



## PESQUISA

## THE PERCEPTION OF WOMEN CONCERNING THEIR PARTURITION

A PERCEÇÃO DAS MULHERES ACERCA DA SUA PARTURI(A)ÇÃO

LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES ACERCA DE SU PARTO

Erika Claro da Silva<sup>1</sup>, Inês Maria Meneses dos Santos<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the assistance received during the process of pregnancy, delivery and birth from the mother perspective; to analyzing the perception of women about the assistance received in normal delivery, from their life story. **Method:** Qualitative study. The Life Story method was used. Ten catholic women were interviewed of a church of the city of Rio de Janeiro, who had experience of normal deliveries in the health public network. **Results:** The thematic analysis resulted in three categories: pregnancy, parturition and puerperium. **Conclusion:** Conclusions pointed to the professional practices in the management of delivery are based by the biomedical model, yet distant recommended by the Humanization Program of the Office of Health. **Descriptors:** Women's health, Humanizing delivery; Obstetrical nursing.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever, sob a ótica materna, a assistência recebida durante os processos de gestação, parto e nascimento; analisar a percepção da mulher sobre a assistência recebida no parto eutócico, tomando como base sua história de vida. **Método:** Estudo qualitativo. Utilizou o método História de Vida. Foram entrevistadas dez mulheres católicas de uma igreja do município do Rio de Janeiro, que vivenciaram partos eutócicos na rede pública de saúde. **Resultados:** A análise temática resultou em três categorias: gravidez, parturição e puerpério. **Conclusão:** As práticas profissionais no manejo do parto estão enviesadas pelo modelo biomédico, ainda distante do preconizado pelo Programa de Humanização do Ministério da Saúde. **Descritores:** Saúde da mulher, Parto humanizado; Enfermagem obstétrica.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir, bajo la perspectiva de la madre, la asistencia recibida durante el proceso de embarazo, parto y nacimiento; analizar la percepción de la mujer sobre la asistencia recibida en el parto normal, según suya historia de vida. **Método:** Estudio cualitativo. Se uso lo método Historia de Vida. Diez mujeres católicas fueron entrevistadas de una iglesia de la ciudad de Rio de Janeiro, que había vivido partos normales en la red pública de salud. **Resultados:** El análisis temático resultó en tres categorías: embarazo, parto y puerperio. **Conclusión:** Las prácticas profesionales en la gestión de la entrega se basan en el modelo biomédico, aún lejano de recomendado por el Programa de Humanización del Ministerio de Salud. **Descritores:** Salud de la mujer, Parto humanizado; Enfermería obstétrica.

<sup>1</sup>Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).<sup>2</sup>Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAP, da UNIRIO. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (URFJ). Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação na área da Saúde da Mulher e da Criança (NuPEEMC) e do Grupo de Estudos em Enfermagem nas Áreas Perinatal e da Mulher no seu Ciclo Vital. E-mail: [inesmeneses@gmail.com](mailto:inesmeneses@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

A parturição, historicamente, sofreu muitas alterações desde o parto assistido por mulheres - as parteiras, em domicílio, com a proibição da figura masculina e na posição vertical - até a assistência obstétrica hospitalar, acompanhada por homens - os médicos, no hospital, em posição horizontal.

A crescente medicalização do corpo da mulher, com a justificativa da condução de um parto “saudável” e da redução do sofrimento materno, resultou no emprego de técnicas obstétricas invasivas desnecessárias como o uso de episiotomia de rotina, restrições quanto à deambulação materna, aumento no número de cesáreas, proibição da participação de acompanhante escolhido pela mulher no evento do parto.

Em contrapartida, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, impulsionada pelo movimento em prol do nascimento e do parto humanizados e pelas evidências científicas, publicou o “Guia Prático de Assistência ao Parto Normal”, em que preconiza o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento<sup>1</sup>.

No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2001, publicou o manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”, em que recomenda que deva haver uma razão válida para a interferência no parto, devendo acontecer com o mínimo de intervenção, como um processo fisiológico e singular na vida da mulher, de seu parceiro e de seus familiares<sup>2</sup>.

A humanização no atendimento das parturientes envolve além de respeito e atenção por parte dos profissionais de saúde durante o exercício de suas profissões, procedimentos o

menos invasivo possível de modo a preservar a privacidade e autonomia da mulher.

Todavia, esse modelo humanizado de assistência não é implementado integralmente na prática, pois o que se observa nas maternidades são gestantes separadas de seus companheiros ou acompanhantes, convivendo em ambientes estranhos e com profissionais desconhecidos e estressados, que utilizam linguagem técnica.

Diante desta situação vivenciada pelas mulheres durante o parto eutócico, questiona-se: Como as mulheres percebem a assistência que recebem nos processos de gestação, parto e nascimento?

Assim, foram elaborados os seguintes objetivos: Descrever, sob a ótica materna, a assistência recebida durante os processos de gestação, parto e nascimento e analisar a percepção da mulher sobre a assistência recebida no parto eutócico, tomando como base sua história de vida.

