

Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal*

HOW THE WORKERS OF A BIRTHING CENTER JUSTIFY USING HARMFUL PRACTICES IN NATURAL CHILDBIRTH

MODOS EN QUE LOS TRABAJADORES DE UN CENTRO OBSTÉTRICO JUSTIFICAN LA UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS PERJUDICIALES EN EL PARTO NORMAL

Vanessa Franco de Carvalho¹, Nalú Pereira da Costa Kerber², Josefina Busanello³, Bruna Goulart Gonçalves⁴, Eloisa da Fonseca Rodrigues⁵, Eliana Pinho de Azambuja⁶

RESUMO

Este estudo busca entender as justificativas dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do Sul do Brasil para a utilização de práticas do parto normal consideradas prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde. A pesquisa é do tipo exploratória, desenvolvida em julho de 2009, por meio de entrevista com 23 trabalhadores. Na análise, houve a conformação de três núcleos temáticos: *Ações e condutas na dependência do trabalhador de saúde; Práticas rotineiras como facilitadoras do trabalho e Restrição da participação da parturiente no processo decisório*. Algumas justificativas para o emprego das práticas: perpetuação de modelos inadequados, facilitação para a assistência no momento do parto e autoritarismo que alguns trabalhadores exercem sobre a parturiente por acreditarem serem detentores do conhecimento.

DESCRITORES

Parto normal
Parto humanizado
Saúde da mulher
Enfermagem obstétrica

ABSTRACT

This study was performed with the objective of understanding the reasons why workers of a birthing center in southern Brazil use natural birth practices considered harmful by the World Health Organization. This exploratory study was performed in July 2009 through interviews with 23 workers. The analysis revealed three themes: *Actions and behaviors dependent on health workers; Routine practices as facilitators of work; and Restricting the parturients' participation in the decision-making process*. Some justifications for using the practices were: perpetuation of inappropriate models, facilitation of the care provided during delivery and authoritarianism that some workers impose over parturients in the erroneous belief that workers have all the knowledge.

DESCRIPTORS

Natural childbirth
Humanizing delivery
Women's health
Obstetrical nursing

RESUMEN

Este estudio busca entender las justificaciones de los trabajadores de un Centro Obstétrico del Sur de Brasil para la utilización de prácticas de parto normal consideradas perjudiciales por la Organización Mundial de la Salud. La investigación es de tipo exploratoria, desarrollada en julio de 2009, mediante entrevistas con 23 trabajadores. En el análisis, hubo conformación de tres núcleos temáticos: *Acciones y conductas en la dependencia del trabajador de salud; Prácticas rutinarias como facilitadores del trabajo y Restricción de la participación de la parturienta en el proceso decisório*. Algunas justificaciones para el empleo de las prácticas: perpetuación de modelos inadecuados, facilitación para la atención en el momento del parto y autoritarismo que algunos trabajadores ejercen sobre la parturienta por creer ser quienes detentan el conocimiento.

DESCRIPTORES

Parto normal
Parto humanizado
Salud de la mujer
Enfermería obstétrica

* Extraído do Projeto de Pesquisa "Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes", Universidade Federal do Rio Grande, 2009. ¹ Graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande, RS, Brasil. va_carvalho@yahoo.com.br
² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande, RS, Brasil. nalu@vetorial.net
³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Docente da Universidade Federal do Pampa. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande, RS, Brasil. josefinebusanello@hotmail.com
⁴ Graduanda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Bolsista PIBIC/CNPq/FURG. Rio Grande, RS, Brasil. brunaggoncalves@gmail.com
⁵ Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande, RS, Brasil. eloisadafonsecarodrigues@yahoo.com.br
⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Campus Rio Grande e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de Pesquisa Viver Mulher. Rio Grande, RS, Brasil. gama@vetorial.net

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), pensando em melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal criou, através da Portaria 569/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério⁽¹⁾.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro refere-se ao dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para isto, há necessidade de uma atitude ética e solidária por parte dos trabalhadores de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e, também, romper com o isolamento normalmente imposto à mulher. O segundo aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido⁽²⁾.

Muitas técnicas consideradas pelo Ministério da Saúde como prejudiciais ao parto continuam sendo utilizadas rotineiramente nos hospitais, caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas⁽³⁻⁶⁾.

