

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB
Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA
Curso de Administração – CADM

**ME DEIXA PARIR! Medicalização, Vulnerabilidade e Resiliência no
Sistema de Marketing do Parto**

MARIA ALICE RODRIGUES MATOS

João Pessoa - PB
Novembro 2021

MARIA ALICE RODRIGUES MATOS

**ME DEIXA PARIR! Medicalização, Vulnerabilidade e Resiliência no
Sistema de Marketing do Parto**

Trabalho de Curso apresentado como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Administração, pelo Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal da Paraíba / UFPB.

Professora Orientadora: Diana Lucia
Teixeira De Carvalho

João Pessoa - PB

Novembro 2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M433m Matos, Maria Alice Rodrigues.

Me deixa parir: medicalização, vulnerabilidade e resiliência no sistema de marketing do parto / Maria Alice Rodrigues Matos. - João Pessoa, 2021.
38 f. : il.

Orientação: Diana Lucia Teixeira De Carvalho.
TCC (Graduação) - UFPB/CCSA.

1. Sistema de marketing de parto. 2. Medicalização do parto. 3. Vulnerabilidade do consumidor. 4. Administração mercadológica. 5. Resiliência. I. Carvalho, Diana Lucia Teixeira De. II. Título.

UFPB/CCSA

CDU 658(02)

Folha de aprovação

Trabalho apresentado à banca examinadora como requisito parcial para a Conclusão de Curso do Bacharelado em Administração.

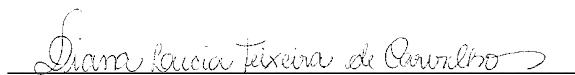
Aluno: Maria Alice Rodrigues Matos

Trabalho: Me deixa parir! Medicalização, Vulnerabilidade e Resiliência no Sistema de Marketing do Parto

Área da pesquisa: marketing

Data de aprovação: 24/11/2021

Banca examinadora



Dra. Diana Lucia Teixeira de Carvalho
Professora Orientadora



Documento assinado digitalmente

Nelsio Rodrigues de Abreu
Data: 26/11/2021 16:55:33-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Dr. Nelsio Rodrigues de Abreu
Avaliador

Dedico este trabalho aos meus pais, pois sem eles não haveria caminhada, muito menos linha de chegada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Senhor de todas as coisas, pela sabedoria e discernimento a mim concedidos. Que todas as coisas sejam primordialmente feitas para honra e glória do Seu nome.

Gratidão também aos meus pais, Luiz Pereira e Floricélia Rodrigues, por toda dedicação e cuidado comigo, pois tudo fizeram por mim, para que eu pudesse estar aqui hoje. Agradeço também a minha tia, Floraci Rodrigues, por não medir esforços para que fosse me dada a melhor educação.

Agradeço a Lucas Cavalcanti por ter sido e continuar sendo o melhor parceiro, com quem pude contar todas as horas, dividir anseios e ser abrigo.

Sou grata principalmente à minha orientadora, Diana Carvalho, por todo direcionamento, amizade, paciência e disponibilidade que me destinou. Agradeço por compartilhar comigo ao longo dos últimos anos a possibilidade de pesquisar e ser transformada por esse projeto. A todos os outros professores que de alguma forma colaboraram para a formação do meu conhecimento.

Agradeço também ao meu amigo Eduardo Balbino por ter compartilhado comigo a experiência de fazer um TCC, por todos os momentos em que nos apoiamos e ajudamos mutuamente a seguir na caminhada acadêmica.

Sou muito grata pela confiança que em mim depositaram todas as mulheres que dividiram comigo suas histórias de vida, relatando suas dores, angústias e a beleza que há em dar a luz a uma nova vida. A força e resiliência que possuem me inspiram.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todos os familiares, amigos e colegas, que direta ou indiretamente fizeram parte da minha vida e impactaram na construção deste trabalho.

*“Embora o mundo esteja cheio de sofrimento,
também está cheio de superação”*

Helen Keller

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo investigar a existência de comportamentos resilientes em mulheres que tiveram filho pela via de parto normal, sua construção e suas percepções acerca desse tipo de parto, quando não houve indicação médica para intervenção cirúrgica. Analisamos, ainda, aspectos de funcionamento desse mercado, do ponto de vista das mulheres, uma vez que há um desequilíbrio no sistema de marketing de parto, e que as gestantes que desejam parto normal, na condição de consumidoras, podem ser prejudicadas. Para tanto, realizamos entrevistas por ligação telefônica com mulheres que tiveram parto normal entre novembro de 2017 e agosto de 2021, por meio de um roteiro semiestruturado que abordava sua experiência de parto, a história de sua gravidez e sua relação com os atores do sistema de marketing do parto. Realizamos também perguntas por meio de dois formulários eletrônicos, um deles com perguntas sociodemográficas e outro a respeito de violência obstétrica e a pandemia. A pesquisa possui abordagem qualitativa e exploratória. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo com suporte do *software* ATLAS.ti Cloud. Após transcrição, codificação e categorização desses dados, os resultados obtidos apontam que há uma carência estrutural, assistencial e de formação médica no sistema de marketing do parto, o que facilita que as parturientes vivenciem experiências de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, comportamentos resilientes são desenvolvidos a partir do suporte tanto familiar quanto dos profissionais, e pela informação que tornaram as gestantes mais empoderadas para decidirem sobre suas escolhas relativas ao parto normal, tanto no pré-parto quanto durante o parto propriamente dito. Concluimos que há uma necessidade urgente de mudança no sistema de marketing do parto, em relação a oferta de estrutura física e médica. É preciso que sejam realizadas ações de marketing social que identifique e sugira mudança sistêmica nos níveis macro e meso/exo. A partir da implementação de políticas públicas eficientes é possível sustentar o sistema de forma estável, justa e inclusiva para maioria dos atores interessados.

Palavras-chave: Medicalização do parto, Vulnerabilidade do consumidor, Resiliência.

ABSTRACT

This research aims to investigate the existence of resilient behaviors in women who gave birth through normal delivery, their construction and their perceptions about this type of delivery, when there was no medical indication for surgical intervention. We also analyzed aspects of the functioning of this market, from the point of view of women, since there is an imbalance in the delivery marketing system, and that pregnant women who want normal delivery, as consumers, may be harmed. To this end, we conducted telephone interviews with women who had vaginal births between November 2017 and August 2021, using a semi-structured script that addressed their childbirth experience, the history of their pregnancy and their relationship with the actors in the delivery system. marketing of childbirth. We also asked questions using two electronic forms, one with sociodemographic questions and the other about obstetric violence and the pandemic. The research has a qualitative and exploratory approach. Data were analyzed using content analysis supported by the ATLAS.ti Cloud software. After transcribing, coding and categorizing these data, the results obtained show that there is a lack of structural, assistance and medical training in the delivery marketing system, which makes it easier for parturients to experience experiences of vulnerability. At the same time, resilient behaviors are developed based on both family and professional support, and on the information that made pregnant women more empowered to decide on their choices regarding vaginal delivery, both in pre-partum and during delivery itself. We conclude that there is an urgent need for a change in the delivery marketing system, regarding the provision of physical and medical facilities. Social marketing actions that identify and suggest systemic change at the macro and meso/exo levels need to be carried out. From the implementation of efficient public policies, it is possible to sustain the system in a stable, fair and inclusive way for the majority of interested actors.

Keywords: Medicalization of childbirth, Consumer vulnerability, Resilience.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados sociodemográficos das entrevistadas – grupos A e B.....	14
Quadro 2 – Quadro 2: Motivos que levaram a cesárea.....	23
Quadro 3 - Impactos da pandemia no parto.....	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. A medicalização do parto no sistema de marketing	11
2.2. Vulnerabilidade <i>versus</i> resiliência do consumidor	13
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	17
4.1. RESILIÊNCIA <i>VERSUS</i> MEDICALIZAÇÃO	17
4.1.1. Comportamentos resilientes	17
4.1.2. Suporte a resiliência	18
4.2. FALHAS E ENTREGAS DO SISTEMA DE MARKETING DO PARTO	22
4.2.1. Assistência ruim <i>versus</i> acolhimento humanizado	22
4.2.2. Atuação médica medicalizada <i>versus</i> humanização	23
4.2.3. Violência obstétrica <i>versus</i> intervenções respeitosas	25
4.2.4. Estrutura ruim <i>versus</i> estrutura boa	26
4.2.5. Assistência de qualidade na rede publica <i>versus</i> rede privada	27
4.3 VULNERABILIDADE DE GESTANTES NA PANDEMIA	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA	36
APÊNDICE 2 - IMAGEM DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA 1ª FASE	37
APÊNDICE 3 - IMAGEM DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA 2ª FASE	38

1. INTRODUÇÃO

O processo natural de parturição, em um contexto geral, tornou-se medicalizado, ou seja, passou a fazer parte do domínio das ciências médicas (CONRAD, 1992). No Brasil, essa medicalização chegou ao ponto de o parto cirúrgico ser entendido pela sociedade como algo padrão e corriqueiro. Segundo a pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento* (LEAL; GAMA, 2014), o país se encontra entre aqueles que mais realizam cesáreas no mundo, com uma taxa geral de cesáreas de 52% dos nascimentos; na rede privada esse número aumenta para 88%, dados bem diferentes dos 15% recomendados pela OMS.

