

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Mestrado
Doutorado
PPgenfPrograma de
Pós-graduação
em Enfermagem
UNIRIORevista de Pesquisa:
CUIDADO É FUNDAMENTAL Online
ISSN 2175-5361

Ministério da Educação

PESQUISA

CARE IN THE BIRTH PROCESS ACCORDING TO THE VIEW OF THE PUERPERA

ATENÇÃO NO PROCESSO PARTURITIVO SOB O OLHAR DA PUÉRPERA

ATENCIÓN EN EL PROCESO DEL PARTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PUÉRPERA

Luciano Marques dos Santos¹, Samantha Souza da Costa Pereira², Evanilda Souza de Santana Carvalho³, Mirian Santos Paiva⁴, Viviane Euzébia Pereira Santos⁵, Rosana Castelo Branco de Santana⁶

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze the puerperas' perception about the care received during the birth process in a public maternity in Feira de Santana, Bahia. **Methods:** This is a qualitative descriptive exploratory study that complied with the Resolution 196/96 of the National Health Council and was made in the period from February to April 2010, through semi-structured interviews with nineteen puerperas. **Results:** The content analysis showed that the puerperas were subjected to conducts that impact the development of labor. She sought hospital care with the progress of the signs of labor, to ease the suffering in the setting of obstetric space. **Conclusion:** The mothers tend to stay alone, being subjected to conduct detrimental to the evolution of the labor, which reveals the lack of humanization and the absence of ties of co-responsibility. **Descriptors:** Obstetrical nursing, Labor, Obstetric, Natural childbirth, Women's health, Delivery of health care.

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção das puérperas quanto à atenção recebida durante o processo parturitivo em uma maternidade pública de Feira de Santana-Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, realizado no período de fevereiro a abril de 2010, através de entrevistas semiestruturadas com dezenove puérperas e respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** A Análise de Conteúdo demonstrou que as entrevistadas foram submetidas a condutas que interferem na evolução do trabalho de parto e decidiram pela busca da atenção hospitalar com o avançar dos sinais do trabalho de parto, para amenizar o sofrimento no cenário do espaço obstétrico. **Conclusão:** As parturientes tendem a permanecer sozinhas, sendo submetidas a condutas prejudiciais para a evolução do parto, o que revela a falta de humanização da assistência e a ausência de vínculos de co-responsabilidade. **Descritores:** Enfermagem obstétrica, Trabalho de parto, Parto normal, Saúde da mulher, Assistência à saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la percepción de las madres sobre la atención recibida durante el proceso del parto en una maternidad pública de Feira de Santana, Bahía. **Métodos:** Fue un estudio descriptivo, exploratorio y cualitativo, que cumplió con la resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, realizado en el período de febrero hasta abril de 2010 a través de entrevistas semi-estructuradas con diecinueve madres. **Resultados:** Los sujetos fueron sometidos a conducta que demuestre el impacto del desarrollo del parto, y que mediante la búsqueda de la atención hospitalaria con el progreso de las señales del parto como una forma de aliviar el sufrimiento. **Conclusión:** Las madres tienden a quedarse solas y someterse a las condutas nocivas, lo que evidencia la falta de humanización y la ausencia de vínculos de co-responsabilidad. **Descriptor:** Enfermería Obstétrica, Trabajo de parto, Parto normal, La salud de la mujer, Prestación de atención de salud.

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Pesquisador do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES). E-mail: lucmarxenfo@yahoo.com.br. ² Enfermeira. Coordenadora da Atenção Básica do Município de Irará - BA. Especialista em Saúde Pública. Hospital Ortopédico de Feira de Santana. E-mail: samcosta01@yahoo.com.br. ³ Doutora em Enfermagem. Professora Auxiliar do curso de Enfermagem da UEFS. Pesquisadora do NUDES e do Grupo de Estudos sobre Sexualidades (GENSEX). Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: evasscarvalho@yahoo.com.br. ⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem comunitária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Líder do Grupo GENSEX. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: mirian@ufba.br. ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: vivianeepsantos@gmail.com. ⁶ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: rosanacastelo@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção à mulher em processo parturitivo, até o século XIX, foi desenvolvida por parteiras, estando inserida no contexto domiciliar e considerada uma prática eminentemente feminina, na qual a parturiente recebia o apoio de outras mulheres de sua família ou de parteiras da comunidade, vivenciando este momento como um evento de expressão natural e único em suas vidas. O ambiente íntimo e familiar propiciava maior conforto e segurança à mulher em trabalho de parto, no qual a mesma era a protagonista daquele momento, participando ativamente de todas as etapas.¹⁻²