Uma pesquisa⁽⁶⁾ realizada com enfermeiros de instituições da zona Leste do município de São Paulo indicou a utilização rotineira de ocitócitos, episiotomia e posição de litotomia, ambas consideradas práticas prejudiciais ao parto, conforme o Ministério da Saúde.

Outra investigação⁽⁷⁾, na qual foi realizada uma revisão bibliográfica na SciELO, apontou que no Brasil a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal está focada no modelo biomédico de atenção, sendo que isso vem contribuindo para o aumento de procedimentos invasivos e intervencionistas desnecessários ao parto.

Entende-se que um parto humanizado não é somente aquele que não utiliza práticas desnecessárias. Para que este se efetue realmente, a parturiente deve ser respeitada em sua totalidade, participando ativamente das decisões que envolvem o seu atendimento. Quando não se respeita os direitos e as vontades da mulher, ocorre uma descaracterização da assistência humanizada⁽⁸⁻⁹⁾.

Este aspecto encontra-se realçado na Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal brasileira, por meio do

princípio de que a humanização deve ser entendida como respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão. É afirmado o dever dos serviços e profissionais de saúde de acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos⁽¹⁰⁾.

Para uma prática humanizada, não pode ser negada a autonomia da cliente⁽⁹⁾. O tipo de assistência preconizada pelo MS, com intenso respeito às mulheres como seres humanos, deveria ser assegurado por todas as instituições de saúde. Os trabalhadores de saúde devem se adequar a esse novo paradigma de assistência para viabilizar a política de humanização do parto, sendo preciso promover mudanças nos órgãos formadores, na melhoria da infraestrutura hospitalar e nas condições de trabalho⁽¹¹⁾.

Compreende-se que os trabalhadores da saúde têm grande importância na implementação do parto humanizado, já que são mediadores desse processo, sendo assim, essencial seu envolvimento para tornar o parto o mais natural possível⁽⁵⁾. A humanização da assistência ao parto está atrelada, em grande parte, à relação do trabalhador de saúde com a mulher e seus familiares⁽¹²⁾.

Nesse sentido, desponta o presente estudo, que busca entender as justificativas dos trabalhadores atuantes em um Centro Obstétrico de um hospital situado no extremo sul do Brasil para a utilização de algumas práticas do parto normal consideradas prejudiciais ou ineficazes segundo a OMS e o Ministério da Saúde para a autonomia da parturiente durante o trabalho de parto e parto. Reflete-se que, a partir desse entendimento, há a possibilidade concreta de efetivação das transformações necessárias, tanto na estrutura dos serviços quanto nas relações entre trabalhadores e usuárias, no rumo de alcançar a assistência preconizada pelo MS.

MÉTODO

O presente estudo adota a abordagem qualitativa e caracteriza-se como uma pesquisa exploratória-descritiva, realizada em um Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário (HU) do Sul do Brasil.

Apresentou como sujeitos da pesquisa 23 trabalhadores atuantes no CO deste HU, sendo seis médicos obstetras, também chamados de preceptores, seis médicos residentes do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade a que o hospital é vinculado, cinco enfermeiras e seis técnicos de enfermagem. No HU em questão, o responsável pela realização do parto

Muitas técnicas consideradas pelo Ministério da Saúde como prejudiciais ao parto continuam sendo utilizadas rotineiramente nos hospitais, caracterizando uma assistência desvinculada das evidências científicas

e determinação das condutas é o médico, porém, toda a equipe atuante no setor foi incluída no estudo, de modo a obter sua percepção acerca da realização das práticas investigadas, uma vez que se entende que todos devem ser partícipes do processo de trabalho.

Primeiramente, foi apresentado a todos os sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Depois, foi realizada uma entrevista individual com os trabalhadores em julho de 2009, sendo esta efetuada por um grupo de acadêmicas de Enfermagem previamente treinadas. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em local e horário de acordo com a preferência do entrevistado, sem relação com o momento específico de atenção a alguma parturiente.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e depois transcritas integralmente, para uma melhor compreensão dos dados. Foram questionadas a utilização e a justificativa para realização de alguns procedimentos que se enquadram na categoria das práticas prejudiciais ao parto normal e que, segundo o MS, não devem ser realizadas de forma rotineira, que são: a utilização de enteroclistima, tricotomia e ocitocina no pré-parto e o uso da posição de litotomia e episiotomia no parto. Para cada prática respondida como sendo desenvolvida, foi questionado se as parturientes eram consultadas quanto à utilização destas.