O estudo torna-se relevante, visto que, no Brasil, a qualidade da atenção obstétrica continua a ser um ponto crítico da assistência à saúde da mulher. É, portanto, emergente a necessidade de buscar práticas menos intervencionistas e mais humanizadas no parto, de modo a garantir os direitos legais da mulher e do recém-nascido.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, pois enfoca o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a “fala” como a matéria-prima desta abordagem, a ser contrastada com a prática dos sujeitos sociais<sup>3</sup>.

O método História de Vida baseia-se em depoimentos pessoais, oferecendo ao pesquisado o direito da palavra e uma relação direta com o pesquisador. Nessa abordagem o que interessa ao pesquisador é o ponto de vista do sujeito, sendo assim, o sujeito não relata simplesmente sua vida, ele reflete sobre ela enquanto conta<sup>4</sup>.

As depoentes foram dez mulheres que participavam dos encontros semanais em uma Igreja Católica da cidade do Rio de Janeiro. O grupo era formado somente por mulheres que compartilhavam suas experiências de vida e discutiam temas que dizem respeito a família, saúde, sociedade, religião, dentre outros.

A escolha deste grupo objetivou colher dados de mulheres que tiveram partos em instituições de saúde em bairros distintos do município do Rio de Janeiro e sendo assistidas por diferentes profissionais de saúde no momento do parto.

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho e agosto de 2005, somente após a autorização ao pároco responsável, encaminhamento ao CEP do HUGG/UNIRIO, em conformidade com a Resolução 196/96<sup>5</sup>.

A produção dos dados aconteceu em dois momentos: 1) contato com a entrevistada, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após o aceite e assinatura, cada entrevistada escolheu um pseudônimo para ser identificado, sendo então assegurado o seu anonimato. 2) entrevista com uma questão aberta: “*Conte-me como foi seu parto a partir da sua história de vida*”, reproduzida em fita magnética. As entrevistas foram agendadas e feitas individualmente.

As dez entrevistadas apresentam as seguintes características: faixa etária em média de 30 anos, sete têm nível de escolaridade até o

ensino médio incompleto, apenas três com ensino médio concluído, nove são donas de casa, seis são casadas, três são primíparas.

As participantes da pesquisa tiveram suas últimas gestações entre os anos de 2000 a 2005, sendo todos os partos ocorridos na rede pública de saúde (SUS) da cidade do Rio de Janeiro. Dentre as dez mulheres, seis tiveram o parto realizado por médico-obstetra e quatro por enfermeira-obstetra.

O processo analítico iniciou-se tão logo começaram as transcrições das fitas, ou seja, imediatamente após as primeiras entrevistas. Os relatos foram lidos e relidos, para apreensão dos temas emergentes das falas das entrevistadas. Esta ação denomina-se leitura flutuante que consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações<sup>6</sup>.

Foi realizada a análise temática<sup>6</sup>, ou seja, de posse dos temas (núcleos de sentido) contidos nas entrevistas foram construídas as categorias analíticas a partir do discurso dos sujeitos, analisadas à luz do referencial teórico em relação ao parto natural - boas práticas na realização do parto normal, parto ativo e o parto humanizado.

## RESULTADOS E DICUSSÃO

A narrativa das entrevistadas foi fortemente influenciada pelas questões que permeiam o ciclo gravídico-puerperal. Dessa forma, construíram-se três categorias analíticas: gravidez; parturição e puerpério.

### Categoria 1- Gravidez

Realizando a leitura das entrevistas, observou-se que a descoberta de uma gravidez,

mesmo planejada, constitui um momento de grande surpresa e questionamento, sobretudo, em relação aos familiares e da atual condição sócio-econômica.

A gravidez, então, compreende um momento único e especial na vida da mulher, do seu parceiro e seus familiares, um processo singular, uma experiência especial no universo do casal, que envolve também suas famílias e a comunidade<sup>7</sup>.

A descoberta da gravidez, nas falas das entrevistadas, revelou um misto de sentimentos, reações e expectativas, trazendo para sua realidade emocional uma dicotomia entre a felicidade e a tristeza.

*Até eu entender que eu tava grávida mesmo e acreditar... Isso foi um processo muito difícil pra mim. (Maria)*

Em muitas famílias há de se fazer uma reestruturação na organização financeira e estrutural da casa, tornando-se um importante marco na vida familiar.

*Foi aquele desespero, a casa em obra ainda, quando a vida já tá começando a se estabilizar, quando tudo tá entrando no eixo, 'ai meu Pai vem mais uma criança', aí se pensa nos gastos, na educação e tal. (Cristal)*

A reação do companheiro, dos outros filhos, dos parentes e da sociedade como um todo, também influencia na descoberta da chegada de outra criança. No caso deste estudo, por se tratar de mulheres com vida religiosa ativa, a questão “igreja”, deve ser levada em conta nesta análise, principalmente, nos casos de mulheres que não são casadas.

