fiquei em um quarto que tinha ar condicionado, tinha chuveiro quente e a alimentação era ótima. Não tenho nada que reclamar da hotelaria, né, dessa parte de estrutura. Eu fiquei num lugar muito bom, parecia particular, e não tinha muita gente, era eu e mais duas. Não tinha aquelas salas enormes com um monte de gente, sabe. No outro dia, uma recebeu alta, ficou só eu e outra; a maca ficou lá vazia (A3).

Além disso, fica implícito, em suas falas, a diferente percepção em relação ao ambiente hospitalar, pois, para aquelas que tiveram filhos em maternidades públicas, a mínima estrutura para o parto vaginal já era válida, ao passo que para parturientes do serviço privado era necessário um conforto maior, que nem sempre as maternidades, mesmo particulares, ofertavam. Desse modo, vemos que a falta de estrutura na entrega do serviço aumenta as experiências de vulnerabilidade (HILL; SHARMA, 2020) e dificulta que comportamentos resilientes possam ser acionados pelas parturientes, sendo necessária uma mudança estrutural em nível macro (WOOD, 2019; HUFF *et al.*, 2017).

Não obstante, as mulheres que tiveram parto domiciliar fizeram apenas comentários positivos, visto que se sentiram, literalmente, no conforto de suas casas. A estrutura montada ficou por conta da equipe contratada, que, apesar de utilizar materiais simples, dispunha de todos os recursos que foram necessários para o parto vaginal, apesar de não poder realizar alguns procedimentos médicos somente permitidos em hospital, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, elaborada pelo Ministério da Saúde. Sobre o parto domiciliar, alguns grupos profissionais são formados por enfermeiras obstétricas, que utilizam aparato médico, como oxigênio, ocitocina, analgesia, que podem ainda ser vistos como medicamentosos. Ao mesmo tempo, há grupos de parteiras tradicionais, que praticamente não montam estrutura, nem modificam a disposição do lar da família, apenas utilizam produtos naturais, mesmo para indução do parto ou para realização de manobras.

Diante de todo o exposto, compreendemos que a estrutura das instituições, tanto públicas quanto privadas, tem muito a melhorar no contexto da nossa pesquisa. Inclusive, quando comparadas com a estrutura de outras regiões, segundo Bittencourt *et al.* (2014), as maternidades da região Sul e Sudeste do país são melhores estruturadas e contam com menos problemas em relação a recursos medicamentosos e de equipamentos em geral.

- Boa assistência é cara?

Segundo Nunes (2014), há uma desigualdade socioeconômica em relação à qualidade e ao acesso de serviços de saúde, principalmente quando se trata de pessoas mais pobres e menos escolarizadas. Especificamente em relação ao parto, existem políticas do Ministério da Saúde de incentivo ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), porém, na prática, não garantem a humanização e que não haja violência. De fato, quando questionadas sobre políticas públicas relativas ao parto vaginal, foi possível observar que a atuação profissional na atenção obstétrica, para as respondentes da área da saúde, está distante de atender de forma fidedigna ao que regem as políticas públicas em sua essência, tendo em vista as várias lacunas existentes.

Em contrapartida, quando se paga explicitamente pelo serviço, esse tende a ser superior. Isso foi demonstrado por meio das falas das respondentes consumidoras, pelo meio das quais constatamos que os hospitais particulares são bem superiores, em questão de equipamentos e assistência, do que hospitais públicos.

Para garantir um parto alinhado às suas expectativas, muitas delas, principalmente devido a experiências anteriores de uma cesárea indesejada, acabaram optando por pagar a disponibilidade da ginecologista obstetra, ou seja, destinaram um valor considerável para que a médica parasse suas atividades para assistir apenas à sua paciente em trabalho de parto. Esse serviço tem um custo que é acessível a poucas mulheres; apenas cinco das quinze gestantes que tiveram o parto em hospital particular contrataram essa disponibilidade, de modo que a maioria teve que lidar com a sorte. A entrevistada B8 pensou em desistir do parto vaginal, com medo

de sofrer violência obstétrica, ao saber que sua médica não faria o parto pelo plano de saúde, mas que sua disponibilidade custaria R\$4.000,00.

