

MEIO GROGUE E COM AS MÃOS AMARRADAS: O PRIMEIRO CONTATO COM O RECÉM-NASCIDO SEGUNDO MULHERES QUE PASSARAM POR UMA CESÁREA INDESEJADA

GROGGY AND WITH TIED HANDS: THE FIRST CONTACT WITH THE NEWBORN ACCORDING TO WOMEN THAT HAD AN UNWANTED C-SECTION

Heloisa de Oliveira Salgado¹, Denise Yoshie Niy¹, Carmen Simone Grilo Diniz¹

Resumo

Objetivo: descrever e analisar a experiência e os sentimentos de mulheres que relatam ter vivido uma cesárea indesejada no primeiro contato com seus filhos recém-nascidos. **Método:** pesquisa baseada na internet, com convite para participação publicado em outubro de 2011 via redes sociais. As mulheres que responderam foram entrevistadas a respeito de sua experiência de cesárea, de sentimentos associados à experiência de parto e nascimento e ao período pós-parto. A pesquisa foi orientada pela perspectiva das relações sociais de gênero. **Resultados:** vinte mulheres foram entrevistadas. A idade delas variou entre 17 e 41 anos. Metade delas residia em São Paulo. Todas, exceto uma, tinham 12 anos ou mais de estudo e eram casadas ou moravam com o companheiro. Apenas duas permaneceram com o filho logo após o nascimento. Para as demais, o tempo de separação variou de menos de uma hora (três mulheres) a mais de quatro horas (seis mulheres). A maioria não pôde contar com um acompanhante de sua escolha no pós-parto imediato, embora no Brasil esse direito seja garantido por lei. A maioria relata ter sofrido algum tipo de violência. Muitas lamentaram estar sob efeito de medicação para sedação no primeiro contato com o recém-nascido. Três grupos foram identificados: mulheres com sentimentos de plenitude, mulheres com sentimentos ambíguos e mulheres sem emoções positivas acerca de seu filho. **Conclusões:** mulheres que referem suas cesáreas como indesejadas tiveram suas frustrações com as experiências do parto amplificadas pelas condições do primeiro contato com seu recém-nascido, condições estas prejudicadas pelas rotinas de assistência nos pós-parto imediato.

Palavras-chave: cesárea, relações mãe-filho, gênero e saúde, violência contra a mulher, rede social.

Abstract

Objective: to describe and analyze the experience and feelings of mothers who had an unwanted C-section, with regard to the first contact with their newborn. **Methods:** this is a qualitative web-based research, whose call for participants was published in October 2011 on a social network of mothers website. The women were interviewed in regard to their experience with C-section, referred to as an unwanted outcome, invited to make narratives about the feelings associated with the experience of labor and childbirth and to the postpartum period. The analysis was conducted within a gender perspective. **Results:** the 20 women interviewed age ranged from 17 to 41 years, 19 women had studied for 12 or more years and were married or lived with a partner. Only two women remained with their newborns right after birth. The other ones were kept apart from their babies for periods that ranged between one hour (three women) and more than four hours (six women). Most women could not have a partner/companion during the immediate postpartum period, although in Brazil this is a right guaranteed by law. The majority had also suffered some kind of violence and many also regretted being under the influence of medication for sedation during their first contact with the newborn. Regarding this first contact, three groups were identified: women with feelings of fulfillment, those with ambiguous feelings, and those without any positive feelings about the first contact with their newborn. **Conclusion:** women referring to their C-section as an unwanted outcome had their frustration towards the birth experience amplified by the conditions of the first contact with their newborn. These conditions were negatively influenced by the immediate postpartum assistance routines.

Key words: cesarean section; mother-child relations; gender and health; violence against women; social networking.

¹ Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Corresponding author: hellosalgado@gmail.com

Suggested citation: Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section; Journal of Human Growth and Development 2013; 23(2): 190-197
Manuscript submitted Sep 18 2012, accepted for publication Mar 29 2013.

INTRODUÇÃO

O número de mulheres que se declaram insatisfeitas com a experiência de nascimento de seus filhos vem crescendo há alguns anos, em todo o mundo¹. A maioria dessas mulheres desejava um parto normal e acabou passando ou por uma cesárea ou por um parto repleto de intervenções, o que torna a experiência de nascimento mais dolorosa e, conseqüentemente, com maior chance de ser avaliada como insatisfatória^{2,3}.

No Brasil, na última década, o mesmo tem acontecido. Uma parte importante dessas mulheres insatisfeitas com a experiência de nascimento de seus filhos tem configurado um movimento, que vem ganhando força graças à Internet. Em *blogs*, comunidades, listas de discussão eletrônicas e redes sociais, entre outros ambientes virtuais, usuárias do sistema de saúde encontram documentos oficiais e informações baseadas em evidências científicas que divulgam as melhores práticas para assistência à gestação, ao parto e ao nascimento^{4,5}. O acesso à informação científica amplifica o sentimento de insatisfação das mulheres, uma vez que permite constatar que profissionais e instituições não incorporam as mudanças necessárias aos modelos de assistência, pois continuam acreditando na segurança e efetividade de procedimentos contraindicados ou potencialmente danosos^{4,5}.