*A gente não queria esse filho, foi assim, um descuido meu, a gente queria casar, sabe, é certinho na igreja. Mas, fazer o que?. (Milena)*

*Eu fiquei muito contente com a Igreja também, né, com a comunidade que aceitou muito bem... As crianças, L. ficou muito contente. E o marido. não, né, ele não aceitou muito mais uma criança, a ficha dele demorou pra caramba pra cair. (Cristal)*

A gestação representa uma das fases mais marcantes na vida de uma mulher, uma experiência que pode ser bela e positiva, especialmente, se vivida com prazer, intensidade e se transcorre sem problemas para a mulher e às pessoas envolvidas neste processo. Constitui uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam<sup>2</sup>.

*Eu descobri a gravidez, fiz meus pré-natais direitinho, foi uma barra por que eu trabalho fora, tenho outras crianças pequenas, na época o Pedrinho tava com 4 pra 5 anos, e tudo... então foi muito difícil conciliar outra gravidez com filhos, trabalho, marido, casa. Nossa é muita coisa! Mas, fora isso (risos) foi uma boa gravidez. (Lili)*

É necessário respeitar a individualidade de cada gestante, o contexto socioeconômico no qual está inserida e sua história de vida. Cada gestação é determinante para o seu envolvimento pessoal, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento<sup>8</sup>.

## Categoria 2 - Parturição

Os sinais do início do trabalho de parto são, na maioria das vezes, identificados pelas próprias gestantes, mesmos aquelas “mães de primeira viagem”, já que em uma gestação sem intercorrências clínicas, o aparecimento de sintomas diferentes dos da gravidez, despertam a atenção da mulher e da família que está “chegando a hora”. O trabalho de parto de baixo

risco tem início entre 37 e 42 semanas completas<sup>1</sup>.

O trabalho de parto é o processo pelo qual o feto é expelido do útero, através da ocorrência de contrações regulares e rítmicas da musculatura uterina, que vão, progressivamente, promovendo a dilatação da cérvix uterina (canal do parto), sendo este último o sinal mais eficiente do início do trabalho de parto<sup>2</sup>.

*Eu comecei a sentir uma dorzinha, a barriga tava começando a contrair um pouquinho, mas era suportável. Toda hora eu ia no banheiro, toda hora. Até que teve uma noite que eu tava me sentindo pesada, inchada, pra eu não ir toda hora ao banheiro, peguei um balde e botei do meu lado na cama pra fazer xixi, aí a madrugada todinha assim, fazendo xixi. Quando foi de manhã cedo, umas seis e pouca, eu fui fazer xixi, como tava claro, eu fui perceber que tinha uma coisa meio molhada, não sei se a bolsa tinha estourado, não sei, tinha aquela água de sangue bem ralinha... Eu falei pro marido será que isso é normal? Mãe de primeira viagem a gente nunca sabe, né. (Esperança)*

O sinal mais eficiente do início do trabalho de parto, no entanto, é identificado por um profissional capacitado, através do toque vaginal, que verifica o grau de dilatação da cérvix uterina (canal do parto). A eficiência das contrações regulares ocasiona no progressivo apagamento do canal de parto, através da dilatação da cérvix que permitirá o nascimento da criança. O primeiro estágio do parto é considerado o mais longo e o mais variável de pessoa a pessoa, transcorrendo desde o início das contrações uterinas regulares<sup>2</sup>

*Eu fui embora, passei a noite inteira sentindo dor, no dia seguinte dor direto, e dor aumentado, quando deu cinco horas da tarde ,eu falei vou de novo, não é possível que passou um dia, vinte e quatro horas e não aconteceu nada. (Cristal)*

Com estes relatos, pôde-se identificar que, algumas depoentes foram hospitalizadas ainda na fase latente do parto (início do trabalho de parto, contrações leves a moderadas, dilatação cervical menor que 4 cm). Não existe um momento adequado para a decisão de internar ou não uma gestante em trabalho de parto, porém, o desejável seria a admissão dessa gestante na fase ativa do parto (contrações mais fortes e longas, em intervalos menores, dilatação progressiva até a completa abertura do canal de parto), para partos sem intercorrências clínicas e obstétricas, considerados de baixo risco<sup>2</sup>.

Na decisão da internação de uma mulher em trabalho de parto, os prestadores de serviço devem usar o bom senso. Mulheres que têm dificuldade no acesso ao local do parto e aquelas que, ainda não portadoras de condições que caracterizem gestação ou parto de alto risco, têm um potencial um pouco maior de apresentar complicações no trabalho de parto, como as parturientes com idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrex prematura e/ou patologias clínicas de grau leve, se beneficiariam com uma admissão precoce, ainda fase latente do parto<sup>2</sup>.

Durante todo o trabalho de parto deve-se avaliar regularmente o bem estar físico e emocional da mulher, para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e apoio<sup>1</sup>. É neste momento, que se faz necessário à verificação de sinais e sintomas clínicos e obstétricos para que possa subsidiar intervenções ou apenas uma conduta expectante.

*Logo que eu cheguei, veio a enfermeira, mandou eu trocar a roupa, botar a do hospital. Também, fizeram um monte de perguntas, que eu nem me lembro mais, fizeram lá uns exames, na barriga e em mim, assim, tirar a*

*pressão, temperatura, colocaram um negócio no meu dedo. (Estrela)*

Procedimentos intervencionistas como tricotomia e enema também foram identificados no relato das depoentes.