Dentre nossas entrevistadas, quatro contrataram o parto domiciliar, pagando R\$5.200,00 reais. Mas, o grupo de parto domiciliar Respeitare possui um projeto social, que atende uma ou duas mulheres que não têm condições financeiras e que pagam um valor social. A desigualdade afeta todas as instâncias da assistência, atingindo também a contratação das doulas, que não é um serviço ofertado no setor público: “Eu até procurei saber valor, essas coisas, aí eu desisti. Eu desisti por conta da condição financeira mesmo” (B1). Essa profissional foi apontada como de suma importância para as entrevistadas, principalmente em partos mais demorados.

5.2 SUPORTE À RESILIÊNCIA

- Apoio ao parto vaginal

O apoio da família em relação à via de parto escolhida foi identificado como um dos suportes mais recorrentes nas mulheres que conseguiram passar pelo parto vaginal. O incentivo de pessoas próximas é o que mais as influenciou, e o desencorajamento de terceiros pouco as abalou. Houve relatos de que o marido não apenas atuou como um intermediário entre a parturiente e a equipe médica, tomando ciência da evolução do parto e das possibilidades de mudança de planos para uma cesárea (se houvesse necessidade), mas também como suporte efetivo durante o pré-natal e, principalmente, no atendimento ao desejo da grávida durante o trabalho de parto, assim que um médico insinuou fazer episiotomia: “Meu marido disse ‘doutor ninguém vai cortar ninguém aqui. A gente estudou e a gente não quer’. Se não, acho que ele tinha me cortado mesmo eu dizendo que não queria” (A3), desrespeitando sua autonomia e a submetendo à violência obstétrica (LANSKY *et al.*, 2019).

Portanto, evidenciamos a importância do apoio do núcleo família para construção de comportamentos resilientes. Todavia, é preciso que haja outros pilares para o suporte à resiliência, principalmente para aquelas que, por algum motivo, até mesmo devido ao pensamento institucional medicalizado, não têm esse amparo em casa. O apoio familiar no momento de trabalho de parto, evento gatilho em que as mulheres podem não compreender mais suas preferências, é fundamental para que elas superem experiências de vulnerabilidade (BAKER; MASON, 2012).

Outra figura apontada como de suma importância para realização do parto vaginal foi a doula. No Brasil, ainda está em tramitação o projeto de lei 8363/2017, que visa a regulamentar a profissão. Sua função é instruir e cuidar da parturiente durante o trabalho de parto, utilizando-se da medicina tradicional (ausculta), como também da medicina alternativa e complementar (acupuntura/massagens/musicoterapia) e, principalmente, ser apoio psicológico, proferindo frases de motivação (SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER, 2018).

A presença da doula já é incentivada pela OMS, apesar de haver limitações de entrada e realização de alguns procedimentos por ela dentro de algumas Instituições. Todas as entrevistadas que tiveram assistência de doulas narraram sobre sua relevância antes do parto, levando informações, ajudando na escolha da via e local do parto, e na assistência durante o trabalho de parto. Segundo entrevistada A12, a presença da doula no seu trabalho de parto “teve total importância. Não teria conseguido sem ela, digo e repito todas as horas”.

As mulheres relataram que a profissional lhes trouxe mais segurança e paz, em razão de sua larga experiência com parto vaginal. Vale salientar que, conscientes desse seu papel, todas as entrevistadas profissionais que são doulas são engajadas na disseminação de informação em redes sociais que promova conhecimento e desconstrução de mitos sobre o parto vaginal, em uma perspectiva de atuação no nível meso/exo em prol de mudança social (WOOD, 2019; HUFF *et al.*, 2017).

- A importância das profissionais no *Instagram*!