Um dos temas recorrentes entre as mulheres diz respeito à insatisfação com a cesárea, mais precisamente, quando a cesárea indesejada é associada, na perspectiva destas mulheres, à ocorrência de violência obstétrica⁶ durante a assistência à gestação e ao parto.

O conceito de cesárea indesejada resulta de um processo que envolve as circunstâncias históricas e sociais vividas pela mulher, a sua rede de relações (tanto virtuais quanto presenciais) e, especialmente, a relação da mulher com a equipe de saúde, as experiências de cuidado recebidas, o sentimento de ter sido respeitada durante toda a assistência, o contato inicial com o seu recém-nascido e a experiência de pós-parto⁶. Isso significa que referir sua cesárea como indesejada não está relacionado somente com a frustração pela não ocorrência de um parto normal, mas com todo o contexto da assistência, que envolve a experiência de contato inicial com o recém-nascido e de relação com a equipe.

A presente pesquisa tomou como referência a literatura atual que refere que, no Brasil, de 70% a 80% das mulheres, nos setores privado e público, no início da gravidez, preferem o parto vaginal^{7,8}, apesar de 52,27% das mulheres terem passado por cesárea em 2011⁹, sendo que no sistema privado essa proporção foi de 82% em 2010¹⁰.

Estudos sobre segurança no parto indicam que mulheres saudáveis que passaram por cesárea, quando comparadas com aquelas que tiveram parto vaginal, apresentaram mais complicações no pós-parto^{11,12}, menor contato com seus recém-nascidos¹²

e maior dificuldade com amamentação¹¹⁻¹⁵. Nesse sentido, no Brasil, boa parte das mulheres não apenas não tem o parto que desejou inicialmente, como possivelmente enfrenta dificuldades físicas adicionais por ter sofrido uma cesárea, fatores que somados podem contribuir para uma avaliação ainda mais negativa da experiência do parto.

A este quadro se soma uma cultura excessivamente tolerante com desrespeitos e abusos na assistência materna, tema de crescente interesse no caso brasileiro. A violência obstétrica é um termo que vem sendo cunhado, pelo movimento de mulheres, como uma variação do termo "violência na assistência ao parto", já descrito na literatura, e que engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto. Pesquisadoras brasileiras revisaram a literatura internacional a respeito da violência na assistência à saúde da mulher¹⁶ e identificaram e descreveram quatro categorias: negligência, violência física, violência verbal e violência sexual. No entanto, na discussão sobre violência obstétrica, há necessidade de incluir uma quinta categoria, que pode ou não derivar das anteriores, uma vez que gera um registro emocional muito intenso nas mulheres que a sofrem: a violência psicológica⁶.

Há várias décadas, diferentes autores vêm pesquisando a formação do vínculo mãe-recém-nascido, da gestação aos primeiros anos de vida, como forma de compreender como se estabelecem as relações primordiais e de que modo elas estão ligadas com o desenvolvimento social, emocional, físico e cognitivo de recém-nascidos e crianças e com os modelos de relações que estabelecerão ao longo da vida^{17,18}. "A atitude emocional da mãe orienta o recém-nascido, conferindo qualidade de vida à sua experiência e servindo como organizador da sua vida psíquica, por possibilitar identificações que poderão influenciar seu desenvolvimento *a posteriori*"¹⁸.

Na formação do vínculo mãe-recém-nascido, o parto é um dos momentos fundamentais, já que "concretiza" a maternidade construída ao longo dos meses que antecederam o parto, além de ser efetivamente o primeiro contato da mãe com seu recém-nascido, bem como o momento de reorganização emocional das expectativas e fantasias sobre o filho que estava sendo gerado e de se assumir como mãe.

Além disso, o contato precoce mãe-recém-nascido também determina desfechos relevantes para os processos fisiológicos que serão estabelecidos a seguir: a dequitação da placenta, a diminuição do sangramento (loquiação), a estimulação da produção de leite e o estabelecimento da amamentação¹⁹.

Atualmente, novas perspectivas sobre a qualidade da assistência ao parto levam em conta que a experiência de "um bom parto" para mulheres e recém-nascidos inclui indicadores de bem-estar e de integridade física e emocional, assim como es-

colhas informadas efetivadas pela mulher e o respeito aos direitos da mulher e do recém-nascido²⁰, incluindo o de estar livre de abuso ou violência durante o cuidado.

Pouco se sabe sobre a experiência das mulheres no primeiro contato com o recém-nascido no Brasil, uma vez que há muitas décadas a permanência do recém-nascido no berçário e seu afastamento da mãe por longos períodos constituíam parte da rotina de atendimento para todas. Apenas recentemente, com as novas perspectivas sobre a importância do contato precoce na promoção da saúde física e mental de mães e recém-nascidos, o tema tem despertado grande interesse. O presente estudo descreve e analisa o primeiro contato mãe-recém-nascido de mulheres de classe média urbana que consideram terem vivido uma cesárea indesejada, os sentimentos associados a este primeiro contato, e como estas avaliam a influência deste contato na sua experiência de maternidade.

MÉTODO

O presente trabalho deriva da pesquisa de mestrado "A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento"⁶, que foi desenvolvida a partir do projeto "Riscos e benefícios da assistência ao parto: perspectivas de usuárias/os e profissionais".