Com efeito, a pesquisa realizada por Domingues *et al.* (2014), com 23.940 puérperas no Brasil, demonstrou que a proporção de realização de cesáreas foi aproximadamente três vezes maior, independentemente da preferência pelo tipo de parto no início da gravidez. Com isso percebe-se que a escolha dessas mulheres pode ter sido enviesada ao longo da gestação. Além disso, apenas 5% das mulheres que conseguiram ter um parto normal vivenciou o processo de parturição sem intervenções médicas, como por exemplo, episiotomia ou manobra de Kristeller, entre outros procedimentos não recomendados pela OMS (LEAL; GAMA, 2014). Dadas as altas taxas de intervenções em partos normais, é compreensível o medo desse tipo de parto, de forma que observamos que o problema ultrapassa o alto nível de partos cirúrgicos, mas compreende toda a estrutura de assistência ao parto (DECLERCQ, 2015).

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). Consequentemente, 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).

Em paralelo, é sabido que as gestantes podem passar por experiências de vulnerabilidade, uma vez que estão passando por um processo de transição de vida, que culmina no evento do parto. No momento em que são realizados enfrentamentos a essas dificuldades que o mercado apresenta, instaura-se um comportamento chamado resiliência do consumidor, que pode direcionar para mudanças no tocante a políticas públicas formais (BAKER; MASON, 2012).

Sendo assim, entendemos que há grande relevância sobre esse tema, tendo em vista as muitas intervenções realizadas nas mulheres durante o parto normal, e o alto número de cesáreas eletivas, que acabam ocasionando maiores chances de morbidade e mortalidade (NASCIMENTO, 2015). Além disso, a perspectiva de se obter um parto humanizado traz maiores vantagens, posto que promove o empoderamento feminino, que enriquece a saúde das mulheres e da comunidade. Segundo Varkey *et al.* (2010), o GEM (empoderamento de gênero) está altamente correlacionado ao PIB do país e associado negativamente à mortalidade infantil e materna, gerando bem-estar e benefícios para a sociedade como um todo.

Destarte, temos como objetivo principal investigar a existência de comportamentos resilientes em mulheres que tiveram parto normal, sua construção e suas percepções acerca desse tipo de parto, quando não houve indicação médica para intervenção cirúrgica. A pesquisa está de acordo com a indicação de Mason e Pavia (2014) sobre a necessidade de investigações com o propósito de entender como consumidores vulneráveis constroem resiliência.

Ademais, definimos como objetivo complementar identificar aspectos de funcionamento desse mercado, do ponto de vista das mulheres, uma vez que há um desequilíbrio no sistema de marketing de parto, e que as gestantes que desejam parto normal,

na condição de consumidoras, podem ser prejudicadas. Desse modo, buscamos contribuir para que essas mulheres possam exigir do mercado mudanças, por uma perspectiva resiliente, considerando que os sistemas se constituem por meio de uma influência mútua entre a sociedade e o marketing (LAYTON, 2007).

Para esse fim, além dessa seção introdutória, abordamos a concepção da medicalização do parto, sob a perspectiva da teoria de sistemas de marketing e, em seguida, discutimos sobre a vulnerabilidade e a resiliência do consumidor, mediante uma revisão da literatura. Posteriormente, relatamos os procedimentos metodológicos que proporcionaram a obtenção do objetivo proposto, como também a discussão dos resultados encontrados *a posteriori*. Por fim, tratamos das considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção expomos a revisão da literatura que alicerçou a concepção desta pesquisa. Inicialmente, serão apresentados estudos que evidenciam a medicalização do parto abordando seu caráter histórico. Posteriormente, argumentamos acerca dos conceitos de vulnerabilidade do consumidor e resiliência, sendo considerados aspectos opostos e complementares.

2.1. A medicalização do parto no sistema de marketing

O parto é um acontecimento intrínseco à natureza humana, um evento único e empoderador para as mulheres e, de mesmo modo, incontável e imprevisível. Por muito tempo esse tema 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; DA COSTA, 2020).

Preocupados com os interesses da sociedade, e não dos indivíduos (mãe-filho), e com a necessidade de controle, o homem começou a comandar o parto (NAGAHAMA, 2005). 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, segundo Conrad (1992, p. 209), descreve “um processo pelo qual os problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou desordens”. 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).

Ainda conforme Conrad (2013), a medicalização é um fenômeno bidirecional, ou seja, pode haver tanto a medicalização, processo bem mais comum, quanto a desmedicalização, processo em que a condição deixa de ser tratada como doença. O exemplo mais usual é a homossexualidade, desmedicalizada pela APA por consequência de movimentos sociais e campanhas de resistência. Dessa forma enxergamos um caminho que pode ser construído em favor da desmedicalização do parto.

O termo medicalização é geralmente utilizado de forma crítica, porém este termo em si 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. Assim, o presente estudo não busca determinar o parto normal como único que deve ser realizado, mas sim observar as consequências da extrema medicalização que suscita o desequilíbrio nesse sistema de marketing, à medida que buscamos promover meios de reformulação da assistência ao parto em favor das gestantes.

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). O conceito de sistema de marketing adotado é a definição proposta e adaptada por Roger Layton (2011, p. 259):

“Um sistema de marketing é uma rede de indivíduos, grupos e / ou entidades, inseridos em uma matriz social, ligados direta ou indiretamente por meio de participação sequencial ou compartilhada em trocas econômicas, que, de forma conjunta e / ou coletiva, cria valor econômico com e para os clientes, por meio da oferta de sortimento de bens, serviços, experiências e ideias, que surgem em resposta ou antecipação à demanda do cliente.”

Por essa definição, entendemos que o ponto central do conceito de Sistemas de Marketing são as 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. Entretanto, podem 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).

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 de parto normal e de forma totalmente desmedicalizada e digna (LEAL; GAMA, 2014). Isso se dá porque a vigilância médica foi estendida sob o corpo da mulher, de modo que a dominação de especialistas, provedores das informações, coloca-o sob o controle médico e que tal fato fez a mulher suprimir o instinto natural de parir, tornando-se submissa e dependente da ciência obstétrica (KAPPAUN; DA COSTA, 2020).

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. Diante disso, entendemos que a medicalização potencializa desequilíbrios no sistema de marketing do parto e, conseqüentemente, experiências de vulnerabilidade das mulheres que desejam partos menos medicalizados, que precisam desenvolver comportamentos resilientes de consumo para atender às suas necessidades.

2.2. 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 o consumidor é, 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 (HILL; SHARMA, 2020; BRENNAN, 2016; BAKER; *et al*, 2005).

Segundo a abordagem situacional da vulnerabilidade, entendemos que características pessoais (idade, raça, renda), estados individuais (humor, motivação, transições: casamento, luto) e condições externas (estigmatização, discriminação) podem influenciar experiências de vulnerabilidade (BAKER; MASON, 2012; BAKER *et al*, 2005). Dessa forma, a fase de transição para se mãe é considerada um momento vulnerável para as mulheres (THE VOICE GROUP, 2010). 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 normal é desencorajado, pois apenas 58,4% das mulheres que desejavam essa via de parto no início da gravidez conseguiram realiza-lo. Dentre as que conseguiram, apenas 22% estão no setor privado. Em contrapartida, o desejo pela cirurgia é preservado e incentivado durante a gestação, especialmente no setor privado, tendo em vista que 96,5% das mulheres que desejavam uma cesariana realizaram esse tipo de parto (DOMINGUES *et al.*, 2014).

Ao analisar o conceito de vulnerabilidade durante a gravidez, o nascimento e o período pós-natal, Briscoe *et al.* (2016, p. 2338) concluíram que “as mulheres são vulneráveis quando experimentam ‘ameaça’ de uma perspectiva física, psicológica ou social, em que ‘barreiras’ e condições “reparadoras” influenciam o nível de vulnerabilidade”. Nessa perspectiva, a autora afirma 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 deparar 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 aumentar a possibilidade de experiências e resultados positivos, levando a um aumento do bem-estar.

Dentro desse contexto vale ressaltar que existem várias pressões ao longo da vida, advindas de si mesmo, da família, da comunidade, ou do macroambiente que podem cooperar para vulnerabilidade do consumidor (BAKER; MASON, 2012). Nessa perspectiva, o surgimento do vírus SARS-COV-2 pode ser considerada uma ameaça do macroambiente, que desencadeou uma drástica mudança no comportamento de todas as pessoas ao redor do mundo, essencialmente no âmbito das relações humanas e do consumo de bens e serviços, de modo que o contexto de pandemia se enquadra como uma condição externa impulsora da vulnerabilidade. Considerando que esse cenário interfere na conduta dos indivíduos, podemos observar o quanto estes podem ser capazes de enfrentar mudanças e adversidades em determinado contexto (MILAKOVIĆ, 2021), o que pode ser analisado com base no conceito de resiliência.

Além disso, os impactos da Covid-19 dependem da vulnerabilidade na saúde existente em cada país, que está associada à capacidade de resiliência econômica e, consequentemente, obtenção de sucesso diante da crise pandêmica (ASONGU *et al.*, 2020). Ainda é difícil prever o real impacto da pandemia na mortalidade materna, porém um estudo realizado por Takemoto, *et al.* (2020), entre fevereiro e junho de 2020, identificou 124 mortes de gestantes ou mulheres no pós-parto no Brasil, número que chega a ser de 3 a 4 vezes maior do que o de mortes desse grupo no mesmo período no resto do mundo.

Segundo Souza e Amorim (2021), as altas taxas de mortalidade materna em decorrência da Covid-19 se deram devido aos problemas enraizados na assistência à saúde materna no Brasil. Obstáculos como a dificuldade em acessar os serviços, menos leitos disponíveis do que o necessário, recursos escassos, violência obstétrica e falta de testagem RT-PCR contribuíram para essa tragédia. Diante da situação relatada do sistema de saúde no Brasil, argumentamos sobre a possibilidade de as gestantes estarem duplamente prejudicadas em relação às ofertas de diagnóstico e a assistência dos profissionais médicos.