As redes sociais trouxeram uma nova forma de interação em todos os níveis, de modo que o compartilhamento de informações a respeito da parturição nas redes sociais é outro fator que promove a resiliência. Além de experiências e relatos de partos assistidos, profissionais de saúde também se utilizam desse espaço como forma de divulgação do seu trabalho. Por meio do *Instagram*, obstetras humanizadas mostram sua rotina, respondem perguntas enviadas por seguidoras e fazem postagens com informações em relação aos métodos e procedimentos que utilizam. A importância dessa categoria e da interação das obstetras com as gestantes é reforçada a partir da fala da A4:

Eu fiquei muito chateada e não queria ter outro filho por conta do parto anterior (cesárea). Mas eu conheci a Dr^a X, o trabalho dela pela internet. Ela defende muito o parto normal. E não ela só defende na internet, mas ela mostra os casos clínicos. Então isso me deu segurança para “não, essa mulher aqui vai fazer de tudo para ter meu parto normal” (A4).

As entrevistadas que seguem esses perfis no *Instagram* se referem sempre às mesmas *obstetras influencers*, o que só reforça o número baixo de obstetras que divulgam informações a respeito do parto realmente natural e humanizado. A escolha da médica se dá também por meio do *Instagram*. Quatro entrevistadas mencionaram acompanhar a rede social como um dos motivos da escolha da médica, que se deu com base também na conexão com a profissional e na avaliação de outras mães. Portanto, compreendemos que, a partir dessa difusão do conhecimento, as ginecologistas obstetras se tornam agentes ofertantes capazes de atender a uma demanda fora do *mainstream* do sistema de marketing do parto, além de promoverem o equilíbrio nas relações de troca, oferecendo suporte à resiliência no nível meso do sistema (WOOD, 2019; BAKER; MASON, 2012).

Do ponto de vista das profissionais, é possível identificar que as entrevistadas conseguem fazer uma leitura do impacto de suas atuações e de que forma esse trabalho repercute no sistema de marketing do parto e na sociedade como um todo:

(...) tem essa repercussão também [seu trabalho nas redes sociais], que outras pessoas comecem a olhar para o parto normal de forma diferente e que isso gere uma cobrança, né... (P1).

Eu acho que estou contribuindo para que as mulheres voltem a se informar, voltem a se conectar com o passado, com a fisiologia, com a biologia, com a nossa essência feminina e o parto é um evento 100% feminino, a gente acabou esquecendo disso e (...) acho que de alguma maneira eu estou contribuindo para que isso mude, para que essa taxa caia (P3).

Eu avalio como um grande marco no sentido de poder contribuir com mulheres, que elas possam estar utilizando o seu corpo como protagonista para ir contra todo sistema porque hoje parir é um ato político, né... porque nós estamos contra o sistema, então, hoje o apoio que a gente dá é que essa mulher tenha consciência do corpo, do desejo e que ela possa colocar tudo isso em prática (...) O que a gente deseja é que ela saiba que cesárea não é parto e que são coisas diferentes, que faça as escolhas dela (...) (P4).

Com efeito, Carvalho (2017) argumenta que a atuação de pessoas e grupos da sociedade civil pode ser capaz de ajudar na promoção de melhor equilíbrio na relação entre consumidor e outros atores de um sistema de marketing. Com isso, comportamentos resilientes vão se instaurando, e a própria sociedade pode passar a entender o parto fora de uma cultura biomédica e medicalizante, resgatando práticas ancestrais, o que é essencial para uma mudança social mais ampla. A atuação profissional dessas entrevistadas é pautada por uma ideologia política, de que “só se muda o sistema parindo” (P3), o que corrobora com a premissa de que os sistemas de marketing se influenciam mutuamente no que diz respeito a mudanças estruturais e de oferta e demanda (LAYTON, 2011). Identificamos, também, de acordo com os relatos, que as profissionais visualizam a sua atuação como algo valoroso, movida por um propósito maior e que faz diferença na vida das pessoas.