O estudo seguiu as determinações da Resolução 196/96, que regulamenta as normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Obteve autorização para seu desenvolvimento no Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob o parecer número 31/2008.

A identificação dos sujeitos da pesquisa, de forma a assegurar o anonimato, foi efetuada através de códigos diferenciados pela profissão, ou seja, médicos preceptores (MP), médico residente (MR), enfermeiros (E) e técnicos de enfermagem (TE), seguido do número de ordem da realização da entrevista.

Primeiramente, os dados obtidos passaram por uma pré-análise, na qual foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, para que o pesquisador pudesse tomar contato com o conteúdo das mesmas. Após essa leitura, foi realizado um esquema de codificação dos dados, sendo elaborada uma tabela que contou com a identificação dos sujeitos da pesquisa e os tópicos principais, constituídos das perguntas utilizadas no roteiro, de acordo com a proposta de análise no que se refere à ordenação dos dados⁽¹³⁾. Em uma segunda etapa, foram formados três núcleos temáticos que emergiram das justificativas acerca da realização ou não das práticas prejudiciais, segundo o relato dos trabalhadores do CO em estudo. Na terceira etapa, os dados foram interpretados, estabelecendo-se correlação dos temas elencados com as recomendações da OMS e do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, além de estudos desenvolvidos na área.

RESULTADOS

A seguir, serão apresentados três núcleos temáticos que emergiram da análise dos depoimentos dos trabalhadores do Centro Obstétrico acerca das justificativas para a realização ou não das práticas ineficazes e prejudiciais ao parto, que foram investigadas no presente estudo.

Ações e condutas na dependência do trabalhador da saúde

Ao analisar os depoimentos dos sujeitos entrevistados, evidenciou-se que o emprego de algumas práticas consideradas prejudiciais no trabalho de parto está diretamente relacionado ao trabalhador de plantão. Na unidade em estudo, não há um protocolo de atendimento que funcione como um guia norteador do processo de trabalho no atendimento das parturientes. Este aspecto é observado na fala dos trabalhadores acerca da prática do enteroclistima:

(...) depende da conduta de cada preceptor, alguns querem que faça, outros que não faça, às vezes a conduta do próprio pessoal (...) (MP2).

(...) depende da conduta do médico que está de plantão, tem alguns médicos que usam (...) (TE 2).

(...) depende dos médicos, cada um tem a sua rotina (TE3).

Também transparece quando os trabalhadores referem-se à tricotomia:

(...) o médico já orienta, e a gente tem que ir conforme a rotina de cada um deles (TE1).

Depende do médico, depende do residente, depende da enfermagem, depende da paciente, porque tem uns que tem uma escola, outros tem outras escolas... (MP4).

(...) os profissionais médicos preferem que se faça. Dizem que não é recomendado, mas aqui eles ainda preferem que se faça (E2).

E, ainda, ao se referirem à realização da episiotomia:

Depende, em alguns serviços (MR2).

Outro elemento que desponta neste núcleo temático é a questão da reprodução do modelo de assistência adotado pelo médico preceptor pelos médicos residentes. Algumas vezes, pela falta de autonomia, o médico residente desenvolve determinadas práticas, mesmo sabendo que não são adequadas, seguindo as condutas ditadas pelo médico preceptor, sem questionar, como exemplificado na fala a seguir:

É que eu sou residente, então tem coisas que se fosse eu sozinho eu não faria, mas, como tenho o preceptor, tenho que fazer o que ele quer... (MR4).

Práticas rotineiras como facilitadoras do trabalho

Evidencia-se que o emprego de determinadas práticas no pré-parto tem como intuito facilitar a ação do traba-

lhador no parto, sem considerar a necessidade individual de cada parturiente e sem refletir se o uso de tais práticas traz benefícios para a mulher e para o bebê. Isso fica claro, por exemplo, ao observar os depoimentos relacionados ao uso da episiotomia:

(...) Tem muitos preceptores que querem que faça em todas (...) (MR4).

Fazem em todas, só quando não conseguem mesmo (...) (TE 1).

E, também, quando relatam a realização de tricotomia em todas as parturientes:

A tricotomia tem que ser feita, até porque depois, na episio, um monte de pêlos atrapalha (...) (MP5).