Esta pesquisa teve abordagem qualitativa e foi orientada pela perspectiva das relações sociais de gênero. Por gênero, entende-se o sexo socialmente construído, ou seja, a forma como as noções de feminino e masculino se constroem e desconstróem nas relações sociais em geral²¹, e no caso em foco, nas interações de assistência à saúde materna. Os pressupostos de gênero que modulam a assistência à saúde materna incluem a crença do corpo feminino falho e necessitado, de rotina, de tutela e correção, o que leva à superestimação dos benefícios da tecnologia e à subestimação ou mesmo invisibilidade dos efeitos adversos das intervenções²². Um destes aspectos subestimados, ou mesmo invisíveis, é o da cesárea indesejada, e seu impacto sobre o bem-estar de mulheres e crianças.

Espera-se que se mãe e recém-nascido sobreviveram ao parto sem danos importantes à saúde, as mulheres deveriam sentir-se satisfeitas e gratas, não importando quão penosa tenha sido a experiência, pois o "processo" do parto (a experiência emocional) seria irrelevante diante do "resultado" do parto (sobrevivência da mãe e recém-nascido). A norma da aceitação da cesárea como uma experiência necessariamente positiva, inclusive para mulheres que buscaram ativamente evitá-la, costuma impor um silêncio, pela "vergonha" do sentimento inadequado, e um sofrimento solitário para as mulheres que ficaram frustradas com a experiência do nascimento do seu filho.

No entanto, a conectividade pela internet permitiu, nos últimos anos, o compartilhamento de narrativas e a criação de comunidades de mulheres que, ao dividirem suas experiências e seu sentimento de injustiça, organizam-se para a ação conjunta, criando narrativas dissidentes^{4,5}. Estas narrativas dissidentes afirmam um "desejo de parir", impensável na cultura assistencial, e desta forma se constitui como uma "instabilização conceitual" de gênero, uma vez que o parto na cultura brasileira é interpretado como uma indignidade a ser prevenida. As propostas derivadas destes movimentos, de um cuidado mais orientado a um parto fisiológico e centrado na mulher, e mais baseado em evidências científicas, enfrentam fortes conflitos de interesse e resistências à mudança²³.

Além do referencial de gênero, utilizou-se a noção de parto e maternidade proposta por Gutman²⁴, que entende que "São poucas as mulheres que conseguem se ver refletidas no parto que acabam de atravessar. Os partos não são bons nem ruins, mas a vivência de cada mãe é fundamental para a compreensão posterior de suas dificuldades no início do vínculo com o seu filho". A autora também faz uma crítica atualizada a respeito das rotinas e dos serviços, que estão muito pouco atentos ao "preço emocional" que essas mulheres estão "pagando" pela experiência de parto pela qual vêm passando. Esta pesquisa pretende olhar para este preço emocional.

Por meio de um roteiro flexível de questões, foram entrevistadas mulheres a respeito de sua experiência de cesárea considerada indesejada, tal como definida pelas próprias mulheres e do respectivo período pós-parto. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo n. 0110.0.207.000-11).

Na observação inicial do fenômeno investigado, constatou-se que um número crescente de mulheres compartilha em mídias sociais seus sentimentos com relação à maternidade. Por esses meios de comunicação, as mulheres expressam seus medos com relação ao parto, suas insatisfações quanto à forma de nascimento e suas dificuldades nos cuidados consigo, com o recém-nascido, com a amamentação, com o retorno ao trabalho e à vida sexual, entre outros assuntos relacionados à maternidade.

O convite para participação da pesquisa foi publicado em outubro de 2011 via Facebook no mural da pesquisadora e compartilhado em diversos murais de amigos e de amigos de amigos⁵, e solicitava que mulheres que considerassem ter tido uma cesárea indesejada ("cesárea indesejada auto referida") entrassem em contato com a pesquisadora via e-mail. No total, 36 mulheres entraram em contato se disponibilizando a participar da pesquisa e todas receberam o roteiro de questões elaborado pela pesquisadora via e-mail, sendo que 22 delas enviaram o roteiro de questões preenchido. Duas entrevistas não foram utilizadas para análise, pois as respondentes não deram sequência ao contato feito pela pesquisadora.

Para coletar os dados, um instrumento em Word composto por um roteiro de questões foi utilizado para buscar informações variadas das entrevistadas: o histórico familiar de partos e nascimentos; informações prévias à gestação; informações sobre desejos e escolhas durante a gravidez; histórico do pré-natal, do parto, do pós-parto e da amamentação; negociação com os profissionais de saúde; redes de apoio e, principalmente, relato dos sentimentos nas diversas etapas da gestação, parto e pós-parto.

