



Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde

**Bruna Cardoso Pinheiro
Cléria Maria Lobo Bittar**

Resumo: O presente estudo objetivou conhecer as percepções, as expectativas e os conhecimentos de puérperas em relação à experiência do parto normal, assim como os procedimentos utilizados pelos profissionais da saúde para a humanização do parto. Foram entrevistadas 31 puérperas que passaram pela parturição normal, na maternidade de um Hospital Público do município de Franca. Foi aplicado ainda um questionário a 20 profissionais de saúde que atuavam no centro obstétrico da referida maternidade. O método de análise dos dados seguiu as diretrizes da Análise do Discurso. A experiência da parturição foi percebida pela maioria das mulheres como extremamente dolorosa e sofrida, compensada, no entanto, pela atenção, apoio e carinho recebidos de alguns profissionais e acompanhantes, que contribuíram para uma visão satisfatória do parto normal. Entre os profissionais evidenciou-se dificuldade em conceituar sobre a temática da humanização do parto. Constatou-se a importância de focar, sobretudo o aspecto relacional, base para uma verdadeira prática humanizada.

Palavras-chave: humanização, parto normal, promoção de saúde.

Perceptions, expectations and knowledge about the normal delivery: Experience reports of mothers and health professionals

Abstract: This study investigated the perceptions, expectations and knowledge of puerperal in regarding the experience of natural childbirth, as well as the procedures used by health professionals for the humanizing delivery. We interviewed 31 puerperal who gave birth by vaginal delivery in a public hospital in Franca. A questionnaire was also applied to 20 health professionals who worked in the obstetric ward of that hospital. The method of data analysis followed the guidelines of Analysis of Discourse. The experience of childbirth was perceived by most women as extremely painful and distressful, offset, however, by the attention, support and affection received from some professionals and caregivers who contributed to a satisfactory view of natural childbirth. Among the professionals was evident the difficulty in conceptualizing about humanizing delivery. It was noted the importance of focus, especially the relational aspect, basis for a truly humane practice.

Keywords: humanizing, natural childbirth, health promotion.

Percepciones, expectativas y conocimientos sobre el parto normal: relatos de experiencia de puerperas y e de los profesionales de la salud

Resumen: El presente estudio objetivó conocer las percepciones, expectativas y conocimientos de puérperas em relación a la experiencia del parto normal así como los procedimientos utilizados por los profesionales de salud para la humanización del parto. Fueron entrevistadas 31 puérperas que pasaron por la parturición normal en la maternidad de um hospital publico del município de Franca, SP. Asimismo fue aplicado un cuestionario a 20 profesionales de salud que actuaban em el centro obstetrico de la referida maternidad. El método de análisis de datos siguió las directrices

del análisis de discurso. La experiencia de parturición fue percibida por la mayoría de las mujeres como extremadamente dolorosa y sufrida, compensada, sin embargo, por la atención, apoyo y cariño recibidos por algunos profesionales y acompañantes que contribuyeron para una visión satisfactoria del parto normal. Entre los profesionales se evidenció dificultad en conceptualizar la temática de la humanización del parto. Fue constatada la importancia de enfocar sobretodo el aspecto relacional para una verdadera practica humanizada.

Palabras clave: humanización, parto normal, promoción de la salud.

Introdução

*Que as pessoas grávidas sejam assistidas com humanidade, atenção e carinho.
Que sejam vistas em suas individualidades e não colocadas no anonimato das estatísticas e da produção de consultas em massa.*

(Maria Tereza Maldonado)

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do *status* de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos (Domingues, Santos & Leal, 2004).

Por muito tempo a arte de partejar foi considerada uma atividade eminentemente feminina, realizada, tradicionalmente, por parteiras, que, através de uma cultura feminina sobre o parto resgatavam sua individualidade e exercitavam alianças de gênero (Wolff & Waldow, 2008).

A incorporação da prática obstétrica pelos médicos, que teve início nos séculos XVII e XVIII, na Europa, foi afastando, aos poucos, as parteiras do cenário do nascimento (Wolff & Waldow, 2008). Com a chegada do século XX, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial ocorreu um grande avanço e desenvolvimento de novos conhecimentos e tecnologias no campo da medicina, que contribuíram significativamente para a diminuição da mortalidade materna e infantil (Moraes, Godoi & Fonseca, 2006).

Essa série de avanços colaborou com a passagem do parto de evento familiar para rotina hospitalar. Os médicos e seus instrumentos entraram em cena e a comunidade de mulheres que, tradicionalmente, desenvolviam a arte de partejar foram marginalizadas, tornando o parto um ato privativo dos médicos (Wolff & Waldow, 2008).

A institucionalização do parto substituiu o saber-poder feminino, orientado pela intuição e pela experiência cotidiana, pelo saber-poder-fazer masculino, guiado pela técnica, pela tecnologia e pela medicalização da sociedade (Wolff & Waldow, 2008).

De acordo com Moraes et al. (2006, p. 14), o parto hospitalar “[...] colocou a mulher como objeto, e não como sujeito da ação durante o processo de nascimento, no qual as ações e rotinas de trabalho são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas”.

Desse modo, se por um lado a institucionalização do parto significou um grande avanço no que se refere à saúde da mulher, reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, por outro deixou as mulheres submissas e vulneráveis ao modelo biomédico, expondo as parturientes a procedimentos intervencionistas, invasivos e, muitas vezes, desnecessários, que diminuem sua autonomia e participação no processo (Schmalfuss, Oliveira, Bonilha & Pedro, 2010).