Normalmente, nas parturientes de parto normal é rotina, quando chegam no CO, fazer a tricotomia e fazer enema (...) (MP2).

(...) depois ela vai, vai ter um impedimento, uma dificuldade na hora, que se a gente precisar executar ou ali, mesmo um parto cesariano, ou até mesmo um parto vaginal com episiotomia, ela traz uma dificuldade técnica (...) (MR2).

Porém, parece despontar a visão, por parte de alguns trabalhadores, de que a realização de tais práticas de forma indiscriminada não é uma atitude adequada. Evidencia-se também o manifesto de que, aos poucos, está havendo mudanças na sua prática de trabalho:

A episiotomia deve ser feita se necessário, mas aqui é rotina... O que eu falo é o que é feito de rotina aqui, não o que eu acho (MP1).

(...) na verdade é uma rotina que não era para ser (...) (TE 6).

Aqui é feito de rotina. Não quer dizer que é certo fazer (MP1).

(...) já foi (falando que já foi uma rotina). Por que, segundo a literatura já diz e todos concordam, vai chegar também na tricotomia (...) (E2).

(...) No nosso serviço ela é tratada como de rotina, isso está mudando um pouco, mas, ainda é rotina (...) (MR2).

Restrição da participação da parturiente no processo decisório

Por meio da análise dos depoimentos dos trabalhadores, constatou-se a passividade da mulher no momento do parto. A maioria dos trabalhadores realiza os procedimentos sem questionar a parturiente a respeito. Segundo os trabalhadores, a paciente é informada sobre o emprego destes procedimentos, mas não lhe é oferecida a oportunidade de participar da decisão acerca da realização de tais procedimentos. A parturiente não é participante nas condutas e ações desenvolvidas durante o tempo que

permanece no CO em trabalho de parto, como é possível evidenciar nas falas abaixo:

Não, acredito que não. A gente até informa, mas só vamos preparar, sem, realmente, grandes explicações (MR7).

A gente explica o que vai fazer (MP2).

Não é questionada, e sim orientada a respeito do procedimento (E1).

Pode-se observar, no depoimento do médico residente a seguir, o autoritarismo dos trabalhadores sobre as parturientes no momento do parto. As mulheres não são questionadas, nem tem a oportunidade de opinar quanto ao seu atendimento.

Elas não são questionadas, é falado que é necessário e elas concordam, nunca teve nenhuma que disse que não queria (MR3).

Neste núcleo temático, aparece um diferencial que vem reforçar o autoritarismo dos trabalhadores da unidade no que se refere ao poder decisório das parturientes. Quando os trabalhadores foram questionados acerca da realização da episiotomia, os médicos são unânimes em afirmar que a decisão pela realização desse procedimento não compete à parturiente:

Não. A episio é uma indicação obstétrica (MR7).

Não, nós é que avaliamos o que é necessário (MP3).

Nas falas abaixo, de médicos preceptores, podemos perceber que o pensamento existente na unidade é de que o médico tem plenos poderes nas decisões envolvendo o processo de nascimento, sem que a parturiente participe das decisões nesse momento. Esse aspecto pode ser observado na fala abaixo:

Não, é decisão médica (MP1).

Não, nós é que avaliamos o que é necessário (MP3).

Os trabalhadores possuem a ideia de que a mulher que está passando pelo parto não tem condições de opinar sobre o que é melhor para si e para o seu bebê. As falas a seguir demonstram essa perspectiva dos trabalhadores:

Não, porque a episio não é uma coisa de decisão da paciente, tu não tem como perguntar para a paciente, ela não vai ter condições de responder. Paciente com dor não consegue pensar direito, daí tu vai perguntar se ela quer fazer episio, isso não dá, é inviável (MR4).

Não coitada, na hora elas nem sabem o que está acontecendo (TE2).

DISCUSSÃO

Ao analisar as falas dos trabalhadores, ficou evidente que a maioria desconsidera as recomendações da OMS e do MS sobre o parto normal e continuam empregando

práticas consideradas prejudiciais ao parto. Um dos aspectos que transpareceram foi que, na unidade em estudo, a opinião de alguns trabalhadores tornou-se verdadeira e superior às orientações do MS. Parece evidente que a adoção das práticas está na dependência da crença e saber dos plantonistas.