Esse instrumento foi testado em dois momentos diferentes, caracterizando dois instrumentos-piloto. Um primeiro piloto, inspirado no conceito de auto etnografia como recurso metodológico²⁵, foi feito com a pesquisadora principal, que considera ter vivido uma cesárea indesejada, e cujas respostas já apontaram importantes adaptações no roteiro, e outro composto por oito entrevistadas. As mulheres entrevistadas no segundo grupo-piloto foram convidadas a comentar a respeito do instrumento, de forma a colaborar com a elaboração do seu formato final. Com base nas respostas e nos comentários sobre o instrumento tecidos pelas mulheres, o roteiro foi revisto. Após a finalização dessa versão, o roteiro foi enviado para todas as mulheres e, para aquelas que compuseram o grupo-piloto, foram feitas perguntas adicionais a fim de complementar os dados e todos os roteiros preenchidos fossem analisados.

Nesta pesquisa, não se pretendeu garantir qualquer representatividade populacional da amostra, pois esta foi intencionalmente selecionada não apenas por seu alto capital social (refletido no uso intensivo de mídias sociais), quanto por aquilo que estamos chamando de "desejo de narrar": o desejo de contar e dar sentido a sua experiência, o que pode ser considerado generalizável apenas a este segmento de mulheres, aparentemente crescente.

Foi realizada a análise temática do material empírico²⁶ com base na discussão de gênero e saúde materna proposta por Diniz²². O exame dos modelos de assistência ao parto típico, tanto no SUS como no setor privado, demanda a compreensão de como pressupostos de gênero orientam a interpretação da fisiologia e da anatomia feminina no parto, e de como as intervenções feitas sobre a mulher e as rotinas e expectativas dos serviços são expressão destas relações sociais.

Para a avaliação das práticas de assistência, tomamos como referência o "Guia para atenção efetiva na gravidez e parto"¹⁹ com o objetivo de contrastar o consenso científico internacional sobre atenção segura e humanizada ao parto com as práticas brasileiras, que têm como característica a medicalização do nascimento e o uso excessivo e desnecessário de intervenções¹⁰. Este uso excessivo de intervenções será aqui interpretado como explicitador das relações sociais de gênero na assistência, ou seja, como as intervenções médicas reforçam relações de poder, muitas vezes invisíveis por serem tomadas como meramente técnicas, e não como violações de direitos.

RESULTADOS

Com relação às mulheres entrevistadas (20), estas apresentavam faixa etária variada (entre 17 e 41 anos), sendo que metade delas (10) residia no Estado de São Paulo e o restante nas demais regiões do país (Centro, Sul, Sudeste e Nordeste). Quinze (15) delas eram moradoras da capital de seus Estados à época do nascimento de seus filhos. À exceção de uma mulher, as demais (19) tinham 12 anos ou mais de estudo, e eram casadas ou moravam com o companheiro. Com relação ao tempo transcorrido desde que haviam passado pela cesárea referida na entrevista, este variou de 4 meses a 7 anos.

Com base na análise temática, selecionamos alguns aspectos considerados mais relevantes pelas mulheres na avaliação da sua experiência de primeiro contato com o recém-nascido e dos sentimentos envolvidos: "receber o recém-nascido tendo as mãos amarradas", o fato de "ficar sem o recém-nascido e sem acompanhante no pós-parto imediato"; o "sentimento de 'abandono conjunto' quando do retorno do recém-nascido" e o "apagamento das lembranças" pelo uso não informado e não consentido de drogas com efeitos amnésicos.

O primeiro contato com o recém-nascido

Apesar de todas as recomendações sobre a importância do contato mãe-recém-nascido na 1ª hora, entre as mulheres entrevistadas, duas permaneceram com o recém-nascido logo após o nascimento e três foram separadas de seu filho por menos de uma hora. As demais foram separadas por uma hora ou mais e seis mulheres foram afastadas por mais de quatro horas.

A negligência com aspectos emocionais e relacionais do cuidado no pós-parto imediato foi uma constante. A maioria relatou o fato de ter permanecido sozinha logo após a cesárea, durante a recuperação anestésica, e "largada no cantinho", sem ter a quem dirigir a palavra ou ter informações sobre o recém-nascido, situação já enfatizada por Lino (2010)²⁷ como sendo típica da experiência pós-cesárea. Conforme relato de DAIANE:

"Depois da sutura, fui levada para o que deveria ser a sala de recuperação por cerca de 40 minutos a 1 hora mas que me pareceram muito mais. O estado de confusão mental permanecia, eu não tive contato com ninguém da equipe e fiquei me sentindo largada (...) imediatamente após a cirurgia: fui levada na maca para o que me pareceu o canto de um corredor no centro cirúrgico e fiquei lá sozinha (...) sem que ninguém esclarecesse o que estava se passando, e os pensamentos confusos por conta, acredito, da emoção da cirurgia/anestesia. Nesse momento, lembro de me sentir com muita raiva, tratada como uma 'engrenagem do processo'."

Identificou-se nos relatos que, mesmo quando a mulher teve a possibilidade de permanecer com o recém-nascido após a cirurgia, isso se deu de forma pouco respeitosa e insegura, em meio a protocolos que a princípio visariam humanizar a assistência:

"Até hoje é rotina da maternidade, após a cesárea, o bebê é colocado entre os joelhos da mãe, pois já que não sentimos as pernas, o bebê não cai. Ninguém me ajudou, eu não conseguia levantar a cabeça para ver se ela estava incomodada com algo, não conseguia pegá-la, e não tinha ninguém na sala de recuperação. São 2 circulantes para 6 ou 8 leitos. Eu trabalhei nessa maternidade depois, e vi que era rotina. (...) Ficamos cerca de 1 hora a 1:30 ali, com ela no meio das minhas pernas. [E se o bebê chora, e as circulantes estão ocupadas, ele fica chorando? Tem como chamar uma das circulantes?] Fica chorando, porque não tem campainha, não tem acompanhante pra ajudar ou chamar alguém, então a mãe TEM que esperar alguém resolver vir" (CAROLINA).