*E logo que eu cheguei lá, a enfermeira veio fazer a limpeza e tudo, a raspagem, porque eu tinha me raspado, mas não o suficiente pra ter o neném, né. E como foi parto normal, tem que depilar tudo. (Jasmim)*

*Ainda por cima fizeram aquele negócio de lavagem pelo ânus... Que horror, menina, começou a me dar fisgadas no ânus, e o cocô saía sem eu querer, eu pedia tanta desculpa pras enfermeiras, porque eu não conseguia controlar... (Lili)*

Não existem evidências de que a técnica de tricotomia reduza a infecção local como sugerido, mas ao contrário, o uso rotineiro desta técnica aumenta o risco de infecção, aumenta possibilidade de infecção por HIV e hepatite<sup>1, 9</sup>. Além disso, é uma técnica desconfortável para quem realiza e para quem é submetido.

Embora os enemas sejam amplamente usados em obstetrícia clássica, pois, acredita-se que haja uma estimulação das contrações uterinas após seu uso, bem como a facilitação da descida fetal pelo esvaziamento do intestino e a redução da contaminação da mãe e da criança no nascimento. Porém, os enemas proporcionam um incômodo à mulher, apresentam um risco de lesão intestinal<sup>1, 2, 9</sup>.

No presente estudo, constatou-se que a maioria das depoentes ao ser admitida em uma unidade de saúde no pré-parto teve restrições quanto à dieta alimentar e líquida. Os profissionais que optam por tal conduta, justificam que caso haja alguma intercorrência e houver necessidade de cirurgia com procedimento

anestésico pode ocorrer bronco-aspiração do conteúdo gástrico<sup>2</sup>.

*Nem água eu podia tomar, eu tava quase desmaiando de fome e sede, por que tava em jejum, nem água elas me deram, só uma garota, acho que era estagiária, pegou escondido uma água lá, num frasquinho e me deu [risos], sempre tem um anjinho nessas horas [risos]. (Lili)*

Analisando-se que, o parto requer enormes quantidades de energia, principalmente, aqueles que são de longo duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem estar fetal e materno. Por isso, é seguro dizer que o parto de baixo risco obstétrico, seja ele realizado em qualquer local, não há necessidade de restrição alimentar. A abordagem correta parece ser não interferir com o desejo da parturiente de comer e beber durante o trabalho de parto<sup>1</sup>.

A combinação da amniotomia precoce com a infusão de ocitocina intravenosa é chamada “manejo ativo do trabalho de parto”, como forma de promover a antecipação ou indução do parto, ou seja, em caso de pós-datismo ou outras intercorrências, em caso de trabalho de parto prolongado, correção da dinâmica uterina são condições que validam o uso de ocitocina<sup>1</sup>.

O uso de ocitócitos intravenoso foi identificado na maioria dos depoimentos deste estudo. É importante que se esclareça que a indução do parto é um procedimento aceitável e recomendável sob o ponto de vista médico e humano, sempre que exista uma indicação para isso, para evitar um mau maior<sup>2</sup>.

*As contrações aumentaram muito, muito mesmo. Eu já não tinha nem posição pra ficar. Aí me botaram no soro e colocaram um negócio no soro. Não sei o que era aquilo não. Depois que eu fui para a sala de parto foi rapidinho. (Rosa)*

O uso indiscriminado de ocitocina para aceleração do trabalho de parto ou indução do parto, quando usado precocemente, pode produzir como efeito adverso a hiperestimulação uterina - o aumento das contrações - sem que, no entanto gerar progresso na dilatação da cérvix. Esses efeitos podem trazer riscos para o feto como, o sofrimento fetal agudo, além de grande desconforto para a mãe, devido às intensas dores, podendo se tornar um indicativo para o parto cirúrgico.

A evolução rápida do trabalho de parto pode ser conseguida através da deambulação e movimentos ativos no pré-parto. Um fato clínico importante para o desaconselhamento de uma parturiente na posição dorsal é que o peso do útero gravídico reduz o fluxo sanguíneo placentário pela compressão da aorta descendente e da veia cava inferior, obstruindo o retorno venoso da metade inferior do corpo até o coração, gerando a síndrome da hipotensão supina<sup>7</sup>. Portanto, quando a mulher estiver sobre o leito deverá assumir o decúbito lateral esquerdo<sup>10</sup>.

No presente estudo, a maioria das mulheres manteve-se restrita ao leito assumindo a posição supina durante quase todo o trabalho de parto.

*Eu na teimosia não conseguia ficar de lado, ficava de barriga pra cima, virava do outro lado, mas não agüentava ficar de lado, principalmente virada pra parede, por que ela queria que eu ficasse olhando pra parede... Eu falei moça deixa eu virar um pouco! Não você tem que ficar do lado de lá! Não sei qual a diferença do lado esquerdo pro lado direito. Tinha que ficar virada pro lado esquerdo o tempo todo, era um horror ficar olhando pra parede! (Lua).*

Estudos já realizados, afirmam que há diversas vantagens para a mulher quando esta

caminha. Os resultados mostram que a duração do trabalho de parto para mulheres que deambulam é mais curta, as contrações são menos dolorosas, a necessidade de analgésicos é menor e a incidência de variações patológicas nos batimentos cardíacos fetais diminuem<sup>7</sup>.

A parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito, salvo raras exceções. Deambular, sentar e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com a sua preferência. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha<sup>2</sup>.

Infelizmente, vê-se que na prática de alguns profissionais ainda há forte tendência a papéis mais ativos, intervencionistas e dominadores no manejo do parto, pois a maioria dos profissionais vê a gestação, o parto e o puerpério como um processo biológico em que o patológico é mais valorizado<sup>2</sup>.

Os profissionais devem manter um diálogo aberto e informativo à mulher, proceder às orientações de uma maneira correta e que esta entenda o que está sendo dito, bem como evitar questionamentos, críticas e intimidações as clientes. Deve precaver-se de termos que rotulem as mulheres como, mãe; paciente; “a do leito tal” ou palavras no diminutivo, como “mãezinha”, o ideal é que chamem as mulheres pelos seus próprios nomes. É necessário reconhecer a individualidade no atendimento<sup>2</sup>.

*A enfermeira falou assim, olha minha filha, pra correr tudo bem, você vai ter ficar calma, não adianta fazer escândalo, vai ser pior pra você, ninguém vai querer te dar atenção, então a melhor coisa que você faz é ficar bastante calma, quando a dor vier, você suportar a dor, quer gritar, grita baixinho, por que fazer escândalo não vai adiantar de nada. E foi isso que eu fiz. (Esperança)*

*Saía da minha vagina umas gosmas, com sangue, eu às vezes eu pensava que era o neném nascendo e colocava a mão, as enfermeiras quase me matavam. Não coloca a mão aí mãe, quer infectar seu bebê? Mas o que isso? Tá saindo, acho que vai nascer, chama alguém pelo amor de Deus, eu não tô agüentando mais! Ai elas: Mãe, tu não viu nada ainda, não é nem o início! (Milena)*

O segundo período do parto ou período expulsivo inicia-se pela dilatação completa da cérvix (10 cm) até a expulsão do feto. Caracteriza-se por esforços expulsivos maternos (puxos involuntários) e sensação de preenchimento retal com desejo de evacuar<sup>2</sup>.

Nas entrevistas pôde-se observar que houve estímulo aos esforços expulsivos - puxos voluntários e precoces (Manobra de Valsalva) - antes da completa dilatação cervical associados ao toque vaginal, com a finalidade de obter uma abreviação do segundo estágio de parto. Entretanto, essa manobra traz alguns riscos, como, alterações na frequência respiratória e no volume de ejeção, causadas pelo tipo de respiração materna, queda no pH médio da artéria umbilical e tendência a menores índices de Apgar do recém-nascido. Porém, a abordagem fisiológica é esperar até que a própria mulher sinta a necessidade do puxo<sup>1</sup>.

*Chegou o doutor, viu meu desespero e falou assim, eu vou te ajudar, quando vier a dor tu faz força de fazer cocô! Ele botava a mão, eu achando que tava fazendo a força. Ele falou, você não tá fazendo força, você tem que empurrar a minha mão! Eu fazendo, e ele, você não tá fazendo ainda, bora, bora, bora! Eu não tava agüentando mais! (Cristal)*

No momento do parto é comum nas instituições de atendimento, a transferência da sala de pré-parto para a sala de parto. Este fato foi observado nas falas de quase todas as

depoentes. Esta remoção e a própria disposição da sala de parto, iluminação com luzes fortes e brilhantes, instrumentos e uma mesa obstétrica com hastes de litotomia e estribos, geralmente preparada para suprir a necessidade de parto operatório e dar maior comodidade ao profissional que estará realizando o parto, torna-se um fator estressor e incômodo para a maioria das mulheres. Como no relato:

*Ela falou assim, então vamos andando pra sala de parto. Eu falei assim, se eu for andar eu vou cair! Eu tô com fome, tô desde ontem sem comer nada, com uma sede, fraca, com dor!... E eu fui andando até a sala de parto... É por que não podia nascer na sala de pré-parto e dava esporro. (Lua).*

Baseado nas diretrizes da OMS<sup>1</sup>, no trabalho de parto normal não há necessidade de transferir a parturiente para outra sala do início do segundo estágio. O trabalho de parto e parto podem ser atendidos na mesma sala.

A episiotomia deverá ser utilizada mediante a situações específicas como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, ameaça de laceração de terceiro grau. Constatou-se que a maioria das mulheres foram submetidas a episiotomia no momento do parto, não se evidenciando uma indicação prévia que justificasse o uso de tal técnica, sendo realizada como uma prática de rotina hospitalar.

*Foi rápido assim, eles deram o corte, mandaram eu fazer muita força. (Sol)*

Não existem evidências confiáveis que o uso rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras que podem causar danos, pois está associado a maiores taxas de traumatismo do períneo e menores taxas de mulheres com o períneo intacto<sup>1,9</sup>.