O modelo de atenção ao parto que predomina ainda hoje é, essencialmente, médico e tecnológico, onde a gravidez é tratada como um evento médico isolado e o parto cercado de risco potencial (Domingues et al. 2004).

No entanto, o uso irracional de tecnologia no parto levou a um paradoxo, pois é justamente ele que impede a redução da mortalidade materna e perinatal em diversos países (Diniz, 2005), além de contribuir com uma fragmentação da assistência à mulher (Dias & Domingues, 2005).

Levando todos estes aspectos em consideração, foi criado um movimento internacional de humanização do parto, visando priorizar o uso de tecnologia apropriada, a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, assim como desincorporar as tecnologias danosas (Diniz, 2005).

A expressão “humanização do parto” tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde, desde o final da década de 1990, como forma de se referir a uma série de políticas públicas promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pelo Banco Mundial, com o apoio de diversos atores sociais, como ONGs e entidades profissionais (Hotimsky & Schraiber, 2005).

No Brasil, um grande passo na luta pela humanização do parto foi dada com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pela portaria nº 569, de 01/06/2000, do Ministério da Saúde (Griboski & Guilhem, 2006).

O PHPN tem como foco principal o resgate da dignidade durante o processo parturitivo, bem como a transformação da assistência durante a gestação, parto e puerpério, priorizando o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas desnecessárias, tornando assim, o momento do parto um processo mais ativo por parte da mulher (Griboski & Guilhem, 2006).

O movimento pela humanização do parto propõe mudanças no atendimento ao parto hospitalar, que incluem:

[...] incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção ao partos normais e, também a inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde [...]. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), aminiotomia (ruptura provocada da bolsa que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal) e tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas. (Prizskulnik & Maia, 2009, p. 81)

O conceito de atenção humanizada é amplo e possui sentidos variados. Ele envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes voltados para a promoção do parto e do nascimento saudáveis e que priorizam o uso de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias, de forma a preservar a privacidade e autonomia da mulher (Brasil, 2001).

Estas mudanças, além do aspecto humanitário e da melhoria da qualidade assistencial representam uma redução de custos, como a economia em medicações analgésicas e nos gastos relativos aos atos anestésicos, incluindo honorários médicos, materiais e medicamentos específicos, além da economia em materiais de consumo (Priszkulnik & Maia, 2009).

Como ressaltam Priszkulnik e Maia (2009) humanizar é verbo pessoal e intransferível, é multiplicável e contagiante. Para a realização do parto humanizado não são necessárias grandes transformações na estrutura hospitalar. O maior obstáculo para sua concretização é a mudança de paradigmas na assistência obstétrica.

O presente estudo tem como objetivos conhecer a percepção de puérperas, sobre a experiência do parto normal, buscando-se, também, saber qual o tipo de informação que elas dispunham sobre a parturição, puerpério e sobre seu direito de ter acompanhante no parto; e conhecer quais os procedimentos que os profissionais da área da obstetria – médicos obstetras, anestesistas, enfermeiros(as) e técnicos em enfermagem realizam para a humanização do parto normal, e o que entendem sobre humanização à assistência no parto.

Método

Participaram desta pesquisa 31 puérperas, entre 16 e 40 anos, que passaram pela parturição normal, sendo 12 primíparas e 19 multíparas e 20 profissionais de saúde (9 médicos obstetras; 2 anestesistas; 4 enfermeiros e 5 técnicos de enfermagem).

As participantes foram entrevistadas, e constatou-se que a maioria era casada (18) ou viviam em união estável (13) e tinham Ensino Médio Completo (17). As atividades profissionais desempenhadas pelas participantes foram variadas: do lar (11); indústria calçadista (6); estudante (4); vendedora (2); auxiliar de limpeza (2); manicure (1); designer (1). Quatro entrevistadas estavam desempregadas.

A maioria das crianças nascidas, no período em que foi realizada a pesquisa, foi do sexo masculino (59%). A média de filhos nascidos por participante foi de 2,7.

Entre os médicos (obstetras e anestesistas), o tempo de experiência na obstetria variou de um à 21 anos. Entre os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem), o tempo de experiência variou de 7 meses à 15 anos. A maioria dos profissionais sempre trabalhou nessa área (8 médicos e 6 profissionais de enfermagem).

Segundo a percepção dos médicos (obstetras), eles acreditam realizar, em média, 15,5 partos por semana, sendo destes 7,6 partos normais. Na mesma linha de raciocínio, os enfermeiros disseram assistir, em média, 45 partos normais por semana. A média de partos realizados ao mês, neste hospital é de 400, sendo 196 partos normais.

O estudo foi realizado entre os meses de novembro de 2010 a abril de 2011, com 31 mulheres que tiveram parto normal, numa maternidade de um Hospital Público do município de Franca. Neste mesmo período, aplicou-se um questionário estruturado aos profissionais de saúde que trabalhavam no centro obstétrico do hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, (médicos obstetras, anestesistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem).

Sabendo que a vivência da parturição é única para cada mulher, independentemente do número de partos que tenha vivenciado, este trabalho foi proposto, no intuito de resgatar a percepção delas em relação à experiência do parto normal, buscando saber o que efetivamente elas vivenciaram. Para isso, foram abordadas como temáticas na entrevista semiestruturada com as puérperas: a experiência de parto normal; os tipos de orientação profissional recebidas, incluindo orientações durante a gestação, para saber lidar com a dor e o desconforto e sobre o direito de ter um acompanhante no parto; o uso de tratamentos alternativos para alívio da dor.