Ao mesmo tempo, o consumidor gera diversas respostas em relação a essas pressões; as passivas podem preservar o equilíbrio 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; ADKINS; JAE, 2010). 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).

Segundo Maddi (2012, p. 647) “resiliência envolve não apenas sobreviver, mas também prosperar, apesar das circunstâncias estressantes, um fenômeno que tem efeitos substanciais nas emoções, convicções e ações de uma pessoa”. Sendo assim, entendemos que é a partir de comportamentos resilientes construídos nos indivíduos, em um nível micro, aliada à resiliência da comunidade e apoio de grupos no nível meso e exo, que são possibilitadas mudanças no macrosistema, resultando políticas públicas favoráveis e benefícios de longo prazo para lidar com os problemas advindos do desequilíbrio do mercado (WOOD, 2019).

Dessa forma, as concepções de vulnerabilidade e resiliência estão interligadas, visto que a vulnerabilidade do consumidor pode despertar comportamentos resilientes, tanto individuais como coletivos, o que transforma o ambiente material, social ou ecológico, a fim de reprimir impactos negativos e/ou melhorar a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos (BAKER; MASON, 2012). Com isso, a resiliência que supera relações de troca com experiências vulneráveis tem a capacidade de suscitar partos menos medicalizados e com melhor assistência, representando direcionamento para melhoria no equilíbrio do sistema de marketing do parto.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para atender ao objetivo dessa pesquisa, de cunho exploratório, utilizamos a abordagem qualitativa, pois essa é a melhor forma de compreender e se aprofundar nas respostas, obtendo mais detalhes em relação ao objetivo do estudo, principalmente quando este envolve examinar acontecimentos pessoais, sentimentos e atitudes (GRAY, 2016). Nesse sentido, como técnica de pesquisa, 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 normal, acontecimento que ainda se faz presente em suas vidas (SILVA, 2017). Dessa forma, coletamos os relatos das entrevistadas com base em questionamentos a respeito da gestação e sobretudo o momento do parto.

Nesse direcionamento, a coleta de dados foi realizada com base em um roteiro de entrevistas semiestruturado (Apêndice 1), aplicado com mulheres que tiveram filhos por meio

da via de parto normal entre novembro de 2017 e agosto de 2021, esse espaço de tempo foi delimitado para que as mulheres possuísem memórias recentes de como ocorreu o parto e assim pudessem relatar de forma precisa, mas que ainda sim pudéssemos observar possíveis variações ao longo desses 4 anos. As respondentes foram abordadas independentemente da idade, número de filhos, local do parto ou se eram VBAC, ou seja, se tiveram um parto cesáreo anterior ao normal.

A coleta de dados foi dividida em duas fases, a primeira entre março e julho de 2020 (grupo A) e a segunda fase teve início em maio e término em setembro de 2021 (grupo B). Identificamos a necessidade de realizar mais entrevistas para averiguar os impactos do vírus SARS-COV-2 na percepção das mães em relação ao parto normal e sua assistência.

Com a finalidade de obter respondentes, a pesquisa foi divulgada em grupos no *Facebook* e no *Instagram*, a partir de uma imagem explicativa (Apêndice 2), em sua primeira fase. As primeiras voluntárias foram encontradas a partir do acesso a pessoas próximas, o que mais atraiu voluntárias foi a divulgação entre elas, mediante a técnica bola de neve. Na segunda fase, além da divulgação de imagem (Apêndice 3) nas redes sociais, foi feita abordagem direta a possíveis voluntárias, por meio do *Instagram*, sendo este o ponto de partida para encontrar voluntárias na segunda fase de coletas.

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 sociodemográficas (Quadro 1). A partir disso foram agendadas entrevistas de acordo com a disponibilidade das respondentes.

Quadro 1: Dados sociodemográficos das entrevistadas – grupos A e B

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	Marketing 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.

Como mostra o Quadro 1, no grupo A foram realizadas entrevistas com 16 mulheres, com idades entre 23 e 37 anos, em sua maioria casadas e residentes na cidade de João Pessoa-PB. Elas revelaram que seus partos ocorreram em hospital público ou privado ou ainda em ambiente domiciliar, mas a maioria pariu em hospital particular. As que tiveram parto em hospital público não foram acompanhadas no dia pelo médico que realizou seu pré-natal, já que foram assistidas por médicos plantonistas.

Já do grupo B foram entrevistadas 12 mulheres, entre 26 e 36 anos de idade, que residem no estado da Paraíba e tiveram seus partos realizados em João Pessoa. Apenas 4 mulheres tiveram seu parto realizado pela ginecologista obstetra que acompanhou o pré-natal, por terem contratado a disponibilidade da médica.

As entrevistas seriam realizadas a priori de forma presencial. No entanto, devido ao surgimento do vírus causador da doença Covid-19 e seu decorrente distanciamento social, as entrevistas foram realizadas via ligações telefônicas, na primeira e segunda fase. Segundo Gonçalves (2013), as entrevistas à distância possuem algumas vantagens, como, por exemplo, o baixo custo, maior facilidade no acesso às entrevistadas, maiores taxas de participação, entre outros aspectos que foram observados na pesquisa, principalmente por que as respondentes, em sua maioria, precisavam ficar com seus filhos durante a conversa.

Ademais, pudemos observar uma 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. Dessa forma, algumas respondentes demonstraram menores níveis de engajamento durante as entrevistas. 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 atender à demanda na qual a questão primordial, o objetivo da pesquisa, seja respondida. Fato que ocorreu a partir do momento em que elas responderam sobre como se deu o evento do parto.

Em um segundo momento, foi identificada a necessidade de mais respostas acerca da ocorrência de violência obstétrica e sobre os protocolos preventivos estabelecidos contra Covid-19. Para isso, foi enviado um outro formulário Google com as perguntas, sobre a realização de episiotomia, manobra de Kristeller e respeito à hora de outro e sobre quais ações preventivas em relação à contaminação do vírus a equipe médica realizou durante o parto. Dentre as 28 entrevistadas, 25 responderam esse segundo questionário.

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* e então categorizados, sendo resultado de um recorte (em unidades de registro e de contexto) e de classificação (que resulta na definição das categorias). A partir da visualização das categorias no software, foram selecionadas as questões mais pertinentes ao tema e desenvolvida a análise que se segue.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico apresentamos os resultados da pesquisa, as categorias foram selecionadas a partir das falas das respondentes, ou seja, emergiram do campo de pesquisa. Com isso, foram identificados nos relatos a existência de comportamentos resilientes no contexto do parto normal. Identificamos ainda as falhas e entregas desse sistema de marketing e como isso se deu durante a pandemia. A seguir são tratadas as categorias e subcategorias que se revelaram com base na análise dos dados coletados.

4.1. RESILIÊNCIA *VERSUS* MEDICALIZAÇÃO

4.1.1. Comportamentos resilientes

Identificamos, nos relatos das respondentes, diversas situações nas quais elas precisaram atuar como resilientes às adversidades, uma vez que estavam vulneráveis e vivenciaram ameaças à integridade da sua vontade no contexto de assistência ao parto (MASON; PAVIA, 2014, BRISCOE *et al.*, 2016).

- *Comportamentos resilientes identificados pré-parto*

Um dos aspectos que se destacou no período da gravidez foi a dificuldade de achar profissionais obstetras que realizassem o parto normal, conforme expectativa das gestantes, que chegaram a mudar de ginecologista obstetra (GO) de 3 a 7 vezes. Com efeito, esse indício nos aponta para o entendimento de que o evento parto, no contexto social e cultural das entrevistadas, é altamente medicalizado (CONRAD, 2013, CARVALHO, 2017).

Ao, não encontrar facilmente um profissional que atendesse à sua preferência de parto ser uma situação de vulnerabilidade no contexto de consumo, o fato de preferiram mudar de obstetra a se submeterem a uma cesárea eletiva caracteriza um comportamento resiliente (VO, 2015; WOOD, 2019).

Quando eu estava com 37 para 38 semanas, em uma consulta de rotina, ela me informou que queria marcar o parto. Eu tomei um susto porque passei o pré-natal inteiro e ela deu esperanças que seria um parto normal. E aí ela queria marcar o parto e eu falei que não, que não queria, não ia marcar parto, que eu já tinha dito a ela que não queria parto marcado, queria parto normal. E eu bati o pé e disse que não ia fazer. (A11)

Dessa forma, verificamos que a vulnerabilidade se apresenta desde o início da gestação, quando analisamos o consumo de serviços de saúde, sobretudo em relação à escolha do tipo de parto e assistência pré-natal. Com isso, a resiliência é requerida desde a descoberta da gravidez. A construção desse comportamento varia de acordo com o fato da mulher estar na primeira gestação ou não (ANDRADE; CARVALHO, 2018).

- *Comportamentos identificados no segundo parto*

Primigestas possuem maiores níveis de vulnerabilidade, tendo em vista que é uma fase nova em suas vidas, e há uma dificuldade maior de advogar pelas suas preferências, de acordo com Andrade e Carvalho (2018). Isso fica evidente no discurso da A11, que relata que na primeira gravidez, mesmo após mudar de médico, foi levada à cesárea, porém, na segunda gestação, por já ter passado pela experiência, encontrava-se menos vulnerável às contrariedades no serviço de assistência.