Quando o bebê está “coroando”, ou seja, quando a cabeça está prestes a sair e o períneo está distendido ao máximo, pode haver uma sensação de estiramento e queimação acompanhada de uma forte contração, por outro lado, quando sai a cabeça da criança há uma grande sensação de alívio. Depois disso, finalmente tem-se a saída dos ombros e o corpo inteiro “escorrega” para fora<sup>7</sup>. Esses eventos caracterizam o nascimento de um novo ser!

*Eles disseram deita aí, faz força, só que a J é tão engraçada, que mesmo eu fazendo força ao mesmo tempo eu sentia a J querendo sair, querendo escorregar. A moça falou assim, faz força de novo, aí eu fiz, quando foi na terceira vez a J nasceu, nasceu que eu quase não senti nada de dor. (Esperança)*

Em abril de 2005, o Ministério da Saúde promulgou a Lei 11.108<sup>11</sup> que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como as entrevistas ocorreram entre julho e agosto de 2005, das dez depoentes, apenas três tiveram seus partos assistidos por seus parceiros, por acontecerem antes da promulgação da Lei.

*Eu gemia de dor, sozinha, comecei a chorar, na verdade eu tava com Deus, mas foi horrível... Quando foi umas dez horas meu marido chegou, mas não pode ficar comigo, teve que ir lá pra fora. (Milena)*

*Graças a Deus que meu marido ficou comigo o tempo todo, senão acho que eu não ia agüentar de tanto nervoso daquilo tudo. (Estrela)*

O acompanhante da escolha da mulher no parto vai representar para a parturiente um suporte psíquico e emocional, uma presença reconfortante, de contato físico, para dividir o

medo e ansiedade, e estimulá-la nos momentos mais difíceis.

Habitualmente, o momento mais esperado pela mulher após o nascimento é segurar o bebê em seus braços, ficar por alguns instantes admirando a nova vida que colocou no mundo. Seus cabelos, seus olhos, o nariz, todos os detalhes são apreciados pela mulher, neste momento há uma grande preocupação com a saúde do bebê, a presença de sinais “estranhos”, o medo da perda...

Para a assistência do recém-nascido normal nada mais deve ser feito além de aquecer, avaliar e entregar a mãe para um contato íntimo e precoce<sup>2</sup>. Todos os demais procedimentos como aferir medidas antropométricas, realizar exames mais apurados, administrar vacinas e medicações, devem ser feitos após o contato da mãe com seu filho<sup>10</sup>.

*Quando ela nasceu, aí enrolaram ela assim num paninho e botaram ela assim em cima de mim, no meu peito. Encostaram ela assim pra mim conhecer, mas também não demorou segundos tiraram ela. (Rosa)*

*Pegou, botou ela em cima de mim, ela ficou um tempão, um tempão. A moça falou assim, eu posso cuidar dela agora? Pegou, acho que limpou, pesou, enrolou num paninho e me deu. Ela mamou, pegou o peito, e começou a puxar. Eles até falaram, nossa! Esperta ela. (Cristal)*

Nos relatos, pôde-se verificar que a maioria dos profissionais que assistiu o recém-nato tentou favorecer, nem que por alguns minutos, o contato precoce e íntimo pele-a-pele entre mãe e filho.

### **Categoria 3 - Pós-parto**

No pós-parto há uma necessidade de recuperação das forças que foram desprendidas no

momento do nascimento, até por que, o pequenino irá precisar dos cuidados da mãe. Na maioria dos relatos desta pesquisa, as necessidades pós-parto das mulheres foram o descanso, a alimentação, o banho.

*Depois que ela me costurou, elas me botaram o absorvente, me botaram na cadeira de rodas e me levaram pro quarto. Chegando lá eu dei de cara com um pão e um copo de água, sei que eu olhei pro um lado e pro outro, isso aqui não é de ninguém não? Passei pra dentro! [risos]. Foi o melhor pão da minha vida! [risos]. Mas a sede não parava, fui até o bebedouro e bebi uns quatro copos de água!. (Lua)*

Essa fase não se diferencia das demais em relação ao respeito da autonomia da mulher, porém, em alguns casos, foram descritos restrições à plena liberdade da puérpera por parte dos funcionários, nas primeiras horas de puerpério.

*Fui pra enfermaria, queria tomar banho, mas não podia, tinha que esperar mais. (Lili)*

O presente estudo apontou que a maior parte das entrevistadas teve dificuldades durante a amamentação e que não foram devidamente orientadas em relação ao aleitamento materno. Assim, apresentaram dúvidas, receios, medos e ansiedade no ato de amamentar ocasionando estresse, frustrações, dores e distúrbios na produção láctea.

*Aí ela começou a chorar, eu mesma tive que dar o peito pra dar, por que até então ninguém me explicou nada, tive que me virar... Só que ela não tava mamando direito, eu tive uma dificuldade Só teve uma vez, que eu tava lá, e tudo eu chorava, minha filha chorava eu chorava junto, minha filha queria mamar... (Esperança)*

O aleitamento materno é fundamental para a saúde materna e do recém-nascido, sendo

considerado um importante elemento em todo o processo de humanização do nascimento<sup>2</sup>.