O questionário aplicado aos profissionais de saúde consistiu de um instrumento mais estruturado, sendo incluídas questões sobre o uso, vantagens e inconveniências da analgesia do parto normal; o que se entende por humanização e parto humanizado; quais procedimentos o profissional comumente adota para tornar o parto um momento menos desconfortável para a parturiente; o conhecimento do profissional a respeito do Programa Nacional de Humanização de Parto; e os aspectos que julga necessários para garantir um parto humanizado.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, recebendo aprovação (protocolo nº 0722/10) e também ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital onde foi desenvolvida a pesquisa, sendo aprovado sob o protocolo nº 094/2010.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo realizada a entrevista após este procedimento. Para garantir o sigilo das participantes, foi utilizado somente suas iniciais e o nome do Hospital onde foi realizado o estudo não foi identificado. Ressaltamos que na transcrição das entrevistas mantivemos a fala original das participantes, e por escolha nossa, evitamos a repetição da partícula *sic*, para indicar incorreção da fala.

Os profissionais que responderam ao questionário o depositaram em uma urna, sem identificação. Portanto, ao respondê-lo estavam anuindo em seus termos, não havendo a necessidade do TCLE para este grupo.

O método de análise das entrevistas e questionários seguiu as diretrizes da Análise do Discurso, que posiciona a relação entre participante e pesquisador numa horizontalidade, dando a este último um destaque na possibilidade de participar não como ‘ouvinte’ apenas, mas como agente na construção de uma articulação entre a linguagem e a sociedade, entendendo que é impossível romper a linguagem do social (Rocha & Deusdará, 2005).

As falas das participantes foram categorizadas por núcleos de sentido, trabalhando-se com “recortes discursivos”, onde se representam linguagem e situação. Neste modelo, a linguagem é estudada não apenas enquanto forma linguística, mas também enquanto forma material da ideologia, considerando que o conhecimento produz relações de força e de poder (Caregnato, 2006).

Nesse sentido, os elementos básicos da análise qualitativa são ideias e as palavras que visam à descoberta, descrição, compreensão e interpretação partilhada. O pesquisador participa do processo e o todo é mais que as partes, identificando o que os sujeitos têm a dizer sobre determinado assunto (Turato, 2003).

Como o questionário aplicado aos profissionais de saúde incluía alguns resultados quantitativos, optou-se por apresentá-los de forma gráfica. O mesmo procedimento não foi adotado com as puérperas, pois o instrumento utilizado com estas participantes foi de caráter predominantemente qualitativo, baseado em recortes discursivos e na elaboração de categorias de sentido. Ressaltamos que as falas foram transcritas da maneira que foram pronunciadas, guardando-se a originalidade das mesmas.

Resultados e discussão

O parto normal sob o olhar das parturientes

A experiência da parturição, para a grande maioria das mulheres entrevistadas configurou-se como uma vivência marcada pela dor, pelo medo da dor e pelo sofrimento, havendo grande referência à intensidade da dor, caracterizada como uma dor “insuportável”, “inexplicável”, “horrrível” e “anormal”, como é possível observar no depoimento:

Anormal (...). A dor é imensa, muito dolorosa, porque só quem teve mesmo pra te noção dela, bem dolorosa. Pra te fala que não tem nem sentimento, é só dor que você sente, sabia, só dor; o único sentimento que tem na hora é muita dor. (J.L.O., 24 anos, primípara)

No discurso das mulheres, a dor e o sofrimento aparecem como aspectos inevitáveis e inerentes ao parto normal, que se configura como uma experiência desconhecida e imprevisível.

A percepção dolorosa tem sido uma constante nos relatos das mulheres, conforme apontado por Barros (2011). Esta percepção se reflete na intensidade da dor, na comparação realizada com partos anteriores e em uma atitude pré-concebida sobre a dor do parto.

Embora grande parte das mulheres entrevistadas tenha dado ênfase ao aspecto doloroso do parto vaginal, consideraram a experiência do parto normal como satisfatória, apesar da dor, que é “esquecida” após o nascimento do bebê: “(...)vale a pena, o bebê é a coisa mais linda. Depois passa, pode repeti de novo o normal (risadas)” (J.L.O., 24 anos, primípara).

No entanto, para algumas das participantes, a experiência do parto normal foi considerada traumática e elas referiram um desejo de não passar novamente por este processo ou de não ter mais filhos:

Olha parece que, assim, agora no momento eu to com trauma. To assim, vô te falá, se falá assim pra mim ‘se que te outro?’ Não! Nunca! Deus me livre! Né, eu não quero. Porque eu to com trauma, até agora. (K.R.B.F., 28 anos, primípara)

A parturição pode ser vivida como uma experiência prazerosa ou traumática, sendo que esta vivência é influenciada pelo grau de maturidade da mulher, pelas experiências pessoais e familiares anteriores, assim como pela assistência recebida durante o pré-natal e o parto (Nascimento, Progianti, Novoa, Oliveira & Vargens, 2010).

Outro fator que deve ser considerado como determinante na forma como a parturição é vivida é a idade da mulher. Em função da limitação de espaço, não foi considerado o fator idade entre as participantes, apenas as similaridades entre suas falas, aspecto que reconhecemos como uma limitação deste estudo.