As parteiras promoviam conforto à parturiente, oferecendo-lhe alimentos, bebidas e encorajando-as com palavras agradáveis. Desta forma, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões humanitárias, psicológicas e devido ao tabu de mostrar os genitais.³

Na década de 40 do século XX, o parto foi institucionalizado no Brasil. Este modelo de atenção priorizou as peculiaridades biológicas da saúde feminina, em detrimento dos aspectos psicossociais. Desta forma, tem-se a fragmentação do corpo da mulher, valorizando-se tão somente a sua capacidade reprodutora, ao invés de percebê-la holisticamente, pretendendo contemplar suas necessidades e anseios como um todo.³

Se por um lado a hospitalização foi responsável, em grande parte, pela queda da mortalidade materna e neonatal, por outro, ela resultou na medicalização e controle do período gravídico e puerperal, transformando a mulher em objeto da parturição e em coadjuvante deste momento.⁴

O parto deixou, então, de ser um “assunto de mulheres”, projetando-se para a ambiência hospitalar e sendo gerido por homens. Pensar em parir associou-se, intrinsecamente, à vivência da

dor em sua expressão máxima, cuja significação não era expansiva aos novos protagonistas deste momento, sendo insuficiente para despertar neles compaixão e ações humanizadas.⁵

A institucionalização do parto fez com que as mulheres deixassem de parir em seus lares, no ambiente familiar, com as parteiras, vivendo a ruptura dos hábitos de solidariedade feminina e do espaço da vida cotidiana. As práticas instituídas baseadas em normas e rotinas tornaram as mulheres passivas e impossibilitaram a presença de pessoas de seu convívio social para apoiá-las durante o trabalho de parto e parto.⁶

Com a institucionalização do parto, outros atores envolveram-se neste cenário, com o profissional médico assumindo o papel hegemônico da assistência. O parto então passa a ter caráter patológico, sendo marcado pela invasão na sua fisiologia, através da utilização de técnicas obstétricas, e ausência de privacidade para a parturiente, sendo esta submetida a terapêutica e decisão médica. Este processo foi determinante para afastar a família do nascimento, atendendo às necessidades dos profissionais de saúde em detrimento das necessidades das parturientes.^{2,6,7}

Desta maneira, as mudanças relacionadas ao parto acabaram por caracterizá-lo como evento médico, cujos significados científicos sobrepujavam outros aspectos. O processo parturitivo, então, perdeu seu caráter privativo, íntimo e feminino, sendo projetado para a esfera pública, circunscrevendo-se num contexto onde estão presentes outros atores sociais, com destaque para a figura masculina.^{3,8}

Por isso, a partir da década de 1990, ampliou-se o questionamento ao modelo obstétrico hospitalar, em razão do aumento no número de cesarianas e da estagnação das elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal. Apesar dos avanços do conhecimento e da aplicação crescente de tecnologia na

assistência à parturiente e ao neonato, não houve impacto positivo na melhoria dos indicadores de saúde na mesma proporção.⁹

Nesta direção, a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal, precisa ser modificada, já que a implementação de uma atenção mais adequada às necessidades destas mulheres, parece ser o foco das discussões atuais dos movimentos em prol da humanização da atenção à mulher em processo parturitivo.

Com base nestas reflexões este estudo tem como objeto de investigação a atenção à parturiente no centro obstétrico de uma maternidade pública do interior da Bahia. O interesse por este objeto surgiu durante a vivência acadêmica na unidade de centro obstétrico de uma maternidade pública de Feira de Santana-Bahia ao perceber empiricamente que na admissão ocorria a separação da parturiente de seus familiares, sendo esta submetida à preparação para o parto e às intervenções na fisiologia do processo parturitivo, representadas pelo uso indiscriminado da punção venosa periférica, no uso de ocitócitos, da restrição ao leito obstétrico, do jejum oral prolongado e da amniotomia.