Cabe ressaltar que o local estudado é uma instituição de ensino, que tem a responsabilidade de formar futuros trabalhadores de saúde. Devido a isso, o hospital deveria ter como guia o MS, que é o órgão máximo que direciona as ações de saúde do país. E, como órgão formador:

Esperar-se-ia que a universidade fosse o *locus* da busca do saber e do conhecimento, e que estas instituições incorporassem rapidamente as práticas baseadas em evidências científicas ao ensino, assistência e pesquisa. Ocorre que essas práticas foram inicialmente adotadas e disseminadas em serviços públicos do SUS e, paradoxalmente, um dos grandes focos de resistência para sua efetiva adoção é a academia: catedráticos de Medicina de importantes universidades têm publicado, na mídia, editoriais desqualificando as propostas de humanização do MS⁽¹⁴⁾.

A falta de um protocolo de atendimento baseado em evidências científicas favorece a perpetuação desse modelo utilizado na unidade. O hospital tem a obrigação de orientar seus trabalhadores para um atendimento adequado e de qualidade. Ademais, apesar da unidade não possuir um protocolo de atendimento à parturiente, fica evidente que há uma rotina oculta no local, pois os trabalhadores tiveram respostas semelhantes quando questionados sobre as práticas prejudiciais ao parto.

A rotina existente na unidade traz vários prejuízos, pois se configura como um empecilho para mudanças. As condutas são passadas intergeracionalmente no decorrer do tempo e são aceitas como verdadeiras, dificultando uma mudança no comportamento (conduta) dos trabalhadores. Sabe-se que algumas rotinas perpetuadas por longos períodos são difíceis de serem mudadas, sendo necessário que alguém, no caso, algum trabalhador ou gestor, tome a iniciativa de estabelecer um processo de discussão, com intuito de fomentar a mudança de comportamento. Esta mudança *pode ser lenta porque regras e rotinas conhecidas são confortantes, e porque leva tempo para desenvolver e concordar com novas políticas*⁽¹⁵⁾.

Evidencia-se no depoimento de um residente em medicina que o mesmo não concorda com o tipo de assistência prestada. No entanto a segue, de acordo com a orientação de seu preceptor. Isto causa preocupação, pois se percebe que um modelo inadequado está sendo transmitido para os novos trabalhadores. Ainda salienta-se a falta de preparo por parte de alguns que, simplesmente, desconsideram recomendações importantes. Os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica permanente, uma vez que a grande maioria, após a graduação, não volta a se atualizar⁽¹⁶⁾.

Os estudantes podem ser atores para a mudança de comportamento, pois têm acesso à bibliografia científica que demonstra as práticas que devem ou não ser utilizadas. Assim, esses não deveriam argumentar e questionar seus professores sobre o motivo pelo qual tais práticas continuam sendo adotadas? Ao mesmo tempo, entende-se que os alunos reproduzem o que lhes é ensinado nas salas de aula e nos campos de prática, inclusive, muitas vezes agindo como se não houvesse uma base técnica e científica de sustentação para a alteração de técnicas tradicionais como episiotomia ou tricotomia. Um estudo em que os investigadores acompanharam aulas ministradas no curso de medicina pôde observar o professor recomendando a realização de práticas como as descritas acima, fundamentando sua utilização apenas na sua experiência profissional⁽¹⁷⁾.

No local do estudo pode-se perceber a rotinização de práticas prejudiciais ao parto, visando facilitar a assistência ao parto para o trabalhador, e não como forma de prover benefícios para a parturiente e seu bebê. Cabe ressaltar que o objetivo da assistência ao parto é realizar o menor nível de intervenções ao parto que garantam a saúde da mãe e de seu bebê⁽¹⁷⁾.

A avaliação individual de cada parturiente e, principalmente, o diagnóstico correto no início de trabalho de parto são parâmetros fundamentais para evitar o uso excessivo de práticas prejudiciais ao parto⁽¹⁷⁾. Por isso, o uso de prescrições rotineiras é considerado inadequado, sendo que o trabalhador que assiste o parto tem o dever de realizar uma avaliação individualizada de cada parturiente. O trabalhador de saúde deve seguir um modelo de atenção não intervencionista, rever as práticas de atendimento a parturiente, considerando as evidências científicas, e respeitar a singularidade de cada mulher⁽⁴⁾. Em alguns locais, é repassada uma imagem de que a aplicação de protocolos fixos é mais benéfica e segura, quer para as pacientes, quer para os médicos⁽¹⁷⁾.