É importante considerar também que uma experiência negativa ou traumática de parto normal parece ser determinante na escolha de parto por cesariana (Barros, 2011). Além disso, é importante considerar que a dor do parto é em grande medida iatrogênica, ou seja, amplificada por rotinas como a imobilização, o uso abusivo de ocitócitos, a episiotomia e episiorrafia, a rotura artificial de membranas, entre outros (Diniz, 2005).

Todos estes procedimentos, em muitos casos desnecessários e desaconselhados acabam por aumentar a intensidade do processo doloroso, contribuindo para a cristalização de uma concepção do parto normal como um processo imensamente dolente e da ideia de que parir é sofrer.

Informações e orientações recebidas pelas parturientes

No momento do trabalho de parto e no parto, as puérperas receberam orientações de médicos, incluindo obstetras, ginecologistas e pediatras, de enfermeiros, e de estagiários. As orientações, na sala de pré-parto foram, principalmente, sobre a amamentação, os cuidados com o bebê, sobre técnicas de respiração, sobre exames realizados. Na sala de parto, as orientações foram mais no sentido de acalmar, tranquilizar e incentivar as parturientes, além de orientações sobre as posições que deveriam ser adotadas e como deveria ser feita a “força” para facilitar o processo de parto. No pós-parto imediato, as mulheres foram instruídas sobre os cuidados puerperais e os cuidados com o recém-nascido.

Como é possível observar, as orientações recebidas pelas parturientes, durante o trabalho de parto e o parto restringem o papel da mulher a fazer força, ficar na posição correta, mantendo sempre a calma, de forma a ajudar os profissionais na realização do parto. Dessa forma, colocam a parturiente em uma posição de passividade e submissão.

No estudo realizado por Silveira, Camargo e Crepaldi (2010), os autores constaram que, na visão dos profissionais de saúde, o papel da mulher estava restrito a fazer força e ajudá-los no parto, cabendo a eles orientar as parturientes sobre o momento correto de fazer a força, e dizer o que e como fazer durante o processo de parto.

Frente a este jogo desigual de poder, a mulher é destituída de seu poder decisório, havendo uma restrição da expressão de sua vontade e liberdade (Griboski & Guilhem, 2006), inclusive na escolha da melhor posição no momento do parto.

(...) tem a posição que você tem que ficá, tem o jeitim de ficá pra não machucá a cabecinha do nenê, pra não machucá o corpinho do nenê, eles falam pra gente qual é a posição, não é do jeito que a gente que não, não tem nem como, porque senão a gente pode machucá a criança. (A. P. J.H.G., 33 anos, múltipara)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), no seu guia de Assistência ao Parto Normal recomenda que as mulheres tenham liberdade para escolher a posição que mais lhes agrade, tanto no primeiro como no segundo estágio do parto, evitando, preferencialmente, longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais, por sua vez devem estimulá-las a experimentar a posição que lhes seja mais confortável, apoiando suas escolhas, o que exige treinamento na realização de partos em outras posições, além da supina, de forma a não inibir a escolha de posições.

Grande parte das entrevistadas destacaram a atenção, o apoio e o carinho recebidos pelos profissionais, tanto no pré-natal, como no trabalho de parto e parto como um fator essencial da assistência recebida, tendo influência, inclusive, sobre sua satisfação com o parto.

Todos eles uma super atenção, sabe (...) eles me ajudaram bastante, foi muito importante pra mim, porque, assim, se eles não tivesse me orientado, eu não teria conseguido, porque esgota a gente muito, sabe, e ela fica ali dando força e vai, vai, não só no profissional, mas no humano também, no emocional. Foi muito importante elas tando ali pra me ajudar. (L.L.C., 21 anos, primípara)

A atenção dada pelos profissionais às parturientes é um aspecto fundamental do atendimento humanizado e se estabelece a nível técnico, humanizador, intuitivo e relacional (Barros, 2011).

É preciso, contudo, diferenciar que existem dois aspectos de atenção prestada à mulher em relação à gravidez/parto/puerpério: a do tipo *informativa*, que se caracteriza por orientações dadas em relação à gestação, aos cuidados com o físico, a alimentação, o repouso, o ganho de peso, etc, e em relação ao parto em si, como agir, como respirar e manter a tranquilidade, como ser ativa e colaborar com o processo em si. Também são dadas orientações em relação aos cuidados com o bebê, sobretudo no que diz respeito à amamentação e aos primeiros cuidados.

Mas há um nível de atenção dispensada às mulheres que dizem respeito ao momento da parturição em si, e que torna esta vivência tão mais ou menos ‘humanizada’. Diz menos respeito à informação em si, mas presta-se ao tipo de atenção que se estabelece pelo vínculo emocional criado entre parturiente e o profissional, além do vínculo que se estabelece com o próprio processo de parturição em si mesmo.

O papel do profissional que assiste à esta mulher é, além de fornecer as orientações em geral tais como saber lidar com a dor e com o desconforto e fazer adequadamente os exercícios respiratórios; estimulá-la a fazer uso do banho de chuveiro, à deambulação, a praticar exercícios de agachar e levantar e exercícios com a bola, aplicar-lhe massagem, enfim, fazer uso de quaisquer recursos para tornar o processo em si menos doloroso e fazer com que a mulher fique mais relaxada e colaborativa.

Dessa forma, é possível reconhecer na “atenção” recebida pelas parturientes e que foi considerada como um diferencial na experiência da parturição, dois aspectos fundamentais da humanização: o acolhimento e o vínculo.