Isto posto, questionou-se: Como as puérperas percebem a atenção recebida durante o processo parturitivo?

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção das puérperas quanto à atenção recebida durante o processo parturitivo em uma maternidade pública de Feira de Santana-Bahia.

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, desenvolvido numa maternidade pública de um município do interior da Bahia, no período de fevereiro a abril de 2010, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus de

Salvador-Bahia, sob o parecer de número 01.382-2009, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Participaram dezenove mulheres incluídas a partir dos seguintes critérios: encontrar-se internada no alojamento conjunto da maternidade, estar em período puerperal imediato, ter tido parto simples natural em vértice por via vaginal, e idade superior a dezenove anos. Todas as participantes foram informadas antecipadamente sobre os objetivos, riscos e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a apreensão do material empírico, foram utilizadas duas técnicas: o desenho, seguido da entrevista semiestruturada. À puérpera foi oferecida uma folha de papel em branco, tamanho A4, além de lápis coloridos. A coleta dos desenhos se deu a partir de modelos propostos e já validados e também aplicados na Enfermagem, porém suprimimos a última parte que seria a de conferir um título, pois o objetivo principal do uso do desenho era motivar as participantes a falar sobre suas experiências.^{10,13}

Primeiro, solicitou-se que produzissem desenhos relacionados à sua vivência durante o processo parturitivo. Segundo, as mulheres foram estimuladas e olhar para seus desenhos e a elaborar uma história relacionada aos mesmos.

Após a realização dos desenhos e histórias, as participantes foram convidadas a relatar o que as imagens produzidas por elas mesmas significavam. Ao final da explicação dos desenhos realizou-se uma entrevista a partir da seguinte questão norteadora: “conte para mim como foi o seu parto”.

Visando manter o anonimato das participantes as entrevistas foram identificadas através de códigos, por exemplo: E01. Respeitando as recomendações da Resolução n. 196/96.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo, gravadas em fitas de áudio e em seguida transcritas e submetidas a Análise de Conteúdo, que corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que pode expressar uma análise de significados.¹⁴

Assim, após a realização de cada uma das entrevistas, procedemos com a transcrição das mesmas na sua íntegra. No primeiro contato com as entrevistas, realizamos uma leitura superficial, com vistas a aproximação com o conteúdo de cada fala das participantes, seguida de leituras exaustivas, com o intuito de identificação dos núcleos de sentido e elaboração das categorias analíticas.

Sendo este estudo um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências, que contou com 19 desenhos de puérperas, para elaboração deste artigo, utilizaram-se os registros gráficos de apenas cinco mulheres.

Os desenhos foram submetidos à análise de conteúdo para desenhos estórias tema proposto por Coutinho.¹¹ Assim, cada desenho foi submetido ao processo de categorização por similitude gráfica e as estórias submetidas a análise de conteúdo temática.

Após as análises aplicadas ao material empírico emergiram cinco categorias significativas para as mulheres em puérperio sobre suas vivências no processo parturitivo, no contexto estudado: Categoria 1 - Dirigir-se à maternidade no trabalho de parto avançado; Categoria 2 - A assistência é fria e se resume a instalação do soro com ocitocina; Categoria 3 - O soro com ocitocina é bom porque abrevia o parto, mas é uma experiência dolorosa; Categoria 4 - A assistência lhes aprisiona ao leito.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Dirigir-se à maternidade no trabalho de parto avançado

Conforme análise das falas das entrevistadas notou-se que as mesmas buscaram a atenção obstétrica após sentirem aumento significativo da frequência das contrações uterinas, características de proximidade da ocorrência do parto.

O parto foi bom, já cheguei aqui a bolsa já tinha rompido, quando cheguei comecei a sentir contrações na minha casa, foi rápido, não foi demorado, não. (E1)

Comecei a sentir as dores em casa, mais ou menos uma e quarenta e cinco da manhã, e umas quatro e dez da manhã eu tive meu bebê. (E3)

Eu senti várias dores, comecei a sentir dores em casa, a bolsa estourou, aí eu vim para o hospital, e me internaram quando eu cheguei aqui. (E7)

Pensa-se que a busca pela unidade hospitalar para o parto, com o avançar das contrações uterinas, parece significar a expulsão fetal mais rápida e a menor permanência no interior das maternidades, conforme análise das falas e do desenho da entrevistada 3.