Sentimentos vivenciados pelas mulheres

Com relação aos sentimentos vivenciados no primeiro contato com o recém-nascido, três categorias foram identificadas no relato das entrevistadas: referência a sentimentos de 'plenitude' (três delas), referência a 'sentimentos ambíguos' (dez) e referências sobre 'não ter sentido emoções positivas' (sete) acerca de seu filho.

Entre as mulheres que relataram sentimentos plenos nesse primeiro contato, todas referiram ter amamentado na primeira hora após a cesárea, conforme relato de ANITA:

"Divino, ser mãe para mim sempre foi a parte mais importante de minha vida. Ver aquela menininha linda, perfeita, mamando em mim, pertinho de mim e do pai dela, que estava junto, foi indescritível" (ANITA).

Ter contato com o seu filho logo após o nascimento e permanecer com ele, bem como amamentá-lo na primeira hora, pareceu estar associado a uma melhor avaliação da experiência do primeiro contato para essas mulheres, tal como presente em recomendações internacionais (OMS, 2001).

Entre as mulheres que relataram ambiguidade, algumas puderam tocar ou até receber, por alguns minutos, seu recém-nascido "no colo"; outras, apenas puderam vê-lo, sem a possibilidade de tocá-lo e (re)conhecer o filho que acabara de nascer. Uma parte dessas mulheres refere que só viu seu filho já no quarto, após a recuperação, ainda tomada pela emoção ou ainda sob efeito da sedação:

"Assim que fizeram os 'procedimentos padrão', a enfermeira o trouxe, mostrou que ele era perfeito, colocou no meu colo. Eu estava ainda um pouco confusa, mas emocio-

nada. Parecia difícil acreditar que eu tinha um filho. Logo ela o levou de novo e eu fiquei vendo o médico fechar minha barriga no reflexo da luminária, vi como se ele estivesse limpando a barriga, depois acho que dormi" (JULIANA).

Com relação às mulheres que referiram não ter sentido emoções positivas, há clara referência à frustração pelo modo como ocorreram o nascimento, o primeiro contato com o recém-nascido e o pós-parto:

"Sinceramente, não foi como eu esperava. Parecia que não havia conexão entre eu e o bebê e acredito que grande parte desse sentimento foi devido à cesárea. Digo isso porque não pude abraçá-lo e amamentá-lo como eu havia imaginado. Eu tinha a ilusão de que como o parto seria humanizado, eu fosse pegá-lo em meus braços logo após a expulsão e colocá-lo próximo ao meu peito, podendo segurá-lo e acarinhá-lo enquanto amamentava. Entretanto, por ter sido uma cesárea, fiquei com os braços imobilizados e nem consegui tocar nele. Para amamentá-lo, meu marido com o auxílio do pediatra teve que ficar segurando ele em cima do meu peito, numa posição desconfortável para todos. Mesmo tendo a chance de amamentá-lo naquele momento, e estando emocionada, ainda não conseguia me sentir mãe. Só consegui criar esse vínculo via contato físico quase um mês após o parto, pois as dores da cesárea também não me deixavam eu segurar meu bebê da maneira que eu gostaria" (HELOISA).

Seis mulheres espontaneamente comentaram que tiveram seus braços amarrados, e apenas uma delas citou que eles foram desamarrados – a seu pedido – para que pudesse acolher seu filho, ainda que ela estivesse preocupada em não desrespeitar os protocolos institucionais:

*"Depois que o *nenê* nasceu, ele foi colocado ao meu lado, minhas mãos foram desamarradas, e pude acariciá-lo por um certo tempo. Olhei para o pediatra e perguntei se eu podia estar fazendo aquilo (queria saber se não estava desrespeitando algum protocolo por não devolvê-lo tão rápido), e ele disse que estava proporcionando aquilo que eu havia pedido. Um pouco depois, ele pediu autorização para examinar *nenê*, o que foi feito em um bercinho transparente ao meu lado"* (REGINA).

Este contato inicial, logo após o nascimento, foi referido como muito importante para as mulheres que puderam vivenciá-lo. Para aquelas que não puderam tocar seu filho, ou que puderam apenas vê-lo, o primeiro contato, algumas horas depois, pareceu "desajeitado", com relatos sobre não se sentir mãe daquela criança que estava recebendo e sobre não reconhecê-la como filho, conforme depoimento de NATÁLIA:

"Minhas mãos estavam amarradas por isso quando ela nasceu apenas vi rapidamente, na sala do pós-operatório quando a coloquei em meu colo e pude pegá-la pela primeira vez custei a acreditar que ela era minha. Foi estranho sentir seu cheiro, sua pele, estranhei a sensação, foi desajeitado. (...) Não me sentia mãe e não a reconhecia como minha filha, me sentia uma vaca cesareada. A sensação de derrota e roubo me deixou longe dos bons sentimentos, embora estivesse grata por ela ter nascido bem e com saúde. (...) Eu fiquei bem deprimida com tudo o que ocorreu com o nascimento da minha filha, acredito que isso influenciou muito, não senti aquela explosão de amor, não me sentia mãe, parece que tinha dormido grávida feliz e acordado triste com um bebê estranho nos braços (assumir isso é muito dolorido pra mim, sinto vergonha e me sinto uma criminosa)" (NATÁLIA).