O acolhimento se constrói com base na ética, no respeito à diversidade e na tolerância aos diferentes, com base em uma escuta clínica solidária, comprometida com a construção da cidadania. O acolhimento se dá no encontro entre profissional e usuário, onde o primeiro tenta identificar as necessidades do segundo e através de uma relação negociada se constrói o vínculo (Schimith & Lima, 2004).

O vínculo entre profissional e usuário estimula a autonomia e a cidadania. A sua construção depende do reconhecimento do usuário enquanto sujeito, que fala, julga e deseja. Tanto o acolhimento quanto o vínculo ampliam a eficácia das ações de saúde e aumentam a autonomia e participação dos usuários nos serviços prestados (Schimith, Lima, 2004).

Além das orientações em geral, algumas mulheres foram submetidas ao uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor ou de tratamentos alternativos, que foram percebidos como positivo pelas parturientes, que destacaram que embora estes métodos não tirem a dor, a aliviam, amenizam e confortam.

(...) ajuda a gente a senti a dor, mas de um modo diferente (...) A gente sente a dor, mas no momento que você tá agachado ela é menos, ameniza, sabe, sentá em cima de uma bola também, lá debaixo do chuveiro, com água quente também ajuda bastante (...) (L.L.C., 21 anos, primípara)

Segundo Barros (2011) algumas estratégias não farmacológicas podem ser empregadas para aliviar a dor e o sofrimento do trabalho de parto. Essas técnicas partem de uma concepção do parto enquanto um evento fisiológico e respeitam sua natureza, preservando a integridade corporal e psíquica das mulheres. Outros benefícios das técnicas não farmacológicas são o conforto e a autonomia proporcionados às mulheres, além de incentivarem estas a reconhecerem suas sensações corporais, contribuindo para maior controle e liberdade no uso de seus movimentos.

Embora tenham sido oferecidas algumas técnicas não farmacológicas de alívio da dor, não houve um padrão no uso destes procedimentos, sendo que algumas mulheres receberam uma combinação dessas técnicas ou apenas uma delas e outras não receberam nenhuma, gerando um sentimento de desassistência e desamparo na parturiente: *(...) eles não fala nada, a gente tem que se virá sozinha, mesmo* (A.V.C., 30 anos, múltipara).

Além disso, o número de mulheres que não recebeu nenhuma forma de orientação para alívio da dor e do desconforto, ou que foram orientadas apenas parcialmente foi consideravelmente alto (14 mulheres).

Durante o trabalho de parto, a grande maioria recebeu soro com ocitocina, anestesia local e algumas foram submetidas ao procedimento de episiotomia. Nenhuma das mulheres recebeu analgesia no parto normal.

Nos hospitais públicos a analgesia de parto, como meio de aliviar a dor, de uma forma geral, não é oferecida, apesar de o procedimento ser pago pelo SUS. Além da grande demanda que dificulta a realização, o valor do procedimento pago é muito baixo levando ao desinteresse do anestesiológista (Leite Filho, 2006).

A presença do acompanhante familiar

A quase totalidade das puérperas foram orientadas sobre o direito de ter um acompanhante no momento do parto, sendo que algumas ficaram sabendo sobre esse direito no momento da internação. Quatorze puérperas tiveram acompanhante e quinze não tiveram. A grande maioria das mulheres que teve um acompanhante familiar considerou esta experiência positiva, destacando os aspectos de conforto, apoio, segurança e tranquilidade que ter uma pessoa próxima traz.

Vários estudos internacionais relacionam a satisfação das mulheres com a assistência recebida durante o parto à presença de um acompanhante, prática esta reconhecida pela OMS como benéfica para a atenção aos partos de baixo risco, além de proporcionar conforto físico e suporte emocional à parturiente (Domingues et al., 2004).

Como destaca Carvalho (2003), é fundamental respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhante ou não, pois o parto ocorre em seu corpo e a decisão deve ser sua. No caso do acompanhante ser o pai da criança, o direito deste participar deve se negociado entre o casal.

É fundamental que seja feito um melhor planejamento da participação do acompanhante no momento do parto, tanto no sentido de possibilitar a presença deste, como de orientar e fornecer recursos para que este participe efetiva e ativamente do momento do parto.

O parto normal sob o olhar dos profissionais

Assim como é importante avaliar as demandas das mulheres em relação à humanização é fundamental analisar o discurso dos profissionais de saúde, para ver como se coaduna com a proposta de humanização.

A maioria dos médicos obstetras e anestesistas (9 profissionais) considera a analgesia de parto normal desejável do ponto de vista médico. Entre os profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) este índice foi menor, sendo que apenas um profissional considera o procedimento desejável, quatro não o consideram desejável e quatro não souberam opinar.

Os médicos apontaram como principais inconveniências da analgesia de parto normal: uso de fórceps (4 profissionais); período expulsivo prolongado (3); falta de colaboração materna (2); sofrimento fetal e aumento dos partos operatórios (2). A maioria dos profissionais de enfermagem (6) não reconhece nenhuma inconveniência na analgesia de parto normal.

Os profissionais atribuem a pouca utilização da analgesia de parto normal nos hospitais à falta de adesão dos serviços e profissionais (6 profissionais), à carência de anestesistas (5), ao custo (4) e às indicações controversas do procedimento (3). Dois profissionais consideraram que a baixa utilização do procedimento se deve a dificuldade de entendimento pela mãe e à falta de colaboração materna.