Encontra-se nos depoimentos questões à cerca do alojamento conjunto. À época do estudo, muitas mulheres desconheciam esse tipo de sistema e até se surpreenderam em saber que seus bebês ficariam sob seus cuidados.

*Depois levaram ela, ela teve aquelas cólicas, deram algum remédio pra ela e trouxeram ela de novo. Ela passou a noite toda comigo. Isso é certo a criança ficar direto com a mãe? Largaram ela direto comigo. (Rosa)*

*Ela passou a noite toda comigo, isso é desumano! Você lá cansada, sem saber direito como é que dar de mamar, tendo que se virar sozinha! Eles só levavam o complemento, deixava lá e viravam as costas. E eu falava assim, cadê o bico da mamadeira? Ah, não é pra pegar o bico de mamadeira! Eu ainda tinha que dar no copinho! (Lua)*

A finalidade do alojamento conjunto é favorecer o vínculo mãe-filho, estimular o aleitamento materno exclusivo e a livre demanda<sup>10</sup>. Cabe a equipe de saúde criar um ambiente que seja propício a esse sistema, sem deixar de assistir as necessidades da puérpera e do recém-nato.

O parto é um evento profundo e marcante, que deixa cicatrizes, em todos os sentidos, na vida das mulheres e, às vezes, influencia indiretamente toda a família. Portanto, o parto pode deixar um saldo positivo ou negativo<sup>7</sup>. Uma intervenção no parto mal empregada constitui para a mulher um “choque”, um trauma, algo que pode deixar marcas irreversíveis.

A percepção das mulheres no contexto de parir e ser mãe pode ser resumida no depoimento de Jasmim, que exprime a fantasia da maternidade e a realidade da parturição:

*Mas sinceramente, a mulher quando tá grávida, ela não imagina por tudo o que ela vai passar, entendeu?*

*Porque toda mulher tem o sonho de ser mãe então quando o neném nasce, quando você vai e começa a ter as contrações é que você vê a dureza que é! Ali é que você cai em si, porque até então tudo são flores, tudo é um sonho! O desejo e o sonho. Quando você se dá conta de que tá no hospital e as dores começam é que você vê a responsabilidade de ser mãe e a gravidade da situação. (Jasmim).*

Observou-se neste estudo que, parir para algumas mulheres foi sinônimo de sofrimento e dor.

*Só sei que eu chorava tanto, mas tanto, que é uma coisa que parece que você não vai conseguir passar daquilo! Parece que é uma prova que você acha que não vai ter forças pra passar, eu chorei muito! (Cristal)*

As depoentes relataram livremente as suas percepções em relação a sua parturição, o que achou do seu parto, o que representou pra ela. O estado de vida na qual a mulher se encontra influenciou diretamente nesses sentimentos, por exemplo, o fato de ser casada ou solteira, ter desejado ou não a gravidez, ser a primeira gestação, as condições de sua gestação, sua idade, as condições sócio-financeiras, a família...

*Aonde já se viu uma dor desconunal e ela falando que eu tô aqui ano que vem! aí ela ficou rindo. Eu falei, não ri não minha senhora, por que essa daí veio por que eu quis, não foi por que a camisinha furou ou o remédio falhou, não! E outra coisa eu nunca mais quero ser mãe solteira!. (Lua)*

*E o que esse parto representou pra mim como crescimento, amadurecimento foi que como já era o segundo parto, foi uma experiência que eu fiquei muito sozinha, porque não tinha ninguém ali pra me ajudar na hora, ninguém da equipe médica, só tava eu e o meu marido ali naquela hora, porque era madrugada, estavam procurando médico, não tive nenhuma assistência assim adequada porque ele nasceu dentro de um*

*consultório... Por isso que eu falo o meu parto foi extremante natureba! [risos]. Sem corte, sem pontos, sem médico!!! [risos]. O mais natural possível, não tive ponto. (Maria)*

Tais experiências também estão ligadas a memórias de outras gestações. Muitas mulheres apresentaram uma inevitável comparação com suas gestações e partos anteriores. Dependendo do contexto vivenciado no parto atual, pode-se gerar um medo de ficar grávida novamente, insegurança, depressão pós-parto, lamúrias e descontentamentos.

*Eu já tava chorando, né, 'eu não quero ter mais filho, não, não quero'... Não quero ter mais, pelo amor de Deus! Santo Cristo, quero não! [risos] Deus me livre, aquela dor ali só a misericórdia divina! Esse foi o parto mais doloroso pra mim! E olha que ela não nasceu grande não, heim, ela nasceu com 48cm e com 2.750kg, ela nasceu bem menor que eles! E Nossa Senhora, que dor que foi aquela! Tô até fazendo abstinência em casa! [risos]. (Cristal)*

*Só sei que pra mim chega, todo mundo me pergunta se eu vou quere outro, claro que não, nem esse aqui eu queria! A gente entrou no negócio de família lá do posto pra pegar camisinha, né e remédio por que eu não quero mais saber, da outra vez foi só o remédio e olha o que deu, agora só transa se tiver os dois remédio e camisinha, to fora (risos). (Milena)*