Eu cheguei no segundo parto mais madura como pessoa, como mãe e mais consciente do que esperava. Eu já sabia como era entrar em trabalho de parto. E aí eu decidi que queria um caminho diferente durante a gestação que era o que eu decidi me preparar para isso. (A11)

Como pode ser visto, a entrevistada possui maior conhecimento e controle dos acontecimentos, sendo assim, está menos passível a consumos vulneráveis. Ela busca uma forma diferente de passar pela segunda gestação, colhendo mais informações e uma obstetra que a apoie. Nesse caso a resiliência foi obtida por ela já ter vivência de parto, porém pode ser adquirida com outros fatores de influência relatados mais à frente.

- Comportamentos identificados durante o parto

Durante o trabalho de parto, também foram narradas experiências de vulnerabilidade para as quais as parturientes precisaram resgatar recursos individuais e interpessoais (HILL; SHARMA, 2020) para que conseguissem ser resilientes. De acordo com a cultura da medicalização, as intervenções parecem ser, para os médicos, o procedimento adequado, contra o qual a própria gestante tem que se posicionar, desde que tenha informações suficientes para tal, como ocorreu com uma das respondentes.

Eu o vi já abrindo a maleta com tesoura e já falei “eu não quero episiotomia eu não quero que me corte”. Aí ele “não, mas é melhor porque pode ser que rasgue muito não sei o que”. Aí eu disse “não eu não quero pode deixar lacerar não tem problema” aí ele continuou tentando insistir. (A3)

Diante disso, observamos que mesmo possuindo conhecimento, a gestante está passível de sofrer violência obstétrica, porém a partir dos artifícios que possui, informações e apoio do marido, ela consegue lutar por seus interesses. Todavia, sofrer com esse tipo de situação é relatado como aborrecimento desnecessário durante a experiência de parto e infelizmente continua mesmo após o nascimento do bebê.

- Comportamentos identificados pós-parto

Mesmo após o parto as mães continuaram defendendo seus desejos. “Ela ficou comigo e meu esposo, a enfermeira levou pra pesar e medir só depois, porque eu não deixei ela levar”, afirmou a respondente A3, que conhecia a importância da hora de ouro e teve que lutar para conseguir ter essa conexão mãe-filho logo após parir.

Perante o exposto, pudemos verificar a existência de comportamentos resilientes que essas mães demonstraram ter nas fases pré-natal, durante o parto e pós-natal, diante das situações adversas e pressões que elas tiveram que contornar em diversas trocas dentro do sistema de marketing. O ideal seria que não houvesse a necessidade de construir esse comportamento, diante de um sistema de marketing no qual suas vontades fossem prontamente atendidas, com base em informações claras e precisas, profissionais qualificados e respeitosos, e estrutura adequada. Ao mesmo tempo, observamos que o suporte, por meio da busca de conhecimentos ou por meio de apoio de indivíduos familiares, profissionais e de grupos é importante para o enfrentamento à vulnerabilidade, fato que será tratado no tópico seguinte.

4.1.2. Suporte a resiliência

Todas as entrevistadas relataram acerca do suporte recebido advindo de várias fontes. O apoio de maior incidência e importância para resiliência veio do marido, da doula e sobretudo das pesquisas realizadas pelas gestantes, a fim de obterem mais conhecimento sobre o parto.

- Apoio familiar / desencorajamento

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 normal (PN). O incentivo de pessoas próximas é o que mais as influenciava, já o desencorajamento de terceiros as abalava menos.

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 (TP), assim que um médico insinuou fazer episiotomia. Ao mesmo tempo, isso mostra como a mulher ainda pode ser desconsiderada em sua vontade, indicando um contexto em que experiências de vulnerabilidade são recorrentes.

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)

É relatado ainda pela maioria delas que, apesar de algumas receberem apoio dos familiares mais próximos, ao contar sobre a decisão da via de parto para terceiros, recebiam comentários desmotivadores. Pessoas afirmavam que o PN seria “um sofrimento”, “era coisa de bicho” e que a gestante “não iria aguentar”. Quando se tratava do parto domiciliar, o desencorajamento era ainda maior e a mulher precisava de ainda mais certeza da sua decisão.

Eu fui contar para elas (família) depois de estar tudo engatilhado. Elas ficaram meio abismados, acho que a galera acha que ter um parto em casa não é nem natural assim.
(B3)

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 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).

- A doula foi fantástica!

Outra figura apontada como de suma importância para realização do PN foi a doula. No Brasil ainda está em tramitação o projeto de lei 8363/2017 que visa a regulamentar a profissão de doula. Sua função é instruir e cuidar da parturiente durante o TP, 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 TP. As mulheres relataram que a profissional trouxe mais segurança e paz para a parturiente, em razão de sua larga experiência com PN.

A entrevistada A12 afirmou sobre a relevância da doula para seu TP: “teve total importância, não teria conseguido sem ela, digo e repito todas as horas”. Essa fala está de acordo com Mariz (2020), que aponta a doula como presença primordial para que haja assistência humanizada. Assim sendo, comprovamos a importância da doula como suporte à informação e a qualidade na assistência.

- Pesquisa x achismo

O conhecimento é um fator primordial de suporte à resiliência, e pode ser obtido por meio de artigos, documentários, vídeos, livros, entre outros. *A priori*, muitas mulheres acabam acreditando cegamente no que dizem os médicos (CARVALHO, 2019), porém, a partir da pesquisa, elas se tornam mais independentes e questionadoras dos procedimentos que são realizados nelas e em seus filhos. Consequentemente, se tornam mais capazes de lidar com

situações de vulnerabilidade (BAKER; MASON, 2012; BAKER et. al., 2005). A busca por informações fundamentou, inclusive, a mudança de pensamento na escolha da via de parto.

Eu tive uma recomendação para assistir o documentário da Netflix chamado o renascimento do parto. E aí foi nesse documentário que eu decidi ter um parto normal, porque eu já comecei a receber informação de que uma cesárea não era muito segura e que várias coisas acontecem na cesárea (A13).

A falta de conhecimento acaba sendo uma barreira para a desmedicalização do pensamento comum, pois é necessário que as mulheres compreendam a humanização e não que os procedimentos sejam realizados nelas apenas como um protocolo pré-determinado. Identificamos no discurso de uma das entrevistadas um entendimento medicalizado sobre o parto. Ela recebeu uma assistência humanizada, mas a relacionou a uma má assistência pela ausência de práticas consideradas intervencionistas.

Eu não gostei dessas coisas de parto humanizado porque elas não me limparam muito bem, nem minha filha. A médica colocou ela em cima de mim e a gente passou uns 10 minutos ali, melada de sangue, aquela catinga, a menina em cima de mim também toda melada. Eu disse “vocês não vão me limpar não? Vocês não vão me costurar não?” “Calma mãe a placenta sai por ela mesma”. Eu tive, meus filhos, tudo normal, quando foi o parto dessa eu fiz “que parto mais estranho”. Isso não é parto pra mulher, você tem filho que nem um índio. A minha filha me rasgou de canto a canto, porque ele corta a mãe assim de lado pra ajudar a criança a sair. Com os outros foi assim, ajudou muito, legal. (A8)

A respondente A8 possui uma visão contrária e distorcida da humanização. Isso ocorre devido a experiências de partos normais anteriores medicalizados. O relato de violência obstétrica (episiotomia) no entendimento da gestante é tido como normal. Provavelmente a compreensão dessa mulher em relação a esse tipo parto seria diferente caso ela tivesse acesso a informações em relação à importância da hora de ouro, primeira hora de vida do recém-nascido.

De qualquer forma, a equipe que a atendeu respeitou os procedimentos humanizados que beneficiam mãe e, sobretudo, bebê. Com efeito, o contato pele a pele da mãe com o bebê deve ser mantido em um primeiro momento, pois traz benefícios como a regulação constante da temperatura corporal do bebê, cicatrização de feridas e hidratação da pele ajudando a adaptação extrauterina do recém-nascido e até mesmo na expulsão da placenta (RUSCHEL et al., 2018).

Diante do exposto, compreendemos que algumas mulheres buscam por informações aprofundadas sobre o processo de parturição, seja em revistas, jornais e internet, mas outras não o fazem, como revela Nascimento (2015). A medicalização do parto é responsável pela assimetria de informação, e a forma adequada de reduzir essa lacuna é com a tomada de decisão compartilhada e o consentimento informado por parte da paciente (TARI; HAMVAI, 2019), mediante a busca por maior conhecimento sobre o assunto.

Com isso, a gestante tem mais autonomia durante toda a experiência de consumo, desde a escolha da via de parto até a consciência sobre a necessidade e os riscos das intervenções que podem ser realizadas em seus corpos e em seus filhos durante o processo de parturição. O entendimento é o primeiro passo para que as mulheres construam resiliência. Aliado a isso é preciso que haja uma assistência focada no seu bem-estar físico e psicológico para que seja garantida a humanização do parto.

- Grupo de apoio

Outro suporte à resiliência se estabelece em rodas de apoio ao parto, que são redes de gestantes e algumas profissionais que trocam informações e compartilham suas experiências e descobertas, com base em evidências científicas (CARVALHO et al., 2019). Grupos de apoio geralmente são fundados por profissionais da área da obstétrica, que realizam ações educativas e até mesmo beneficentes, colaborando para uma melhor assistência e empoderamento das consumidoras do serviço de parto (MEIRA, 2013).