Investigou-se também entre os profissionais, as vantagens da analgesia de parto normal, sendo apontadas, principalmente, o alívio da dor (4 médicos e 9 profissionais

da enfermagem) e a maior satisfação e conforto da paciente (5 médicos e 1 profissional da enfermagem), como é possível observar na figura a seguir:

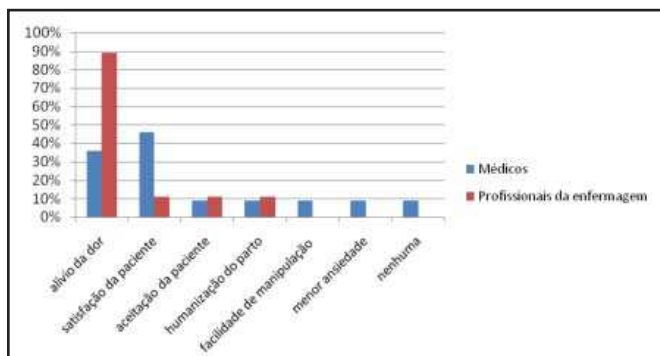


Figura 1 – Vantagens da analgesia do parto normal.

Cerca de onze médicos e nove profissionais da enfermagem consideram a analgesia de parto normal uma forma de humanizar o parto. Os profissionais apontaram como motivos: o alívio da dor (5 médicos e 4 profissionais de enfermagem); a maior satisfação da parturiente (3 médicos); a diminuição da ansiedade (3 médicos e 3 profissionais da enfermagem) e a diminuição do parto cesariana (2 profissionais da enfermagem).

A maioria dos médicos entende a humanização como alívio da dor (3 profissionais), e como assistência voltada à pessoa e suas necessidades (apoio emocional) (3 profissionais). Também consideram que a humanização significa maior proximidade entre equipe e paciente (2) e tornar o procedimento do parto mais familiar, através da presença de acompanhantes (2). Os profissionais da enfermagem deram maior ênfase aos aspectos biopsicossociais que devem ser atendidos (4 profissionais). Também enfatizaram o apoio emocional (2) e à proximidade entre equipe e paciente (2). Observe os resultados na figura seguinte:

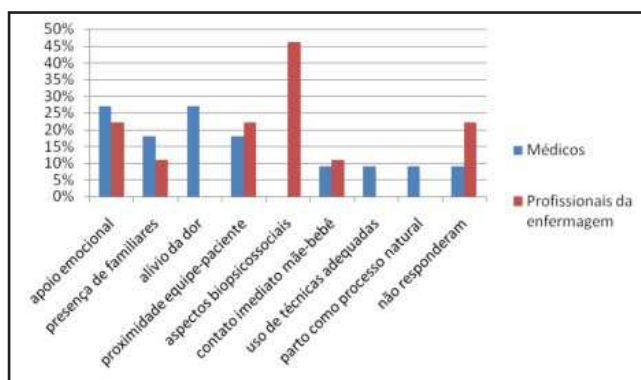


Figura 2 – Humanização na visão dos profissionais de saúde.

Embora os profissionais tenham citado alguns procedimentos que podem ser adotados para uma assistência mais humanizada, não mencionaram o que entendem por humanização, o que seria uma assistência humanizada ou quais seriam as implicações desta para sua prática.

A humanização representa um ideal livre e inclusivo da manifestação dos sujeitos na organização das práticas sociais, incluindo a atenção à saúde, pautadas na compreensão mútua e na construção de seus valores e verdades (Brasil, 2002).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a humanização implica receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, exercendo uma atitude ética e solidária, de forma a criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas hospitalares que rompam com o modelo tradicional.

Grande parte dos médicos (10) e profissionais da enfermagem (9) relacionam o parto humanizado à presença de acompanhante familiar e ao atendimento às necessidades físicas e emocionais da parturiente. Os profissionais da enfermagem (4) também destacaram o contato precoce mãe-bebê como um aspecto importante da humanização do parto, como é apontado na figura abaixo:

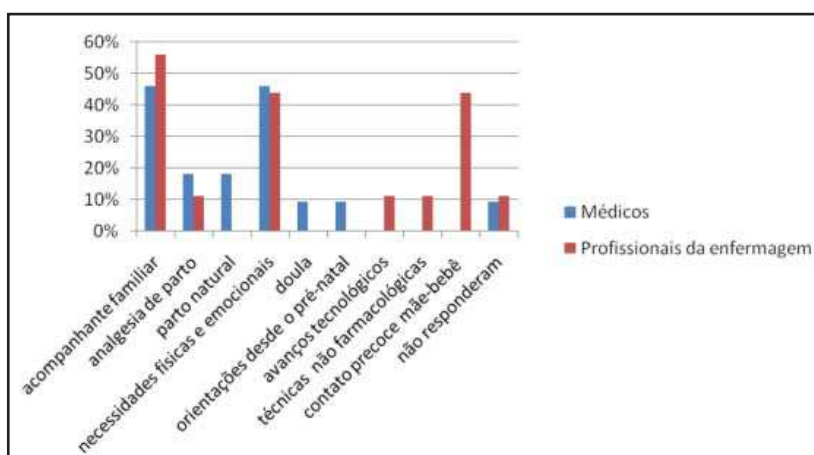


Figura 3 – Parto humanizado na visão dos profissionais de saúde.

Embora estes sejam elementos importantes, outros aspectos fundamentais como a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas e o respeito à privacidade e autonomia da parturiente, defendidos no PHPN não foram citados (Brasil, 2002).