O relato de NATÁLIA evidencia não somente o estranhamento vivido no momento em que seguiu seu filho pela primeira vez, ocasionado pela discrepância entre o planejado e o vivido, como também a violência obstétrica experimentada. Segundo ela, essa violência foi a grande responsável pelo sofrimento emocional vivido:

"No hospital fui desrespeitada, (...) fizeram mais de 10 exames de toques em 4h, riram de mim, duvidaram da minha dor, caçoavam da minha escolha da casa de parto, tentaram proibir a companhia do meu esposo, limitaram meus movimentos, me xingaram por ter molhado o cabelo, duvidaram da minha contração, não acreditaram nas minhas palavras" (NATÁLIA).

Para as demais mulheres que relataram sentimentos ambíguos ou negativos no primeiro contato com o recém-nascido, parece haver uma mistura de frustração pela experiência de cesárea indesejada e pelo contato restrito com o filho que acabou de nascer. As mulheres que referiram grande frustração com a experiência da cesárea indesejada avaliaram o primeiro contato de forma mais negativa.

Oito mulheres referem terem sido sedadas após a cirurgia e ainda estarem "grogues" no momento em que receberam seu filho pela primeira vez e apenas uma foi informada de que seria sedada, mesmo tendo solicitado que não fosse.

"Pedi para que não me dopassem(...), mas não fui atendida" (FLAVIA).

Além de poucas mulheres terem sido avisadas de que receberiam uma medicação que iria deixá-las sedadas, as mulheres relatam não terem sido informadas sobre os riscos (físicos e emocionais), para si e para seu filho, desse tipo de medicação, conforme relatos de CLARISSA e JULIANA:

[Como foi a cesárea?] "Horrível, fui amarrada, minha filha foi logo afastada de mim, só a vi horas depois. Depois do parto

acho que fui sedada, pois não lembro de várias coisas, inclusive como cheguei ao quarto. (...) [Como foi o primeiro contato com seu bebê?] Senti muita alegria, queria logo colocar para mamar, estava meio grogue ainda (...)" (CLARISSA).

"Lembro ter ido para o quarto ainda 'grogue', tem um vídeo que meu marido fez para registrar a primeira mamada, minha irmã estava no quarto, a enfermeira me dava instruções e eu só lembro por causa do vídeo" (JULIANA).

DISCUSSÃO

Diversos estudos, não somente no Brasil, buscam compreender de que forma as mulheres estão utilizando os recursos da Internet e, mais precisamente, das mídias sociais como meio de compartilhamento de experiências e informações²⁸, em especial para romper com o isolamento típico da experiência, seja positiva, seja negativa, do pós-parto nos centros urbanos.

Em estudo conduzido por Beck²⁹ sobre parto traumático, realizado por meio de entrevistas por e-mail, as mulheres relataram os seguintes benefícios de participar da pesquisa: sentir que está sendo ouvida e reconhecida por alguém experiente; perceber que não está sozinha; escrever sua história de nascimento/de trauma como forma de elaboração dos fatos e dos detalhes do ocorrido; o sentimento de que, agora que está tudo escrito e registrado, pode-se deixar o sentimento 'ir embora' (*let it go*); sentir-se empoderada; sentir que alguém lhe "deu voz" (ou a escutou) e sentir que está ajudando outras mulheres por meio do relato de sua experiência foram alguns dos sentimentos mencionados. A presente pesquisa mostrou os mesmos benefícios, com quase a totalidade das participantes relatando sua satisfação em poder fazer uma narrativa do seu parto, ainda que o evento tenha sido avaliado como negativo: trata-se da validação dos seus sentimentos pelo encontro com uma comunidade de mulheres que compartilham sua insatisfação com a experiência.

Sem recém-nascido e sem acompanhante

A maioria das mulheres ficou afastada do recém-nascido por um tempo relativamente longo imediatamente após o parto, exatamente o período propício para o primeiro contato entre ambos, quando mãe e criança estão fisiologicamente preparados para esse encontro. Além de estarem em um período de alerta, estudos mostram que o olfato, a audição e até mesmo a visão do recém-nascido estão completamente adaptados para esse primeiro contato, o que facilitaria não só a formação de vínculo, como também a amamentação^{30,31}.