Era muito apoio, como estava todo mundo ali com a ideia de ter um parto normal a gente trocava angústias, tirava dúvida. Então muitas vezes quando alguém falava “Ah você não vai conseguir”. Aí eu sempre compartilhava lá no grupo e sempre tinha uma palavra de apoio. Então foi uma rede de apoio virtualmente, bem interessante. (B9)

Além das ações presenciais, também aconteciam interações online, pelo *Facebook* e *WhatsApp*. Com a pandemia, as rodas de gestantes e workshops foram intensificadas no ambiente digital, não deixando de ocorrer. Entretanto, há limitações nos grupos de apoio em relação ao alcance de gestantes e entendimentos dos benefícios de participar. Muitas delas nunca ouviram falar da existência dessas rodas. Isso reforça a necessidade de divulgação dos grupos.

Também foi mencionada a importância das rodas para o marido, que mais tarde utilizou das informações obtidas para dar suporte à gestante durante o TP. Dessa forma, evidenciamos o valor que esses grupos têm, sobretudo na vida das gestantes, mas também há mérito em levar conhecimento sobre a realidade do parto também para o acompanhante, que deve ter bagagem para suprir a necessidade de apoio à gestante, dirimindo situações de vulnerabilidade.

- *Eu sigo uma obstetra 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 pra “não, essa mulher aqui vai fazer de tudo pra 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).

Como resultado, os cinco meios de suporte à resiliência encontrados nas falas das respondentes demonstraram sua importância para realização do parto normal humanizado, tendo em vista que, em momentos de vulnerabilidade, essas mulheres dependiam de recursos internos e externos para se restabelecer (BAKER; MASON, 2012). A informação se mostrou ser a principal aliada ao empoderamento da mulher durante o consumo. Porém, não é possível afirmar que todas as gestantes que conseguiram ter o PN de fato foram resilientes, tendo em vista que 2 delas nem optaram pelo parto normal, mas passaram por esse processo em razão das novas políticas de incentivo ao PN no SUS. Em conformidade com Maddi (2012) e Baker e Mason (2012), a capacidade de resiliência é construída não só pelos esforços das consumidoras,

mas também depende de outros atores como ONGs, governos e empresas, que destinam seus recursos disponíveis em prol da sociedade.

4.2. FALHAS E ENTREGAS DO SISTEMA DE MARKETING DO PARTO

4.2.1. Assistência ruim *versus* acolhimento humanizado

O acolhimento à gestante é parte fundamental no serviço de assistência ao parto, sendo muitas vezes a principal influência na satisfação geral, a qual deve ocorrer de forma humanizada e respeitosa. 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, uma vez que as instituições não se adequam e nem mesmo amparam esse tipo de paciente, em estado urgente.

Tava 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 esse relato 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, ausência de recomendações sobre melhor posição 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 por 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.

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, 2007; COSTA, 2015).

Desse modo, respondentes que pariram no mesmo hospital revelaram disparidade na assistência ao parto, uma vez que situações inconvenientes foram protagonizadas pela equipe de enfermeiras e atendentes. Segundo o relato das respondentes, isso se deu com diferença de apenas um mês entre um parto e outro, o que evidencia a importância de instruir a equipe médica para que possam sempre melhorar a qualidade nos atendimentos. Assim, 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 do que ocorreu com A15. Isso

indica que a depender da equipe, a vulnerabilidade se instaura no contexto do consumo (BAKER *et al.*, 2005).

Identificamos que nesse contexto uma boa experiência na assistência ao parto é uma loteria, pois independentemente do hospital escolhido, receber um bom atendimento depende da equipe que se tem acesso no dia. A satisfação da mulher em relação à assistência depende também da resiliência e dos conhecimentos prévios, pois, ao passo que há aquelas que alegaram como aspecto negativo “ter parido sozinha”, no caso sem a ajuda da episiotomia, a maioria se sentiu empoderada e capaz por ter conseguido sozinha, especialmente aquelas que tiveram parto domiciliar. 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 questionar se tinham sofrido violência obstétrica com 25 respondentes, identificamos que apenas 2 sofreram episiotomia, que nenhuma delas foi submetida à manobra de Kristeller, e que apenas essas 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 de intervenções não recomendadas como a episiotomia e manobra de Kristeller, apesar desse números, tanto no setor público como privado, serem ainda alarmantes. De fato, apesar das melhorias, nosso estudo também confirmou que ainda há muito a ser reparado no cuidado à mulher, tendo em vista que, além destes, outros fatores as incomodaram. A presença de pessoas desnecessárias durante o parto, enfermeiras com perguntas inconvenientes e explicação sobre amamentação enquanto a parturiente tentava se concentrar na fase expulsiva, a burocracia do hospital e a desassistência dos profissionais de saúde em alguns casos foram inconvenientes que se destacaram.

4.2.2. 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 normal, o que configura uma falha do sistema, visto que faltam condições para que as gestantes acessassem suas necessidades (MITTELSTAEDT *et al.*, 2009), submetendo-as à escolha restrita (BOTTI *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 ao 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).

Com efeito, evidências de obstetras cesaristas emergiram de vários discursos das entrevistadas, tanto que várias delas mudaram de profissional até encontrarem o que se adequasse às suas necessidades. Caso as gestantes não tivessem outras fontes de conhecimento sobre o parto e não buscassem essa mudança, estariam tendenciosas a desistirem do parto normal, o que seria uma resposta passiva a situação de vulnerabilidade (ADKINS; JAE, 2010) e também caracterizaria um desequilíbrio do sistema (CARVALHO, 2017).

Diante das respostas das entrevistadas, percebemos que a perspectiva medicalizante e a urgência em realizar o parto, seja por questões financeiras ou temporais, 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 tá aumentado, então melhor a gente fazer sua cesárea”. Não me explicou mais nada. “E seu bebe é grande”. Pronto só isso. Não falou mais nada, nenhuma indicação, nenhuma coisa plausível para que eu fizesse cesárea. (B12)

Além deste discurso, observamos que sete mulheres foram levadas a cesáreas sem indicação no parto anterior. As respondentes alegaram querer desde a primeira gestação ter um parto normal, porém, por indicação médica, foram submetidas a uma cesárea. Uma delas ainda tentou “lutar contra o sistema”, todavia, devido à vulnerabilidade inerente à experiência de parturição (THE VOICE GROUP, 2010) e ao cansaço, somados à falta de apoio do acompanhante, não obteve sucesso. No Quadro 2 resumizamos os motivos que levaram as mulheres ao parto cirúrgico.

Quadro 2: Motivos que levaram a cesárea

COD.	MOTIVOS DA CESÁREA
A4	GO alegou muito líquido, que se a gestante levantasse poderia haver prolapso de cordão e a bebê morrer sufocada.
A11	Bolsa rota, GO alegou sofrimento fetal com 12 horas de TP, mas poderia aguardar até 4 dias.
A12	Médico não esperou entrar em TP, alegou falta de contrações e dilatação, bebê sentado e perda de líquido.
A14	Foi em 3 GOs, mas não sentiu confiança, por medo da violência acabou marcando uma cesárea.
B2	Médico disse que ela não aguentaria PN e que só fazia cesárea.
B6	GO alegou sofrimento fetal, por haver muita contração e pouca dilatação (4cm), assim não quis aguardar.
B12	GO alegou placenta calcificada e bebê em sofrimento, decidiu fazer o parto na hora.

Fonte: dados da pesquisa

Com isso observamos que os médicos atestaram condições não fundamentadas em evidências científicas que se classifiquem como suficientes para uma intervenção cirúrgica, conforme explicado por profissionais de saúde que advogam em prol do parto normal, como ginecologistas e enfermeiras obstetras e doulas. Isso pode ser considerado violência obstétrica, pois como consequência dessas ações as mães sofreram com o sentimento de culpa, medo, frustração e até depressão pós-parto. Além disso, as mulheres se sentem enganadas quando descobrem que poderiam ter vivenciado o parto de maneira diferente, tendo em vista que muitas são submetidas ao parto cirúrgico mesmo antes de entrar em trabalho de parto. Isso se configura como vulnerabilidade do consumidor (RINGOLD, 2005; BAKER *et al.*, 2005; BAKER; MASON, 2012).

Toda vez que eu entrava no chuveiro eu chorava, chorava horrores. Acho que passei bem um mês chorando assim, porque eu me senti muito desrespeitada no parto da minha filha. (A16)

Dessa forma comprovamos que as gestantes não obtêm do mercado atendimento necessário às suas vontades sendo encaminhadas para um serviço que não queria e vivenciando um contexto de consumo vulnerável em que o resultado foi insatisfação e, até traumas. Não obstante, o movimento crescente da desmedicalização do parto fez surgir obstétricas humanizadas que dão forças e apoiam as gestantes.

Durante o parto eu queria desistir, mas ela 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 pra 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. Sobre tudo 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 prováveis que as gestantes vivenciem experiências de parto normal respeito, digno e humanizado, aumentando seu bem-estar, por meio de uma perspectiva transformadora (OSTROM *et al.*, 2010).

4.2.3. 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; há ainda aquelas que depois se descobriram violadas e aquelas que até hoje acreditam 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 (BAKER *et al.*, 2005)

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

De acordo com esse relato, a entrevistada demonstra que no primeiro parto não tinha informações suficientes para entender que estava sofrendo um tipo de violência e que 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 em alguma situação, uma vez que é o médico que está com a autoridade para executar o serviço de saúde. Isso porque, a violência obstétrica pode se apresentar psicologicamente, verbalmente, ou fisicamente, por exemplo em procedimentos como a episiotomia, tricotomia (retirada dos pelos antes de uma cirurgia), ponto do marido e a manobra de Kristeller, que pode trazer traumas encefálicos para o bebê e fratura nas costelas da mãe (PEREIRA *et al.*, 2016). A entrevistada A3, no seu parto mais recente, se recusou 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 normal (LEAL *et al.*, 2019). Quanto mais a gestante confia na atuação humanizada da sua obstetra, mais ela se sente confortável em, por ter conhecimento, escolher intervenções.