A humanização do parto envolve a promoção de uma assistência de qualidade, através do alívio da dor, do conforto físico e emocional, mas também da liberdade para a mulher escolher como deseja ter o bebê, respeitando sua autonomia, sua individualidade e seu poder de decisão e de troca com o profissional (Brasil, 2002).

Além disso, as ações levantadas pelos profissionais, visando à humanização do parto referem-se somente ao momento do parto ou pós-parto imediato. Pouca ênfase foi dada à importância do pré-natal.

É importante ressaltar que a humanização do parto não se restringe a um momento específico, não se inicia no Centro Obstétrico, mas envolve todo um processo, que tem início no pré-natal, com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, levando em consideração as necessidades da mulher na admissão e no parto.

Os principais procedimentos utilizados pelos médicos para diminuir o desconforto da parturiente são: presença de acompanhante (7 médicos); apoio emocional (4); e fornecimento de orientações (4). Os profissionais da enfermagem adotam, principalmente, o apoio emocional (6), o uso de técnicas não farmacológicas (banho, massagem, exercícios na bola, deambulação) (5) e o fornecimento de orientações (4) para diminuição do desconforto da parturiente. Apenas um médico e um profissional da enfermagem destacaram o respeito à privacidade e autonomia da parturiente como forma de reduzir seu desconforto.

A existência de uma hierarquia nas relações entre profissionais e as mulheres atua como uma barreira à humanização. O profissional é o detentor do saber e da técnica e, mesmo quando a mulher participa do parto, sua participação é vista apenas como uma colaboração ao profissional (Griboski & Guilhem, 2006). Da mesma forma, certas técnicas ou procedimentos voltados para a humanização do parto são vistos como positivas na medida em que facilitam o trabalho do profissional de saúde no ambiente hospitalar.

Declararam conhecer o Programa Nacional de Humanização do Parto 8 profissionais da enfermagem e 5 médicos.. É significativo o número de médicos que não conhecem o Programa de Humanização do Parto, considerando-se que eles são os agentes diretamente envolvidos com a cena do parto.

Mabuchi e Fustinoni (2008) destacam a carência de contato com a temática da humanização do parto em todos os cursos que envolvem o cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, o que acaba contribuindo para despersonalizar e desumanizar a assistência oferecida.

Nos cursos de formação em medicina é dada primazia ao desempenho técnico científico, sendo a dimensão intersubjetiva relegada ao segundo plano. Desse modo, os aspectos da assistência humanizada ficam sujeitos às prioridades dos serviços e às preferências e treinamento dos profissionais (Hotimsky & Schraiber, 2005).

Por fugir do escopo deste trabalho não se investigou o que os profissionais pensam a respeito do PNHP, aspecto relevante a ser pesquisado em estudos futuros, no intuito de se conhecer melhor qual a opinião dos profissionais a respeito do programa e de que forma o que é descrito no mesmo se coaduna com a prática.

Os médicos apontaram como fatores necessários à humanização do parto: a capacitação dos profissionais de saúde e gestores (3), a reestruturação do espaço físico da maternidade (2) e o incentivo financeiro dos órgãos governamentais (2). Cinco médicos não responderam a esta questão. Os profissionais da enfermagem consideraram que os principais fatores necessários à humanização do parto são a capacitação de profissionais da saúde e gestores (5), a contratação de mais profissionais (4) e a reestruturação do espaço físico da maternidade (2). Pouca ênfase foi dada à

questão das políticas educacionais e aos fatores mais relacionais, como o respeito à vontade da parturiente, como é possível observar na figura a seguir:

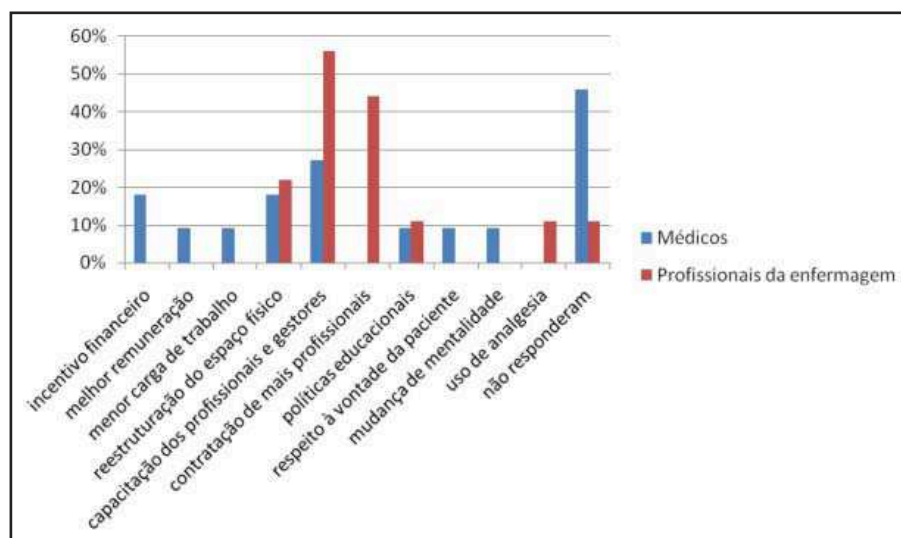


Figura 4 – Fatores necessários à humanização do parto.