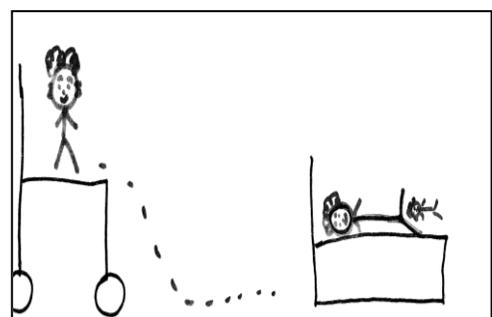


Figura 1 - entrevistada 3

Neste sentido, as parturientes preferiram procurar a maternidade quando todos os sinais de parto se encontravam já instalados e bastante avançados.

[...] Praticamente eu cheguei, entrei aqui umas dez horas da noite, já sentindo muita dor, quando foi meia-noite e cinquenta e cinco eu tive ele. (E5)

Foi bom, legal, foi ligeiro, doeu nada, não. Já cheguei sentindo as dores. Não demorou muito. A equipe que estava aqui me recebeu bem, foi legal comigo, eu não recebi nenhum corte. Foi muito bom! (E9)

Me trataram muito bem, já vim pra cá sentindo muitas dores. (E10)

[...] eu entrei aqui já sentindo muita dor, eu achei que eu sentiria mais dor, mas graças a Deus não. Praticamente eu cheguei, entrei aqui umas dez horas da noite, quando foi meia noite e cinquenta e cinco eu tive ele. (E11)

Cheguei já com sintomas de parto, em trabalho de parto. (E17)

Por outro lado, quanto mais avançados forem os sinais do trabalho de parto e mais intensa as contrações uterinas, menor será o tempo de contato com profissionais de saúde, conforme análise do desenho da figura 2.

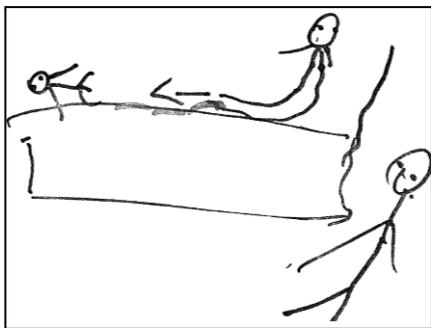


Figura 2 - entrevistada 5

A assistência é fria e se resume a instalação do soro com ocitocina

Os dados empíricos desta categoria denotam uma realidade permeada pela ausência de relacionamentos entre parturiente e trabalhadores da saúde, sendo este substituído pela ocitocina intravenosa e suas repercussões no processo parturitivo.

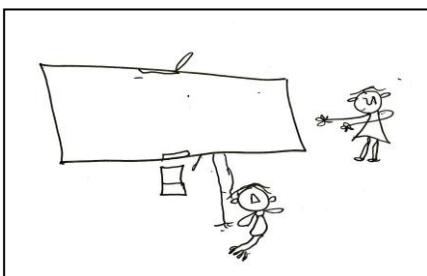


Figura 3 - entrevistada 8

Conforme análise da figura 3 e das falas das entrevistadas notou-se que a instalação da infusão intravenosa de soro com ocitocina é percebida como uma experiência marcante para essas mulheres durante o processo parturitivo, e vista como rara forma de aproximação entre elas e os profissionais durante a assistência.

[...] Me botaram no soro e depois não foram mais me ver. (E12)

A equipe não me deu nenhum apoio no momento do parto, eu fiquei sozinha no soro. (E13)

[...] você já chega, tem todo um pré-atendimento, vem o toque, eles te levam pra sala, colocam uma coisa que você não sabe nem o que é. Você identifica como soro. (E19)

O soro com ocitocina é bom porque abrevia o parto, mas é uma experiência dolorosa

Esta categoria revela que não somente profissionais, mas também as mulheres valorizam o uso da ocitocina, quando as mesmas percebem uso deste fármaco pode ser bom na medida em que abrevia o tempo do trabalho de parto e o próprio parto, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