Eu me sinto uma missionária, na verdade, é como se fosse meu dom, que eu consegui descobrir em mim, nessa vida, esse partejar vai muito além de fazer números, de ser aquele trabalho matemático, sabe, é uma coisa que eu vou sentindo (...) Não é uma coisa que a gente só fica ali fazendo um trabalho mecanizado, é um cuidado bem individual, a gente entra na casa das famílias, a gente fica íntimo delas, da casa delas, é um trabalho que aprofunda, e é muito delicado, e a transformação também, né...eu ouço muito relatos incríveis (...) (P7).

Importante salientar que quase todas as profissionais foram motivadas a atuar como disseminadoras de conhecimento e questionadoras do sistema a partir de uma experiência pessoal, de modo que compartilham um ideal pessoal por terem conseguido, ou não, parir. Isso condiz com a motivação para que agentes da sociedade civil se mobilizem em torno de alguma temática social problemática, como é o caso do parto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi identificar experiências de consumidoras e profissionais do sistema de marketing do parto acerca das características do seu funcionamento, identificando evidências de consumo vulnerável do parto vaginal. Adicionalmente, buscamos compreender como podem ser construídos comportamentos resilientes em níveis micro e meso/exo no sistema de marketing do parto, que possam fomentar mudanças estruturais e sociais.

Com base nos achados, pudemos compreender que o sistema carece de modificações em nível macro e meso capazes de suportar a escolha das mulheres que decidem pelo parto vaginal, na oferta de uma estrutura física de fato adequada, de profissionais capacitados e de um acesso mais justo. Mulheres com maior condição de acesso a serviços pagos se mostraram mais preparadas e resilientes para o consumo do parto vaginal, o que se configura como uma falha do sistema, posto que o acesso a uma assistência adequada e justa (LAYTON, 2009) é restrita (MITTELSTAEDT *et al.*, 2009; BOTTI *et al.*, 2008). Aspectos negativos de partos no setor privado, como a presença de médicos cesaristas, bem como a predominância do pensamento medicalizante, mesmo nas mulheres que vivenciaram o parto vaginal, pelo entendimento de que sua assistência deve ocorrer em ambiente hospitalar, demonstram a necessidade sistêmica de mudança (WOOD, 2019; HUFF *et al.*, 2017).

Isso sinaliza para que as ações de suporte à resiliência no que diz respeito à medicalização do parto sejam fomentadas em nível micro, junto às mulheres consumidoras. Para tanto, o suporte da família, em especial do marido e da doula, e o conhecimento técnico que minimiza a assimetria de informação se mostraram primordiais. Sobre isso, as profissionais de saúde entendem que sua atuação surte efeito de alguma forma no sistema, promovendo para as mulheres, enquanto grávidas, bem-estar, conhecimento, empoderamento e consciência sobre suas decisões e desejos, promovendo mudança nos níveis micro e meso/exo (WOOD, 2019), e minimizando experiências vulneráveis nas relações de troca relativas ao parto. Tais mudanças são capazes de pressionar o sistema em nível macro.

Em termos de contribuição, esse trabalho inova ao pesquisar a vulnerabilidade e resiliência do consumidor no sistema de marketing de parto, apresentando evidências que se configuram também como contribuições práticas, na medida em que destacam aspectos que devem ser melhorados no sistema e como ocorre a construção de comportamentos resilientes de modo mais sistêmico. Como limitação, apontamos o estudo do sistema de marketing local, posto que as entrevistas ocorrem, em sua maioria, no Estado da Paraíba. Sugerimos a ampliação desse campo para estudos futuros.

7. REFERÊNCIAS

AZEVEDO, V. et al. Interview transcription: conceptual issues, practical guidelines, and challenges. *Revista de Enfermagem Referência*, v. IV Série, n. No14, p. 159–168, 2017.
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.

BARBOZA, S. I. S. Equilibrium of Marketing Systems Concept and Reflection on Animal Based Industries. **Food Ethics**, v. 5, n. 1, p. 1-13, 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. Revista e Ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011, p. 123-198.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S208-S219, 2014.

BOTTI, S. *et al.* Choice under restrictions. **Marketing Letters**, v. 19, n. 3, p. 183-199, 2008.