Identificou-se que o motivo da separação precoce entre mãe e recém-nascido está relacionado a protocolos hospitalares. Quando uma mulher é submetida a uma cesárea, na maioria das

vezes o contato com o seu filho, na hora do nascimento, é restrito ou não ocorre. Em parte, isso pode ser explicado pelo fato de se tratar de uma cirurgia de médio porte, em que a mulher está anestesiada, geralmente imobilizada, muitas vezes ainda sob o efeito de sedação, sentindo-se passiva e insegura⁶, e não raramente o recém-nascido precisa de cuidados especiais, sobretudo quando a cirurgia foi eletiva e ocorreu fora do trabalho de parto. A cesárea eletiva é o principal fator associado ao nascimento de recém-nascidos pré-termos e/ou com algum nível de desconforto respiratório^{32,33}.

Os aspectos emocionais de modo geral são negligenciados, o que reforça as noções de hierarquia, de modo que as necessidades de profissionais e instituições prevaleçam sobre as das mulheres. Paralelamente, o isolamento e abandono da mulher são típicos da experiência pós-cesárea²⁷, situação também identificada no relato das entrevistadas.

Além de essa situação estar relacionada a dois fatores de violência obstétrica (psicológica e negligência/abandono), representa a violação de um direito amparado por lei – a Lei nº 11.108, também conhecida como Lei do Acompanhante³⁴ (Capítulo VII – do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato) (BRASIL, 2005):

"Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente."

Desse modo, os relatos de abandono e isolamento após a cesariana tornam-se injustificáveis e inaceitáveis.

O "abandono conjunto" e as lembranças apagadas pelos sedativos

No primeiro contato da mulher com o recém-nascido, a assistência inclui uma forma velada de violência, a qual se encontra amalgamada a protocolos hospitalares. Esses protocolos, da forma como são encaminhados pela equipe, apenas agravam a situação de abandono já relatada, configurando, por exemplo, o "abandono conjunto", triste paródia do tão conhecido e importante "alojamento conjunto".

Amarrar os braços das mulheres durante a cirurgia constitui um dos protocolos hospitalares que foi compreendido por várias mulheres como violência obstétrica. Ele é realizado sob a justificativa de evitar que a mulher contamine o campo cirúrgico, porém tal medida não se justifica, muito menos ao final da cesárea, quando as mulheres poderiam ter os braços desamarrados e o contato facilitado, sem prejuízo para a segurança de am-

bos. Por este motivo, muitas mulheres entendem que são privadas do primeiro contato com o seu filho (tocá-lo, reconhecê-lo, acolhê-lo, amamentá-lo), por estarem submetidas a um protocolo que não visa o seu bem-estar ou o de seu filho, mas sim, por protocolos sem base em evidências da instituição. Para além do desconforto físico que é estar com os braços amarrados, há, portanto, uma dimensão simbólica de não poder receber e acolher o seu filho que acaba de nascer.

A referência sobre sedação trazida por essas mulheres foi um achado do presente estudo e que merece ser aprofundado em pesquisas futuras. Trata-se de um evento altamente prejudicial, além de desrespeitoso, e que também deve ser analisado sob a perspectiva da violência obstétrica (imposição de procedimento desnecessário, potencialmente danoso e não-consentido), implica ainda em risco físico para o recém-nascido que está sendo recebido e amamentado por mães, conforme suas palavras, ainda "grogue" (sob efeito da sedação).

A abordagem de gênero permitiu compreender por que razão procedimentos tecnicamente inadequados e potencialmente danosos (como o abuso de indicações de cesárea e a separação mãe-recém-nascido na primeira hora) são aceitos tão passivamente. Embora contrariem as evidências científicas, reforçam os pressupostos de gênero que justificam a inadequação do corpo feminino, o desprezo por suas funções corporais e genitais, tidas como primitivas, lentas e desagradáveis, devendo ser corrigidas pela cesárea. Reflete-se ainda na preferência pela posição passiva das mulheres no parto (quando elas são "processadas" pelo sistema, que "faz" o parto para o qual ela é considerada incapaz), e na prioridade aos interesses e tempos institucionais e profissionais sobre as necessidades das mulheres e dos recém-nascidos^{23,35}.

Considerando que a literatura aponta os cuidados apropriados à mulher durante o trabalho de parto/parto como fundamentais para o estabelecimento do vínculo mãe-recém-nascido, e que experiências estressantes de parto estão associadas a menor sucesso na amamentação e retardo no início do processo de lactação, faz-se necessário olhar com maior cuidado para a forma como os serviços estão organizados, de modo a proporcionar atendimento seguro e respeitoso às mulheres durante todo o período da internação. Isso inclui, entre outros, garantir o contato precoce e de qualidade entre mãe e recém-nascido e abolir qualquer forma de procedimento/protocolo que esteja claramente associado à violência obstétrica, como a sedação.

Assim, mulheres que referem sua cesárea como indesejada tiveram sua frustração com a experiência do parto amplificada pelo primeiro contato com o recém-nascido, prejudicado pelas rotinas de assistência no pós-parto imediato. Outras experiências negativas relatadas incluem a separação de seu filho logo após o nascimento por um tempo superior a uma hora, a ocorrência de negli-

gência, de intervenções não-consentidas e de outras formas de violência obstétrica. Além disso, a ocorrência de procedimentos inseguros e realizados por conveniência institucional incluem o amarrar das mãos da parturiente durante a cirurgia, o uso de medicamentos para sedar as mulheres logo após o parto e o abandono de puérperas no pós-parto imediato (durante a recuperação anestésica). Todos esses eventos são potencializados pela cultura de cumprimento apenas parcial - ou o não cumprimento - da Lei do Acompanhante.