[...] Meu parto foi um parto rápido, com muitas dores, uma atrás da outra e eu pari em mais ou menos meia hora. Me colocaram no soro, dentro de meia hora eu tive meu filho, também foi um soro e tanto. (E2)

Tomei soro porque eu estava sentindo uma dor muito fraca, a eles me deram soro para a dor aumentar. Assim que aumentou, rapidinho o meu bebê nasceu. (E4)

O médico pediu que me colocasse no soro, assim foi feito. Fiquei no soro em torno de quinze minutos, aí, no momento que eu senti uma contração muito forte eu pedi o auxílio da enfermeira e ela veio junto com o médico. Rapidinho, tiraram o bebê [...] não me deram corte nem pontos também. (E17)

Embora qualifiquem o uso do soro com ocitocina como favorável à redução do tempo de dores e parto as mulheres referem ser esta uma

experiência dolorosa, incomparável com outras experiências e difícil de esquecer. Os dados revelam uma realidade marcada pelo sofrimento das parturientes, no qual a infusão intravenosa de ocitocina representou a ocorrência de contrações uterinas mais frequentes e dolorosas, como pode ser conferido nas falas a seguir:

Eu nunca vi um soro daquele! O soro botou mesmo pra esquentar e dar aquela dor e descer logo! (E1)

[...] Depois do soro eu senti muitas contrações, muitas dores. (E6)

Fiquei no soro, senti muitas dores [...] (E14)

Por outro lado, mesmo não sendo acompanhada pela equipe de saúde do centro obstétrico e não tendo direito ao acompanhante, as mulheres entrevistadas informaram que gostaram da utilização da ocitocina intravenosa, pois na percepção delas este fármaco acelerou o alívio do desconforto decorrente do processo parturitivo.

[...] Mas foi bom, apesar da dor do soro, eu nunca vi um soro daquele, mas foi bom que andou ligeiro, adiantou logo. (E2)

Meu parto foi maravilhoso, foi ótimo. Eu cheguei aqui só perdendo líquido, sem nenhuma dor, aí me colocaram no soro. (E6)

Usei o soro e depois que ela nasceu foi um alívio “pra” mim porque foi muito tempo que eu passei sentindo dor. (E7)

Eu cheguei aqui sem força nenhuma de impulso, aí me colocaram no soro, eu tive, elas me ajudaram e agora eu estou aqui, feliz, com o meu filho. (E8)

A assistência lhes aprisiona ao leito

Segundo as puérperas, a posição horizontalizada foi a única utilizada por elas durante o processo parturitivo.

Eu fiquei na cama o tempo todo, pois tinha medo do soro sair da minha veia e elas (técnicas de enfermagem) brigaram comigo. (E10)

Lá eu estava deitada e quando ela nasceu eu estava sozinha. Eu tinha medo que a

minha filha caísse. (E13)

[...] não me deixaram andar. Elas [técnicas de enfermagem] falavam que o bebê poderia cair. (E14)

Neste sentido, conforme a fala e o desenho da entrevistada 15, a restrição ao leito representou um espaço no qual a parturiente sentiu-se como se estivesse em uma prisão, sem poder se mover livremente e manifestar o desejo de deambular.

[...] A eles ainda me deixaram lá (no centro obstétrico), demorou, demorou, depois me botaram na cama. [...] Senti como se eu estivesse em uma prisão (E15).

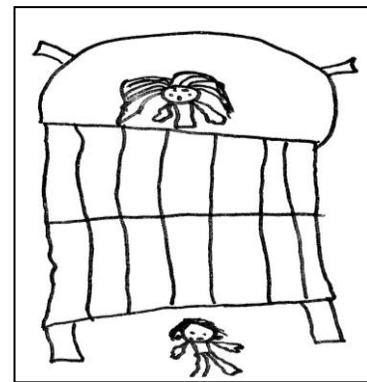


Figura 4 - entrevistada 15

A comprovação do bem-estar experimentado pela mulher ao assumir outras posturas que não apenas a horizontalizada se expressa claramente no discurso e no desenho da entrevistada 18.