BRISCOE, L.; LAVENDER, T.; MCGOWAN, L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 10, p. 2330-2345, 2016.

CARVALHO, D.L.T. *et al.* Precisamos falar sobre consumos vulneráveis na escolha do parto e no processo de parturição. **XXII SEMEAD**, São Paulo, 2019.

CARVALHO, D.L.T. **Sistema de marketing de saúde no Brasil: impactos dos fenômenos de medicalização e farmacêuticalização e alternativa de equilíbrio**. Tese de doutorado em Administração, UFPB. João Pessoa-PB. P. 182, 2017.

CHONG Y. S., KWEK K. Y. Safer childbirth: avoiding medical interventions for nonmedical reasons. **Lancet**, v. 375, p. 440442, 2010.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, n. 1, p. 209-232, 1992.

CONRAD, P. The shifting engines of medicalization. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, n. 1, p. 3-14, 2005.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, B. R. L. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v. 7, n. 1, 2018.

COSTA, F. J. **Marketing e Sociedade**. João Pessoa: Editora UFPB, 2015.

CRUZ, A. W.; PRATES, C. S.; FIGUEIREDO, M. R. B. O protagonismo da mulher no parto. In: **XXI Salão de Iniciação Científica e Tecnológica**. Canoas, Rio Grande do Sul, 2015.

DARSAREH, F. *et al.* Butterfly Campaign: A social marketing campaign to promote normal childbirth among first-time pregnant women. **Women and Birth**, v. 32, n. 2, p. e166-e172, 2019.

DECLERCQ, E. Childbirth in Brazil: challenging an interventionist paradigm. **Birth**, v. 42, n. 1, p. 1-4, 2015.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685, 2002.

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.

FERRARI, A. P. *et al.* Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 879-888, 2020.

GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. Penso Editora, 2016.

HILL, R. P.; SHARMA, E. Consumer vulnerability. **Journal of Consumer Psychology**, v. 30, n. 3, p. 551-570, 2020.

- HUFF, A. D. *et al.* Addressing the wicked problem of American gun violence: consumer interest groups as macro-social marketers. **Journal of Macromarketing**, v. 37, n. 4, p. 393-408, 2017.
- KAPPAUN, A.; COSTA, M. M. A Institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.
- LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.
- LAYTON, R. A. On economic growth, marketing systems, and the quality of life. **Journal of Macromarketing**, v. 29, n. 4, p. 349-362, 2009.
- LAYTON, R. A. Towards a theory of marketing systems. **European Journal of Marketing**, 2011.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S5-S5, 2014.
- MERRIAM, S. B. **Qualitative research: a guide to design and interpretation**. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- 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.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 651-657, 2005.
- NASCIMENTO, R. R. P. *et al.* Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 36, n. SPE, p. 119-126, 2015.
- NUNES, B. P. *et al.* Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 968-976, 2014.
- 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.
- PEREIRA, R. M. *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3517-3524, 2018.
- RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.
- RINGOLD, D. J. Vulnerability in the Marketplace: Concepts, caveats, and possible solutions. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 202-214, 2005.
- SILVA, A. B. *et al.* **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Editora Saraiva, 2017.
- SILVA, L. C. C.; CORRÊA-CUNHA, E. F.; KAPPLER, S. R. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. **Psicologia Revista**, v. 27, n. 2, p. 357-376, 2018.
- THE VOICE GROUP. Motherhood, marketization, and consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 30, n. 4, p. 384-397, 2010.
- WALTER, S. A; BACH, T. M. Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: Inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas. TI. **Administração: ensino e pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 275-308, 2015.
- WARMLING, C. M. *et al.* Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 1-11, 2018.
- WILLIAMS, S. J.; MARTIN, P.; GABE, J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. **Sociology of health & illness**, v. 33, n. 5, p. 710-725, 2011.
- WOOD, M. Resilience research and social marketing: the route to sustainable behaviour change. **Journal of Social Marketing**, 2019.
- ZOLA, I. K. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972.