Desse modo, é possível distinguir interferências violentas de interferências respeitosas, as quais a mulher aceita ou até mesmo solicita. É importante salientar não há problema nisso, desde que ela de fato compreenda sobre o método e seus benefícios/males. Sendo assim, interferências devem ocorrer para ajudar a parturiente e não para machucá-la em um momento de extrema vulnerabilidade. Além disso, observamos que as mulheres que reconhecem ter sofrido violência obstétrica não se sentem à vontade para lembrar, expor o tema ou ir atrás da abertura de um processo contra o profissional, tendo em vista que esses casos têm pouca repercussão e consequências mais raras ainda para os médicos, em uma resposta passiva às experiências de vulnerabilidade (ADKINS; JAE, 2010; HILL; SHARMA, 2020).

Consequentemente, para dirimir essa falha no sistema é importante destacar o papel que o Estado deve exercer como regulador das ações dentro desse mercado (COSTA, 2015). A partir dessa regulação o violador deverá ser veementemente punido quando cometer esse tipo

de delito e que deve ser trabalhada uma conscientização para essa categoria, a fim de que entendam as consequências de seus atos na vida das mulheres e dos recém-nascidos que sofrem com a violência.

4.2.4. 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 normal, 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 havia aquelas que tiveram a experiência de parto dentro do quarto de um hospital privado HNSN, com todo o aparato médico era 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 pra você se preparar para ter o bebê. A enfermaria do Cândida Vargas é escura, as paredes mal pintadas, você ferrugem por tudo que é canto. O banheiro “argh”, meu Deus, tinha hora que a mulher demorava pra 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, 2007). 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, e assim 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 normal já parecia válida, ao passo que para parturientes do serviço privado era necessário um conforto maior, que nem sempre as maternidades, mesmo particulares, atendiam. A demais, seis entrevistadas relataram que no hospital tinha sala de parto, porém não a utilizaram. No HNSN porque tinha a opção de o parto ser conduzido dentro do quarto. Já na

Promater, assim como na Maternidade Clim, tinha, mas a parturiente precisava alugar a sala; caso não alugasse teria que descer para o centro cirúrgico, não poderia ter no quarto. Para aquelas que alugaram a sala da Maternidade Clim, havia um limite temporal de 8 horas para poder ficar lá ou teria que pagar uma taxa extra.

Os três hospitais públicos citados na pesquisa, Hospital Universitário, Edson Ramalho e Cândida Vargas, tinham sala de pré-parto, porém algumas pacientes não puderam utilizá-la em decorrência da demora no atendimento e encaminhamento para essa sala. Com isso, algumas pariram na enfermaria, na sala de pré-parto ou no corredor. Ou seja, dos 7 hospitais onde as parturientes foram atendidas, apenas duas instituições particulares tinham estrutura para o parto humanizado e somente em uma delas o serviço foi prestado de forma exemplar (HNSN). Dos hospitais públicos, o Hospital Edson Ramalho foi considerado o melhor, mesmo ainda estando distante da qualidade necessária. 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 (WOOD, 2019) possam ser acionados pelas parturientes.

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, dispõe de todos os recursos que foram necessários para o parto normal, apesar de não poder realizar alguns procedimentos médicos que só são permitidos em hospital, como por exemplo analgesia, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, elaborada pelo Ministério Da Saúde (2017). 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.

Com isso, vemos que o parto domiciliar se configura como uma escolha pautada na resiliência do consumidor, uma vez que a parturiente consegue dirimir dificuldades que enfrentariam nas instituições de saúde. Além disso, destacamos o fato de que essas escolhas só são possíveis por haver profissionais que se destinam à assistência do parto domiciliar, o que confirma a necessidade de que os demais níveis do sistema favoreçam uma mudança de comportamento (WOOD, 2019; BAKER, MASON, 2012).

Foi relatado ainda o pensamento de algumas entrevistadas que não desejaram ter parto domiciliar, por confiar e achar a estrutura hospitalar a mais propícia. Sobre isso, percebemos que, mesmo com informações, e tendo passado pela experiência do parto normal, o pensamento medicalizado (CONRAD, 1992; 2007) está enraizado de tal forma que entendem que mesmo em uma gestação de risco habitual o parto vaginal precisa ser dentro de um hospital.

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.

4.2.5. Assistência de qualidade na rede publica versus rede privada

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. Em contrapartida, quando se paga

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

As mulheres da rede privada, no geral, mostraram-se mais engajadas a o tema do parto, possuindo maior conhecimento sobre os procedimentos e fases do processo de parturição. Além de possuírem uma série de privilégios, que não são a realidade da maioria das brasileiras, como por exemplo acesso a psicólogos, pilates, fisioterapia, informação e médicos especializados. Tudo isso colaborou para a construção da resiliência e preparação da mulher para o evento do parto.

Tive muitos privilégios. Pude trabalhar a questão da resiliência na minha cabeça e no meu físico. Acesso à informação, a médicos especializados, ao Pilates, a essas rodas de gestantes que ajudaram na construção do meu pensamento, do meu psicológico. Então quando chegou o meu momento mesmo de parir, eu estava preparada, eu estava bem psicologicamente e fisicamente. (B5)

Identificamos ainda que algumas mulheres, mesmo não tendo condições financeiras, sentiram-se coagidas, pela incerteza da violência, a se apertar financeiramente e contratar a assistência ao parto. Da mesma forma, mulheres pagantes de plano de saúde não tinham garantia de um parto normal humanizado com plantonistas, tendo em vista a alta taxa de cesáreas na rede privada, ou seja, os obstetras da saúde suplementar, em sua maioria, não assistem ao parto normal, mostrando-se cesaristas. Esse resultado está de acordo com Domingues *et al.* (2014), que também ressaltam que gestantes que são acompanhadas, no setor privado, pelo mesmo médico durante toda a gestação até o parto acabam tendo um aconselhamento profissional favorável a cesárea, mesmo não havendo intercorrências que justifiquem tal parecer.

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 e desse assistência apenas a 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 tem que lidar com a sorte. A entrevistada B8 pensou em desistir do parto normal, 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, que pagaram 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 de pagar o valor inteiro, e que pagam o 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, mas que, ao longo da pesquisa, foi uma profissional que teve importância destacada, principalmente em partos mais demorados. “Eu até procurei saber valor, essas coisas, aí eu desisti. Eu desisti por conta da condição financeira mesmo” afirmou a entrevistada B1, em relação à contratação de uma doula.

Diante disso, vemos que, não necessariamente, parir em um hospital da rede privada garante um atendimento humanizado, tendo em vista os relatos negativos de partos no setor privado, como relatado pelas entrevistadas com a presença de médicos cesaristas, o que demonstra a necessidade sistêmica de mudança (WOOD, 2019). Entretanto, a mulher que teve maior condição de acessar serviços pagos, mostraram-se mais preparadas e resilientes para o evento do parto normal, o que se configura como uma falha do sistema, posto que o acesso a uma assistência adequada e justa (KLEIN, 2008; LAYTON, 2007) é restrita.

4.3 VULNERABILIDADE DE GESTANTES NA PANDEMIA

O avanço da pandemia no Brasil restringiu o acesso a alguns serviços de saúde, devido à sobrecarga do sistema de saúde e à imposição do isolamento social. Esse contexto afetou também os serviços de assistência ao parto, especialmente a realização do pré-natal. Muitas mulheres já possuíam dificuldades em acessar um pré-natal de qualidade e se viram ainda mais desamparadas durante a pandemia (SILVA *et al.*, 2021).

A partir dos dados coletados, identificamos que esse impacto foi, particularmente, maior nas mulheres que dependem do SUS, posto que todas que pariram na rede privada alegaram não ter havido diferença na assistência recebida com ou sem pandemia. No Quadro 3 resumizamos esses dados.

Quadro 3 – Impactos da pandemia no parto

COD	Local do parto	Covid-19 impactou seu parto?	protocolos de segurança oferecidos	medo de ir para o hospital
B1	Público	Sim	Disponibilização de álcool	Sim
B2	Particular	Não	Nenhum	Sim
B3	Domiciliar	Não	-	
B4	Particular	Não	Nenhum	Não
B5	Domiciliar	Sim	-	Sim
B6	Particular	Não	Disponibilização de álcool	Sim
B7	Público	Sim	Disponibilização de máscara	Sim
B8	Particular	Não	Nenhum	Sim
B9	Particular	Não	Disponibilização de álcool	Não
B10	Público	Sim	Nenhum	Sim
B11	Público	Não	Teste rápido	Sim
B12	Particular	Não	Nenhum	Sim

Fonte: dados da pesquisa

Como situações do impacto sentido pelas mulheres do SUS, foi apontado, primordialmente, o atraso para realização de exames, sendo constatado atraso de até 8 meses, o que exigiu que os exames fossem realizados na rede privada, de maneira paga. Já durante o parto, o efeito se deu na delimitação no tempo em que o acompanhante poderia permanecer após o parto, além da demora para liberação da sua presença, chegando a o ponto da parturiente parir sem que o pai presenciase o nascimento de seu filho e de sentimento de solidão durante a gestação. Além disso observamos a falta de realização de exames para Covid-19 durante a estadia da mãe nos hospitais.