## CONCLUSÕES

A humanização no parto é um assunto muito mais complexo do que parece ser, já que se trata de uma nova visão para a obstetrícia moderna. Humanizar o parto, como ressaltado em todo o conteúdo do trabalho, é trazer de volta o sentido verdadeiro de dar à luz, resgatar o papel ativo da mulher, a autonomia sobre seu corpo,

respeito a sua privacidade e suas escolhas. Nisto que se encontra a complexidade do assunto, pois tem sido incutido na sociedade, principalmente, nas próprias mulheres a passividade e a fraqueza da mulher que pari, fazendo com que esta se torne cada vez mais dependente de pessoas “capacitadas” para cuidar dela - invadir seu corpo, dizer o que ela tem que fazer e para onde tem que ir.

Há uma inversão de valores e o personagem principal dessa história passa a ser o profissional que “faz” o parto. A posição deve ser deitada para que o profissional tenha melhor comodidade física e visual; para que melhor preste os “cuidados” a essa mulher; para melhor “cortar” seu períneo; melhor dirigir o nascimento de seu filho... Enquanto que a mulher, objeto passivo do cuidado, estará restrita ao leito; impedida de se alimentar; beber água; de se expressar; recebendo medicações para aumentar suas contrações; afastada da família... Assim, é justo perguntar se o parto com todas essas intervenções-invasões ainda pode ser considerado “normal”!?

Infelizmente no Brasil o modelo de assistência ao parto segue uma característica processada pela intervenção no âmbito institucional, convencional, firmada na visão cartesiana, onde o corpo é visto como uma máquina que requer alguém para consertá-la quando sofre alguma avaria.<sup>12</sup>

Cada tipo de intervenção obstétrica tem seus efeitos colaterais para a mãe e para o bebê, e mesmos que sutis ou de longa duração podem não ser aparentes<sup>7</sup>. Entretanto, quando a ajuda é realmente necessária os benefícios ultrapassam os riscos, e o uso da tecnologia propiciará vantagens

A enfermagem - profissão enraizada no cuidar humano - pode ser considerada uma grande

esperança das políticas de apoio ao parto humanizado, que apostando todas as suas fichas no atendimento humanístico desta profissão, cita em um de seus documentos:

A enfermeira-parteira parece ser o tipo mais adequado e com melhor custo-efetividade de prestador de cuidados de saúde para ser responsável pela assistência à gestação e ao parto normais, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações<sup>1</sup>.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86, dentre outros, garante que a assistência no pré-natal e no parto de baixo risco pode ser realizada pela enfermeira obstétrica, estando apta para realizar esse acompanhamento de forma integral e identificar qualquer alteração no estado de saúde da gestante/parturiente referenciando-a para um atendimento de maior complexidade.<sup>13</sup>

A atuação da enfermeira obstétrica está baseada na humanização do parto, valorizando como evento natural, em que a mulher deve ser atuante, desde que não haja intercorrências. Deste modo, desaprova a medicalização e hospitalização do parto eutócico.

A enfermeira obstétrica apareceu, no presente estudo, participando de quatro partos, porém fortemente influenciada pelas práticas médicas intervencionistas no parto e limitada, provavelmente, por uma rotina estabelecida dos locais onde ocorreram os partos. Vale lembrar que, a responsabilidade na melhoria da assistência ao parto não é papel apenas dos profissionais, mas também das instituições de assistência ao parto, do governo e da sociedade como um todo.

É necessário debater mais, atentar para a importância da retomada do ato de parir e sua naturalidade. Evoluir é preciso, porém sem

perder valores morais e sentimentais, usar da tecnologia como um benefício que salva, e não em benefício próprio e individualista.

Reconhecer que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença, como propósito resgatar o caráter fisiológico no processo de nascer, proporcionando à mulher vivência positiva sem traumas e sem manobras invasivas no momento do parto.

## REFERÊNCIAS

- 1- Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Unidade de Maternidade Segura. Brasília (DF); 1996.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.
- 3- Minayo MCS, Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública 1993 (9): 239-282.
- 4- Spíndola T, Santos, RS. Mulher e trabalho - a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. Rev Latino-Am de Enfermagem 2003 (11): 593-600.
- 5- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 196 de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- 6- Santos IMM, Santos RS. O Olhar da mãe sobre o desenvolvimento e o seu filho no contexto da sua história de vida. EEAN, UFRJ, 2003.
- 7- Balaskas, J. Parto Ativo: Guia Prático para o Parto Natural. São Paulo: Ground; 1993.
- 8- Ministério da Saúde (BR). Assistência Pré-natal: manual técnico/equipe de elaboração. Brasília(DF), 2000.
- 9- Enkin MW *et al.* Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. RJ: Guanabara Koogan, 2005.
- 10- Figueiredo NMA (org). Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido. São Caetano do Sul (SP): Difusão; 2003.
- 11- Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, nº 67-E, abril, 2005.
- 12- Davim RMB, Bezerra, LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002; (10): 727-732.
- 13- Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1:1.

Recebido em: 04/08/2009

Aprovado em: 31/08/2009