Para Dias (2006) a humanização depende mais de fatores pessoais, como disponibilidade, sensibilidade e qualificação e de fatores coletivos, como o trabalho em equipe e o compromisso do grupo de profissionais do que das condições materiais ou administrativas. É fundamental mudar não só a estrutura física e as rotinas dos hospitais, mas principalmente modificar o paradigma que embasa as ações dos profissionais, segundo o qual a performance clínica é mais importante do que a pessoa que está sendo cuidada.

Considerações finais

A humanização do parto está se tornando uma tendência atualmente. Porém, na prática ainda predomina um modelo de atenção ao parto, essencialmente centrado na figura do médico, o que contribui com a manutenção de uma cultura de subordinação e dominação, que reduz a mulher a simples objeto da passagem do bebê.

Nesse sentido, a atenção, a sensibilidade e o cuidado dos profissionais são elementos essenciais para garantir uma parturição segura e prazerosa, assim como deixar a mulher mais confortável para tomar decisões a respeito do seu parto.

Além do suporte emocional é importante oferecer subsídios para que a mulher vivencie este momento de maneira menos dolorosa e sofrida, como as práticas preconizadas pela PNH – massagem, banhos, deambulação e todo o tipo de situação que possa trazer alívio e tranquilidade.

Embora a maioria dos adeptos da humanização do parto normal, não vejam com bons olhos a analgesia por considerá-la um processo intervencionista, e um ato médico, quando o que se busca é recuperar o protagonismo da mulher, e não do profissional da medicina. É necessário destacar que, a prática da analgesia, embora assegurada legalmente ainda está distante da realidade de muitos hospitais, como percebido nesta pesquisa.

Em que pese a diferença dos dois posicionamentos – um contra e outro a favor do uso da analgesia no parto normal, é incontestável sua garantia legal, independentemente do que se propaga a favor ou contra sua utilização, é fato que este recurso previsto em lei não é respeitado, mais uma situação de violência contra as mulheres, uma vez que sequer lhes cabe o direito de decidirem se desejam ou não, uma vez que nem lhes cabe este tipo de orientação de seus direitos.

O desenvolvimento de práticas educativas durante o pré-natal e nos grupos de gestantes também é um aspecto fundamental para aumentar o nível de informação das parturientes a respeito do seu parto e de seus direitos sexuais e reprodutivos, fornecendo-lhe instrumentos para assumir uma postura mais ativa e autônoma.

No entanto, a simples substituição da cesariana por um parto normal intervencionista, não levará, por si só à humanização do parto. É fundamental uma mudança de paradigma, que conte com a participação de todos os agentes envolvidos na assistência ao parto, não apenas no sentido técnico, mas, sobretudo relacional e ético, base para uma verdadeira prática humanizada.

Referências

- Barros, M. L. F. (2011). Percepção dos profissionais de saúde e das mulheres sobre o tipo de parto: revisão de literatura. *Rev. Enferm. UFPE On Line*, 5(2), 496-504.
- Brasil. Ministério da Saúde. FEBRASGO. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher* – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: Análise de Discurso versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enferm.*, 15(4), 679-684.
- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad. Saúde Pública*, 19(2), 389-398.
- Dias, M. A. B. & Domingues, R. M. S. M. (2005). Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 669-705.
- Dias, M. A. B. (2006). *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública*. Tese de doutorado, Instituto Fernandez Figueira – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637.

- Domingues, R. M. S. M., Santos, E. M., & Leal, M. C. (2004). Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, 20(1), 52-62.
- Griboski, R. A., & Guilhem, D. (2006). Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto Enferm.*, 15(1), 107-114.
- Hotimsky, S. N., & Schraiber, L. B. (2005). Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 639-49.
- Leite Filho, F. A. (2006). A cesariana no Brasil. Disponível em: www.buscapb.com.br/buscanews/noticias2.php?colunista=5&artigo=65 Acessado em: 09 de out. de 2009.
- Mabuchi, A. S., & Fustinoni, S. M. (2008). O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. *Acta Paul Enferm*, 21(3), 420-426.
- Moraes, J. F., Godoi, C. V. C., & Fonseca, M. R. C. C. (2006). Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. *Saúde Rev.*, 8(19), 13-19.
- Nascimento, N. M., Progianti, J. M., Novoa, R. L., Oliveira, T. R., & Vargens, O. M. C. (2010). Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. *Esc. Anna Nery*, 14(3), 456-461.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília (DF): OPAS/USAID.
- Prizskulnik, G., & Maia, A. C. (2009). Parto humanizado: influências no segmento saúde. *O mundo da saúde*, 33(1), 80-88.
- Rocha, D., & Deusdará, B. (2005). Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *ALEA*, 7(2), 305-322.
- Schimith, M. D., & Lima, M. A. D. da S. (2004). Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 20(6), 1487-1494.
- Schmalfuss, J. M., Oliveira, L. L., Bonilha, A. L. L., & Pedro, E. N. R. (2010) O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 9(3), 618-623.
- Silveira, S. C., Camargo, B. V., & Crepaldi, M. A. (2010). Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 1-10.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada, e aplicada nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc.*, 17(3), 138-151.

Recebido em agosto de 2012

Aceito em setembro de 2012

Bruna Cardoso Pinheiro – Graduada em Psicologia. Pós-graduanda em Especialização em Saúde Pública, Universidade de Franca, Franca – SP.

Cléria Maria Lobo Bittar – Docente do Curso de Psicologia e do Mestrado e Doutorado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, Franca – SP.

Endereço para contato: bruna_cardoso_pinheiro@hotmail.com