Por meio dos depoimentos dos trabalhadores, pode-se evidenciar que alguns já perceberam os malefícios que tais práticas trazem. Porém, estes parecem não estar estimulados para promover uma mudança nas rotinas institucionais. Ao expor as parturientes a riscos desnecessários, os trabalhadores estão violando um dos princípios da bioética: a não-maleficência. Esse princípio determina a obrigação de não infringir males ou danos intencionalmente, ou seja, não impor risco de dano⁽¹⁸⁾.

Outro fator preocupante na instituição estudada está relacionado à falta de participação das parturientes nas decisões sobre o seu parto. Parece que os trabalhadores desconsideram o protagonismo das mulheres na cena do parto. Citam, em alguns momentos, que as parturientes são informadas sobre os procedimentos realizados. No entanto, não permitem a participação das mulheres no processo decisório das práticas adotadas. Assim, os traba-

lhadores estão infringindo um princípio da bioética, que é o de respeito à autonomia.

A autonomia é o direito que a pessoa tem de dar as suas opiniões, fazer escolhas e agir com base em seus valores e crenças⁽¹⁸⁾. Os mesmos autores referem que a grande dificuldade de respeitar este princípio no contexto biomédico está atrelada à condição dependente do paciente e à posição de autoridade do trabalhador.

Uma investigação⁽¹⁹⁾ obteve resultados semelhantes à presente pesquisa. Esses autores concluíram que os trabalhadores da saúde só explicam ou orientam o que é praxe na assistência, sem dar oportunidade às parturientes de escolher os acontecimentos no seu parto.

Outro estudo, realizado em um Hospital Escola do interior de Minas Gerais, comprovou a falta de informação e a ausência da participação das puérperas no processo decisório sobre a realização da episiotomia, sendo que 81,3% das mulheres entrevistadas relataram não terem recebido qualquer tipo de informação em relação à intervenção⁽³⁾.

Olhar a mulher como um ser único, respeitar seus direitos e vontades e reconhecer que a mulher e o seu bebê são peças fundamentais no parto são atitudes que devem ser assumidas pelos trabalhadores da saúde. Um parto de qualidade não é apenas aquele realizado por via natural, ou seja, vaginal; é aquele no qual se leva em conta os direitos e desejos da parturiente e seus familiares⁽⁸⁾.

Salienta-se ainda nos depoimentos dos trabalhadores que estes percebem as mulheres como passivas na hora do parto e que nem mesmo reconhecem seus direitos e que, por isso mesmo, não conseguem reivindicá-los. Em um estudo desenvolvido em Londrina, no Paraná, os autores evidenciam esse mesmo achado, afirmando que os profissionais tratam as parturientes como corpos iguais, ou seja, objetos passivos de ações que não oferecem resistência⁽²⁰⁾.

Essa falta de informação das mulheres e de conhecimento sobre os seus direitos pode ser resultado da falha no atendimento pré-natal realizado. O trabalhador da saúde que presta assistência pré-natal tem a obrigação de preparar a mulher para o parto, dando-lhe informações sobre o mesmo e sobre os procedimentos rotineiros, ensinando-lhe formas de relaxamento e fornecendo-lhe informações sobre como esta mulher pode ajudar, para que o parto ocorra de maneira mais fácil e tranquila.

O Manual do Parto, Aborto e Puerpério, publicado pelo Ministério da Saúde, reforça que a opinião das mulheres no parto deve ser respeitada. Para que isso aconteça de forma consciente, a mulher deve receber informações no pré-natal⁽²¹⁾, o que poderá favorecê-la nas escolhas nesse momento tão importante de sua vida.

Outro fato que chama bastante atenção é que os trabalhadores parecem desconsiderar os direitos das pacientes. De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde, todo pacien-

te tem direito a consentir ou recusar procedimentos nele executados, devendo consentir de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação⁽²²⁾.

Ao se abordar essa questão de autonomia das parturientes, é necessário clarear um aspecto nessa relação trabalhador/parturiente. Os trabalhadores médicos enfatizaram que a decisão para realização de procedimentos como a episiotomia não compete à parturiente, sendo esta uma decisão do obstetra de plantão. Um dos estudos que aborda essa questão também realça o médico como sendo o detentor do poder de decisão⁽¹⁷⁾.