Eu não podia ficar sentada na cama ou ficar levantando da cama quando a dor vinha. Ela [referindo-se a uma componente da equipe de saúde] queria que eu ficasse só deitada na cama, mas quando eu levantava era melhor pra mim, eu ia ficar deitada? Senão eu ia parir igual a outra, sozinha. Aí eu ficava andando e ela não gostava, por isso ela ficava brigando comigo. (E18)

Entretanto, mesmo percebendo que seu desconforto físico decorrente das contrações uterinas e cansaço do processo parturitivo iam sendo amenizados ao ser adotada uma postura mais verticalizada e ao deambular, um dos membros da equipe de saúde adotou uma posição

mais imperativa de impedimento.



Figura 5 - entrevistada 18

Nas rodas de conversas sobre o parto com suas colegas e parentes, as mulheres partilham idéias de que o parto seja doloroso, assustador e como um enfrentamento da morte. Isso leva a refletir sobre o que pode sentir uma mulher que nunca viveu o parto e como se forma a sua visão de mundo acerca do que é gestar e parir.¹⁵

As mulheres entrevistadas consideraram que se chegassem à maternidade sem os sinais da parturição, seriam questionadas quanto às razões que as tinham levado a buscar o serviço, uma vez que não estavam com sinais sugestivos do trabalho de parto, e por esse motivo seriam orientadas a retornar para seus domicílios e vivenciariam o fenômeno da peregrinação obstétrica.

Desta maneira, depreende-se a partir dos depoimentos dessas mulheres que as mesmas em condição de parturientes adiaram a procura pela atenção obstétrica com o objetivo de ficar pouco tempo nas salas de parto, por temerem receber poucos cuidados da equipe de saúde, estando, deste modo, menos expostas ao tratamento frio e indiferente. Estas mulheres permaneceram com seus familiares, no domicílio, a espera do momento mais oportuno para dirigir-se à maternidade, por se sentirem mais seguras fora do contexto da maternidade.

Por isso, a busca pela maternidade já com os sinais de parto progredindo rapidamente traduz-se, para essas mulheres, como um meio de

atenuar o medo da solidão e da indiferença que serão vivenciadas na sala de parto. Estar sob os cuidados de uma equipe cujas ações são permeadas pela indiferença é uma circunstância que as parturientes protelarão o quanto puderem, a fim de permanecerem mais tempo em seu ambiente familiar.

Segundo essas mulheres a instalação do soro, se dá de forma mecânica sem explicações do que o mesmo contém, elas sabem que nestes contem algo que aumenta as contrações a partir das informações obtidas por outras mulheres na sala de pré parto e em ambientes da sala de espera, pré natal, e outros.

Tais depoimentos revelam que os profissionais no contexto das maternidades encontram-se distantes dessa mulher que em momento singular do parto carece de presença, apoio e informações sobre o que está proposto para ela dentro da assistência, mostrando que as prescrições médicas se mostram como prioridades durante a assistência.¹⁶

A utilização da ocitocina intravenosa representa o afastamento dos profissionais de saúde, no que se refere ao acompanhamento da parturiente durante todo o processo, o que a faz experimentar a solidão e a sensação de abandono nas salas de parto.¹⁶

Por isso, mostrar-se próximo, preocupado e disposto a cuidar e escutar a parturiente são ações importantes para a criação de laços de confiança e afeição, a fim de facilitar o processo de parto, além de fazer dele um momento de cuidado e conforto que seja único na vida de cada parturiente.¹⁷ Assim, as falas das mulheres denotam que a utilização da ocitocina intravenosa parece substituir o cuidado dos profissionais de saúde.

A utilização da ocitocina demanda avaliação das condições do colo uterino e das contrações, pois a resposta satisfatória a esta

medicação é marcada pela presença de contrações de boa intensidade, com frequência de 3 a 4 em 10 minutos com a apresentação de tono uterino normal.¹⁸

Sendo assim, o uso 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, 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 mulher, devido às intensas dores, podendo se tornar um indicativo para o parto cirúrgico.¹⁹

Embora entendida como recurso para abreviar o parto a ocitocina não consiste em única medida a ser oferecida às mulheres durante o processo parturitivo, como parece ser valorizado no contexto estudado ao analisar-se as falas das mulheres. Destaca-se que estudos recentes comprovam que outros métodos não farmacológicos mostram-se tão eficientes quanto a utilização deste hormônio sintético, como, por exemplo, a posição verticalizada, a deambulação, a participação ativa da mulher no trabalho de parto, dentre outros.²⁰⁻²¹