Em contrapartida, identificamos respondentes que tiveram o privilégio de poder contratar pediatra, oftalmologista e fonoaudiólogo para irem à sua casa e realizarem os devidos testes após o parto domiciliar, assim a mãe não teve que sair de casa com o recém-nascido, no meio de uma pandemia. Identificamos ainda que a pandemia impulsionou a escolha da respondente B5 sobre o parto domiciliar e aceitação da sua família, por desejarem estar menos em hospitais.

Sendo assim, observamos que a disparidade na qualidade da assistência ao parto é ampliada durante essa situação de vulnerabilidade humana em escala global. Isso se dá devido fragilidade do sistema de saúde do país, sobretudo na rede pública, que escancarou problemas estruturais preexistentes, mas nunca tratados efetivamente, decorrentes da falta de investimentos do governo, profissionais mal remunerados e com baixas condições de trabalho e até mesmo a corrupção (NASCIMENTO; PACHECO, 2020). Diante do caos instalado conseguimos enxergar a necessidade de mais investimentos e atenção dos governantes para

promoção de políticas públicas que visam a melhorar o cumprimento das boas práticas estabelecidas no planejamento do SUS.

Dessa forma, as pessoas que se encontram na base da pirâmide, excluídas pelas barreiras de acesso ao mercado, devem ser primeiramente trazidas para a esfera de comércio. Para isso, são necessárias intervenções de políticas governamentais como resposta ao desafio ético da inclusão de mercado, alinhando o propósito de bem-estar da sociedade aos fins comerciais (AIYAR; VENUGOPAL, 2019). Diante disso, vemos que as políticas existentes nesse sistema de marketing não são suficientes, pois deve haver mudança sistêmica nos níveis macro e meso/exo para que os comportamentos de resiliência sejam fomentados e praticados (WOOD, 2019). A partir de políticas eficientes e melhores práticas é possível sustentar o sistema de forma estável, justa e inclusiva para maioria dos atores interessados de forma prolongada (SCHULTZ, 2017).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi **identificar como são construídos comportamentos resilientes relativos à medicalização do parto** em mulheres que escolheram o parto normal quando não houve indicação médica para intervenção cirúrgica e sua percepção desse processo. Primeiramente, identificamos que a construção da resiliência se inicia durante o pré-natal, posto que, para que o parto normal ocorra, são necessários mecanismos para lidar com as experiências vulneráveis oriundas de um sistema de marketing com maior entrega para o parto cesáreo, em uma perspectiva medicalizante.

Esse tipo de comportamento é fomentado pelo suporte tanto **familiar** quanto dos **profissionais de saúde**, especialmente pelo **marido** e a **doula**, sobretudo durante a parturição, e pela **informação**, que torna as gestantes mais empoderadas para decidirem sobre o parto normal. De mesmo modo, informações científicas são a base principal para uma boa experiência de parto, pois, independentemente da via de realização ou da possível utilização de um método intervencionista (indução/ analgesia), é essencial que a mulher tenha uma escolha de fato consciente, o que ultrapassa a ideia do conceito de “escolha informada”.

Conforme o objetivo complementar, **investigamos quais falhas e entregas ocorrem dentro desse sistema de marketing**. Nesse sentido, verificamos que há uma **carência estrutural, assistencial e de formação médica**, posto que, mesmo quando as mulheres relataram conseguir a experiência de parto que desejavam, situações que demonstram a falta de adaptação foram evidentes. Nessa perspectiva, é preciso que a oferta de estrutura física e médica seja fomentada, posto que essa escassez de bons profissionais e estruturas insuficientes aumentam as chances de as gestantes vivenciarem experiências de vulnerabilidade, mesmo quando consigam se engajar em comportamentos resilientes. Durante o parto, vemos que as mulheres ainda enfrentam limitações do sistema de marketing do parto para que garantam integralmente as suas preferências e bem-estar, o que se configura como uma consequência negativa do seu funcionamento.

Ademais, existem as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) que são destinadas aos profissionais de saúde e às usuárias do sistema. Nesse documento consta como deve ser conduzida tal assistência, entretanto, verificamos que esses procedimentos não são os que ocorrem de fato nas instituições. Assim como políticas municipais de incentivo a humanização não são implementadas corretamente. Para isso, recomendamos que sejam realizadas ações de marketing social na perspectiva sócio ecológica (WOOD, 2019), ou seja, que sejam identificadas e sugeridas mudanças em todos os níveis do sistema, para que de fato haja equilíbrio nas condições de oferta e demanda em todo o sistema.

A partir disso, as gestantes terão o conhecimento necessário para reivindicar por suas necessidades, e também acolhimento dos profissionais. Estes deverão ter comportamentos éticos e garantir que haja uma conversa com a paciente a fim de, juntos, avaliar a real necessidade de intervenções. Para tanto, essa mudança na estrutura da formação desses profissionais é urgente, uma vez que muitas mulheres têm medo de sofrer violência obstétrica, motivo pelo qual acabam optando pela cesárea. Atualmente, para garantir uma boa assistência ao parto normal, é necessário que busquem se informar sobre profissionais “defensores” desse tipo de parto. Em João Pessoa, poucos nomes de profissionais com esse perfil foram mencionados.

Essas profissionais, em geral, são também geradoras de conteúdo, com uma postura ativista educadora em redes sociais, sobretudo o Instagram, e possuem maior alcance que os grupos como meio de informação das gestantes. Mesmo assim, elas também encontram informações em grupos de apoio ao parto e com as doulas. Todas essas são influências determinantes na construção de resiliência das gestantes, posto que ensinam quais procedimentos devem aceitar, por trazerem benefícios, ou devem rejeitar, durante e após a parturição, ou nos recém-nascidos. Desse modo, auxiliam a melhorar o equilíbrio das relações de troca, oferecendo suporte à resiliência no período pré-parto.

Diante disso, confirmamos que, para um ambiente resiliente exista, é necessário que as mulheres tenham suporte vindo da família, sobretudo do marido, de grupos de apoio, doulas, e profissionais de saúde que juntos disseminam conhecimento acerca da realidade do parto normal. A partir desses apoios elas se tornam capazes de exigir dos *players* do sistema entregas de qualidade. Não individualmente, mas quando aliadas a outros consumidores, grupos de apoio atuando no terceiro setor, instituições privadas e governamentais, podem promover uma mudança gradual, como já vem ocorrendo, no sistema de marketing de partos a fim de viabilizar trocas mais equilibradas.

Em síntese, relacionamos como principal contribuição teórica desse estudo a análise empírica da relação entre vulnerabilidade e resiliência, tendo em vista que as gestantes encontram diversos mecanismos, aqui chamados suportes à resiliência, que quando não são acessados como apoiadores podem se tornar fatores de pressão que as conduzem para uma reação passiva mediante de situações de vulnerabilidade. Como contribuição prática, a pesquisa revela que, apesar de já existirem políticas públicas que se propõem a fomentar o parto normal, na prática ainda é muito aquém do desejado, de maneira que denuncia a necessidade de adequação na implementação dessas políticas. Dessa forma, sugerimos a utilização de ações de marketing social para promover mudança nesse sistema. Como contribuição social, destacamos o debate sobre as dificuldades que as gestantes enfrentam ao buscar um parto normal, demonstrando as falhas presentes nas relações de troca dentro contexto de sistemas de marketing, a fim de torna-las mais resilientes, o que fomenta seu bem-estar.

Dentro das limitações da pesquisa está a coleta de dados, que teve que ser feita por ligação telefônica, posto que, em decorrência do distanciamento social, não houve contato direto com as entrevistadas no qual pudéssemos identificar suas expressões e sentimentos ao relatarem os fatos. Além disso, houve dificuldade em encontrar respondentes da rede pública de saúde, tendo em vista que elas não estavam engajadas nos grupos online de apoio ao parto normal, meios de divulgação da pesquisa.

Recomendamos a continuidade da pesquisa analisando para construção de resiliência especificamente na saúde pública, tendo em vista as diferenças encontradas nesta pesquisa, mas que não puderam ser aprofundadas por não ser nosso objetivo. Além disso, sugerimos a realizar pesquisas com outra abordagem metodológica que possa englobar um número maior de respondentes, compreendendo de forma mais generalizada as questões que emergiram sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ADKINS, N. R.; JAE, H. Marketplace vulnerability of limited English proficient consumers: opportunities to increase knowledge in macromarketing. **Journal of Macromarketing**, v. 30, n. 1, p. 93-104, 2010.
- AIYAR, Anaka; VENUGOPAL, Srinivas. Addressing the ethical challenge of market inclusion in base-of-the-pyramid markets: A macromarketing approach. **Journal of business ethics**, v. 164, n. 2, p. 243-260, 2020.
- ANDRADE, L. C.; CARVALHO, D. L. T. GRÁVIDA... DE NOVO! Uma análise da vulnerabilidade do consumo de mães de segunda viagem. In Seminário de Administração, 21, 2018, São Paulo. **Anais...**, São Paulo: SEMEAD, 2018, p. 1-16
- ASONGU, S.; DIOP, S.; NNANNA, J. Health vulnerability versus economic resilience to the Covid-19 pandemic: Global evidence. **AGDI Working Paper**, 2020.
- 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: **Transformative consumer research for personal and collective well-being**. Routledge, p. 571-592, 2012.
- 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, p. 123-198, 2011.
- 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.
- BRENNAN, L.; PREVITE, J.; FRY, M. Social marketing's consumer myopia: Applying a behavioural ecological model to address wicked problems. **Journal of Social Marketing**, 2016.
- 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**, 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.