A qualidade do primeiro contato com o recém-nascido, conforme relatado pelas mulheres, tem forte influência nos sentimentos vivenciados no puerpério. Mesmo algumas mulheres que declararam a cesárea como indesejada referiram sentimentos de plenitude no primeiro contato com o recém-nascido, principalmente quando foi possível ter seu acompanhante por perto, ter contato com o

seu filho logo após o nascimento e ter a possibilidade de amamentá-lo, caracterizando, então, um primeiro contato mais respeitoso.

Deste modo, é possível proporcionar um puerpério emocionalmente mais tranquilo e assegurar que o primeiro contato mãe-recém-nascido ocorra imediatamente e de modo o mais pleno possível, mesmo quando ocorre uma cesárea. Para as mulheres que tiveram uma cesárea indesejada, garantir uma experiência positiva de primeiro contato pode ajudar a elaborar e superar os limites entre o desejado e o possível, um equilíbrio delicado e necessário quando se trata da maternidade.

Agradecimentos

Ao CNPq pela concessão de financiamento (processos 132850/2011-7 e 402593/2010-3), e à Fapesp pela bolsa de pesquisa (processo n. 2011/18534-6)

REFERÊNCIAS

- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2002;186:S160-72.
- Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20:52-62.
- Silva, AVR, Siqueira, AA F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2007; 17: 126-35 .
- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2005;10:627-37.
- Leão MRC; Riesco MLG; Schneck CA; Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 1, 2012. p182.
- Salgado HO. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012, 155p.
- Potter JE, Berquo E, Perpetuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ.* 2001;323:1155-8.
- Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Theme Filha MM, Bittencourt DAS, Rocha PMM, Schilithz AOC, Leal MC. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2008;13:1521-34.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Datasus. Informações de saúde.* Brasília, DF, 2010. [acesso em 16 outubro 2011]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
- Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, Bastos FI et al. Lancet Brazil Series WorkingGroup. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet.* 2011 Jun11; 377(9782):2042-53.
- Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2011;283:1193-8.
- Chalmers B, Kaczorowski J, Darling E, Heaman M, Fell DB, O'Brien B, Lee L; Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Cesarean and vaginal birth in canadian women: a comparison of experiences. *Birth.* 2010;37:44-9.
- Perez-Rios N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum. Lac.* 2008;24:293-302.
- Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10:760.
- Zanardo V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth.* 2010;37:275-279.
- D'Oliveira AFP, Diniz, SG, Scraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002;359:1681-5.
- Rapoport, A, Piccinini, CA. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2006; 16: 85-96.
- Borsa JC. Considerações acerca da relação Mãe-Bebê da Gestação ao Puerpério. *Rev. Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade.* 2007;2:310-21.
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyer, J. Guia para atenção efetiva na gravidez e parto. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

20. Maternity Care Working Party. Making Normal Birth a Reality. Consensus Statement from the Maternity Care Working Party: Our Shared Views about the Need to Recognise, Facilitate and Audit Normal Birth. London: NCT/RCM/RCOG; 2007.
21. Barbieri, Teresita de. "Sobre la categoria de gênero - una introducción teórica-metodológica" In: AZEREDO, Sandra & STOLCKE, Verena. Direitos Reprodutivos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/DPE, 1991, p. 25-46.
22. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2009;19:313-26.
23. Diniz SG; D'Oliveira AFPL; Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters.* 2012;20: 94-101.
24. Gutman L. A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos. São Paulo (SP): Editora BestSeller; 2010. p.41.
25. Holman Jones, S. (2005). Autoethnography: Making the personal political. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln. (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*, (2nd ed., pp. 763-791). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
26. Minayo, C. *Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade.* Vozes. Rio de Janeiro, 1995.
27. Lino HC. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010, 171p.
28. Madge C., O'Connor H. Parenting gone wired: empowerment of new mothers on the internet? [acesso em 5 agosto 2012]. Disponível em: <https://ira.le.ac.uk/bitstream/2381/1403/1/CM%20social%20and%20cultural%20revised%20submission%20Apr%202005.pdf>
29. Beck CT. Benefits of Participating in Internet Interviews: Women Helping Women. *Qual. Health Res.* 2005;15:411-22.
30. Odent M. A cientificação do amor. Florianópolis (SC): Saint Germain; 2002.
31. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24:S235-46.
32. Bettiol H, Rona RJ, Chinn S, Goldani M, Barbieri MA. Factors associated with preterm births in southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. *Paediatr Perinat Epidemiol.* Londres, 14(1):30-8, 2000.
33. Silva VLS, Santos IS, Medronha NS, Matijasevich A. Mortalidade infantil na cidade de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período 2005-2008: uso da investigação de óbitos na análise das causas evitáveis. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012;21:265-274.
34. Lei Federal no. 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o Subsistema e acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [legislação na internet]. Brasília; 2005. [acesso em 10 de dezembro de 2012]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
35. Atrash HK, Carpentier R. The evolving role of public health in the delivery of health care. *J. Hum. Growth Dev.* 2012; 22(3): 396-399.