Certamente, a decisão final sobre a realização de determinadas práticas é exclusiva do obstetra presente no momento do parto, o qual possui qualificação adequada para avaliar a necessidade de intervenção e evitar complicações no parto. Porém, é necessário destacar que a rotinização de determinados procedimentos, sem o consentimento das mulheres, e sem uma informação adequada a estas, representa a desconsideração da parturiente como sujeito desse processo.

Nesta perspectiva, o trabalhador exerce uma postura de dominação e uma relação de poder em relação à parturiente. Essa concepção está atrelada, principalmente, à posição de detentor do conhecimento e do saber assumida pelo trabalhador, que, assim, restringe a possibilidade de autonomia da paciente⁽⁹⁾.

A parturiente, nesta situação, se configura como um receptáculo de uma ação autoritária, sem nenhuma possibilidade de interferir, sem poder emitir seu parecer ou fazer respeitar os seus direitos e desejos. A competência científica e a tecnologia têm maior destaque do que a qualidade de vida ou o bem-estar da clientela⁽⁹⁾.

Parece claro que os trabalhadores têm certeza de que as mulheres no momento do parto não têm condições de opinar o que é melhor para si, cabendo esta decisão para eles. Esse entendimento esteve presente na quase totalidade dos resultados apresentados.

Finalizando esta discussão, cabe ressaltar que o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento foi planejado e discutido como uma *política nacional em atenção dos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal*⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo, pode-se comprovar através do relato dos trabalhadores que algumas práticas prejudiciais ao parto continuam sendo desenvolvidas no atendimento às parturientes, sendo que as principais justificativas são a perpetuação de modelos inadequados, a facilitação para a assistência no momento do parto e o autoritarismo que alguns trabalhadores têm em relação à parturiente, por acreditarem serem os únicos detentores de conhecimento.

Outro fator relevante que apareceu ao longo da discussão foi a falta de respeito aos direitos da parturiente, demonstrado a partir do momento em que a mesma não é informada sobre a realização da maioria dos procedimentos e muito menos possui a oportunidade de opinar sobre sua utilização. Evidencia-se também o descumprimento dos princípios éticos de não-maleficência e autonomia.

Pareceu que os trabalhadores entrevistados desconsideraram as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, sendo que, para estes, a prática diária e a experiência apresentam-se como superiores a tais indicações. Para que esta realidade seja transformada, é necessário que haja investimento em cursos de aperfeiçoamento e que experiências bem sucedidas de parto humanizado sejam mostradas a estes trabalhadores.

Para prover uma mudança nesta realidade de atenção ao parto, seria necessário que a instituição, que é a

grande responsável por mudanças no comportamento, realizasse uma intervenção no sentido da criação de um protocolo de orientação das condutas e da maneira com que estes trabalhadores devem prestar assistência. Além disso, o presente estudo evidencia a necessidade de realizar uma investigação na estrutura curricular dos cursos de Medicina e Enfermagem para averiguar se estes contemplam, em suas abordagens, as perspectivas de humanização referentes a atenção no ciclo gravídico-puerperal, assim como no programa de residência de Ginecologia e Obstetrícia da instituição em estudo.

Acredita-se que, investindo na capacitação dos trabalhadores na formação dos estudantes e na estrutura dos serviços, se consiga aprimorar a qualidade da assistência às usuárias e, assim, assegurar também uma contínua promoção do desenvolvimento técnico e científico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2010 out. 13]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
2. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 out. 13]. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
3. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):645-50.
4. Oliveira SMJVD, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):288-95.
5. Reis AED, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10 Supl:221-30.
6. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(4):546-51.
7. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(4):452-5.
8. Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006;10(3):439-47.
9. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc*. 2008;17(3):138-51.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2010 out. 14]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>
11. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):107-14.
12. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):669-705.
13. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. Análise dos dados qualitativos; p. 357-77.
14. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13 Supl 1:759-68.
15. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. Rotinas hospitalares; p. 137-43.
16. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(3):269-79.
17. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3): 639-49.

-
18. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios da ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002.
 19. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. Acta Paul Enferm. 2008;21(4):609-15.
 20. Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(1):82-9.
 21. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenadoria da  rea Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2010 out. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde [Internet]. 2  ed. Brasília; 2007 [citado 2010 ago. 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf

Financiado pelo CNPq - Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde 22-2007 – Processo n. 551217/2007-3