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

CONRAD, P. Medicalization: changing contours, characteristics, and contexts. In: **Medical sociology on the move**. Springer, Dordrecht, 2013. p. 195-214.

CRUZ, A. W.; PRATES, C. S.; FIGUEIREDO, M. R. B. O PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO. In: **XXI SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA**. 2015.

COSTA, Francisco José. Marketing e sociedade. **UFPB, João Pessoa**, 2015.

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

DOMINGUES, R. M. S. M.; *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.

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

GONÇALO, C. S.; BARROS, N. F. Entrevistas realizadas a distância no campo da pesquisa qualitativa em saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 3, 2013.

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

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.

KLEIN, T. A. Assessing distributive justice in marketing: a benefit-cost approach. **Journal of Macromarketing**, v. 28, n. 1, p. 33-43, 2008.

MILAKOVIĆ, I. K. Purchase experience during the COVID-19 pandemic and social cognitive theory: The relevance of consumer vulnerability, resilience, and adaptability for purchase satisfaction and repurchase. **International Journal of Consumer Studies**, 2021.

LAYTON, R. A. Marketing systems—A core macromarketing concept. **Journal of Macromarketing**, v. 27, n. 3, p. 227-242, 2007.

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.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

MADDI, S. R. Resilience and consumer behavior for higher quality of life. In: **Transformative consumer research for personal and collective well-being**. Routledge, 2012. p. 675-690.

MASON, M.; PAVIA, T. Health and consumer vulnerability: identity dissolution and resiliency behaviors. **ACR North American Advances**, 2014.

MEIRA, R. B. *et al.* REDE DE APOIO SOCIAL DURANTE A FASE GESTACIONAL DE MULHERES. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 12, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**, Brasília, p. 51, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 27 out. 2021.

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.

NASCIMENTO, F. L.; PACHECO, A. E. S. D. Sistema de saúde público no Brasil e a pandemia do novo coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 2, n. 5, p. 63-72, 2020.

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.

OSTROM, A. L. *et al.* Moving forward and making a difference: research priorities for the science of service. **Journal of service research**, v. 13, n. 1, p. 4-36, 2010.

RINGOLD, D. J. Vulnerability in the marketplace: Concepts, caveats, and possible solutions. **Journal of Macromarketing**, v. 25, n. 2, p. 202-214, 2005.

RUSCHEL, L. M.; PEDRINI, D. B.; CUNHA, M. L. C. Hipotermia e banho do recém-

SHULTZ, Clifford J.; PETERSON, Mark. A Macromarketing view of sustainable development in Vietnam. **Environmental Management**, v. 63, n. 4, p. 507-519, 2019.

SILVA, A. B. *et al.* **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**. Editora Saraiva, 2017.

SILVA, A. L. M.; *et al.* Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 34, p. e8633-e8633, 2021.

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.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 253-256, 2021.

PEREIRA, J. S. *et al.* Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020.

TARI, G.; HAMVAI, C. The Medicalization of Childbirth: Ethical and Legal Issues of Negative Childbirth Experience. **The bioethics of the “Crazy Ape**, v. 2, 2019.

THE VOICE GROUP. Motherhood, marketization, and consumer vulnerability. **Journal of Macromarketing**, v. 30, n. 4, p. 384-397, 2010.

VARKEY, P.; KURESHI, S.; LESNICK, T. Empowerment of women and its association with the health of the community. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 1, p. 71-76, 2010.

VO, C. S. Vulnerability and resiliency: How climate disasters activate latent social assets. **International Social Work**, v. 58, n. 3, p. 421-434, 2015.

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.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA

As entrevistas foram direcionadas principalmente pelas seguintes questões:

1. Gostaria que você narrasse a história do seu parto, desde o momento que você descobriu que estava grávida.

Decisão

2. Quais eram as suas expectativas em relação ao parto?
3. Como decidiu optar por esse tipo de parto? E por que este local?
4. E em relação ao médico, como foi sua decisão por esse médico específico?

Como ocorreu

5. O que vem espontaneamente a sua mente quando pensa no dia do nascimento dos seus filhos?
6. Como se sentiu no local do parto?
7. O que você pode dizer sobre a estrutura (médica/ hospitalar) que encontrou para realizar o parto? Foi diferente do que você esperava? Como?
8. Você acha que no público particular teria sido diferente? Porque?
9. Houve algum momento durante o parto que a sua vontade não foi considerada, você não entendeu o que estava acontecendo ou você se sentiu incomodada? Como você lidou com isso?

Informação

10. A partir de onde você buscou informações sobre o parto? (Pesquisa onde? / médico? / indicação de quem?)
11. Você já participou ou conhece algum grupo de apoio ao parto? Quais? Qual foi a importância para a realização do seu parto? Teria sido diferente?

Apoio

12. Você recebeu apoio da sua família, do seu marido ou de alguém na escolha do parto? E no dia?
13. Você pensou em desistir? Quem lhe deu suporte?
14. Porque vc acha q muitas mulheres acabam fazendo parto Cesáreo?

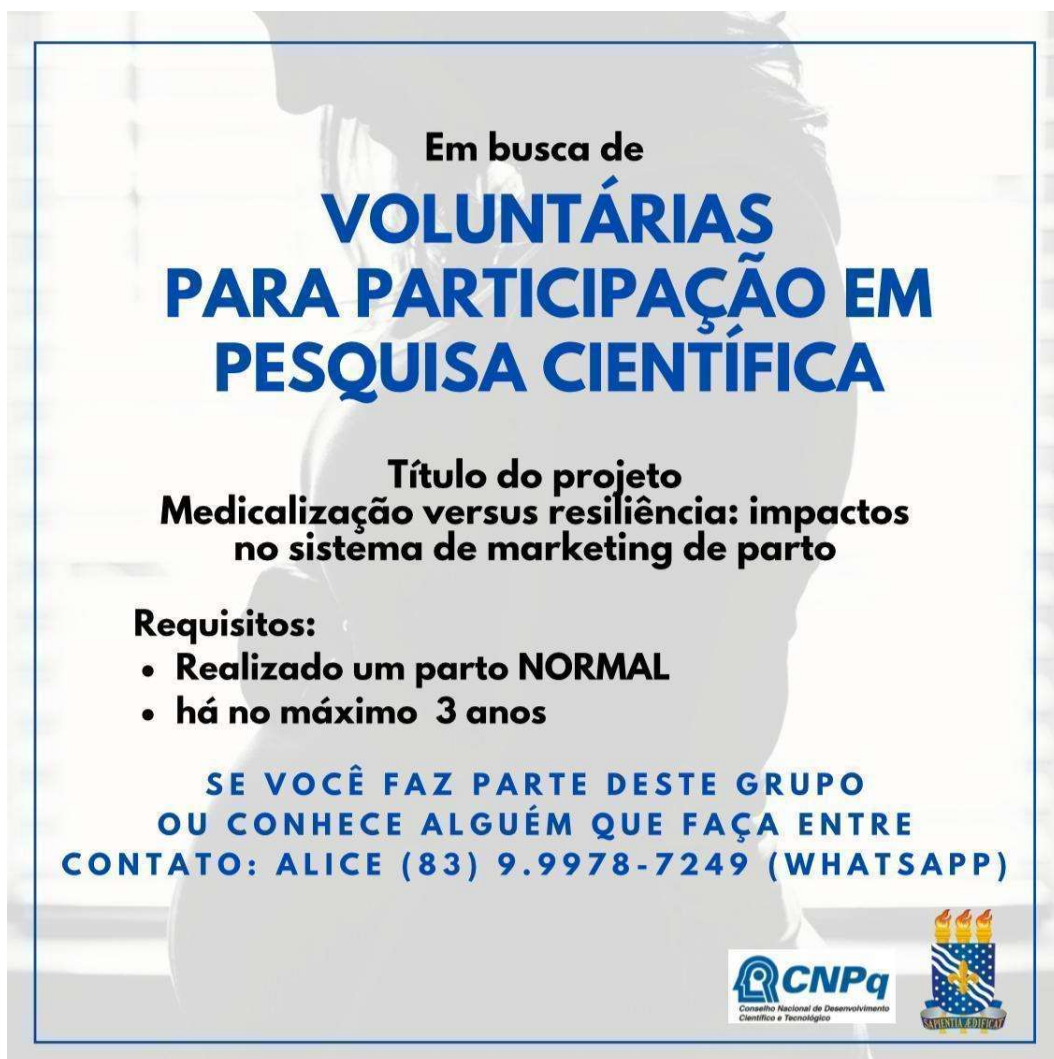
Extra

15. Você acha que sem a pandemia teria sido diferente?

Obs.: A última pergunta foi inserida apenas na segunda fase de coleta de entrevistas.

APÊNDICE 2 - IMAGEM DE DIVULGAÇÃO DA PESQUISA 1ª FASE

Imagem utilizada para divulgação da pesquisa nas redes sociais, com o intuito de encontrar voluntárias, na primeira fase de coleta.



Em busca de
VOLUNTÁRIAS
PARA PARTICIPAÇÃO EM
PESQUISA CIENTÍFICA

Título do projeto
Medicalização versus resiliência: impactos
no sistema de marketing de parto

Requisitos:

- **Realizado um parto NORMAL**
- **há no máximo 3 anos**

SE VOCÊ FAZ PARTE DESTA GRUPO
OU CONHECE ALGUÉM QUE FAÇA ENTRE
CONTATO: ALICE (83) 9.9978-7249 (WHATSAPP)

 **CNPq**
Conselho Nacional de Desenvolvimento
Científico e Tecnológico

 **UFPA**
SABER FAZ DIFERENÇA