Para isso, faz-se fundamental a disponibilidade de tempo, pessoal qualificado e disposto a implementar na prática clínica a utilização destas tecnologias de cuidado em enfermagem obstétrica. Logo, com vistas a diminuir o tempo de permanência da parturiente na sala de parto e desocupar o leito obstétrico o quanto antes, a fim de atender a demanda da unidade, a ocitocina intravenosa acaba sendo utilizada tradicionalmente para acelerar o trabalho de parto. Esta ação reflete a adoção de uma atenção obstétrica pautada no princípio de que o parto é um evento patológico que demanda a utilização de intervenções para corrigir os seus

desvios e facilitar o processo do nascimento.

O usuário dos serviços de saúde, em geral, não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento. A postura de cuidar dos profissionais de saúde perante os usuários tem muito significado, à medida que eles se sentem valorizados e atendidos em suas necessidades.²²

O que a parturiente mais deseja é parir rapidamente, poder estar com seu filho e se livrar das dores intensas das contrações uterinas. Assim que o parto acontece, o sentimento que flui é de alívio, de alegria e de felicidade, principalmente pela dor ter sido superada e por ter seu filho em seus braços. As parturientes valorizaram a presença dos profissionais de saúde no período expulsivo, devido ao fato de que os mesmos aliviaram a dor do trabalho de parto e do parto através da retirada do conceito, promovida pelas próprias contrações uterinas.^{8, 23}

As mulheres deste estudo se sentiram aprisionadas ao leito, na medida em que os profissionais as orientaram a manterem-se acamadas durante todo o processo parturitivo, mediante diversas justificativas, que variam desde a apresentarem sangramentos, risco de acidentes com o feto, a perda do acesso venoso, dentre outras.

Tais orientações não se fundamentam cientificamente, pois os estudos já comprovam que a utilização das posturas verticalizadas e da mobilidade é um direito da mulher durante o processo parturitivo, contribui com benefícios tanto maternos quanto neonatais.

A verticalização, associada à deambulação frequente, auxilia na coordenação das contrações uterinas e favorece o apagamento e a dilatação cervical, influenciando de forma favorável o desenvolvimento do parto. Desta maneira, a cérvix impele a hipófise a liberar mais ocitocina, intensificando as contrações, e, embora pareça contraditório, com menos dor e proteção perineal

contra episiotomias.²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷ Por isso, a a posição vertical é uma prática que pode ser considerada segura, uma vez que não acarreta riscos maternos e fetais, podendo ser incorporada na prática clínica.

Embora seja assegurado à parturiente o direito de escolher a posição que melhor lhe conforte durante o trabalho de parto e, de ser a postura horizontalizada uma conduta não recomendada, este direito não foi uma realidade relatada pelas entrevistadas.^{5,28}

Assim, considera-se que na prática clínica destes profissionais de saúde, diante da dinâmica do setor e da própria prescrição médica, valorize-se a restrição da parturiente no leito obstétrico, como medida para assegurar a permeabilidade do acesso venoso periférico, já que a deambulação desta usuária poderia provocar a retirada acidental deste dispositivo, dado semelhante a um estudo realizado no Rio de Janeiro.²⁹

Outro motivo para a restrição ao leito foi o medo do feto sair bruscamente e provocar traumas perinatais, utilizado pelos trabalhadores da saúde como uma forma de impedir a parturiente de decidir sobre a deambulação durante o trabalho de parto.

Esta realidade contrapõe os princípios da humanização da atenção obstétrica, pois retira da parturiente o direito de decisão e exercício de sua cidadania, sendo imposta a posição horizontalizada como única alternativa. Por outro lado, a permanência da mulher na posição horizontal constitui uma limitação importante da liberdade corporal, considerada essencial para o bom desenvolvimento do parto.³⁰

A permanência da parturiente por tempo prolongado na posição horizontal comprime grandes vasos sanguíneos, reduzindo o aporte de oxigênio para o feto e a efetividade das contrações uterinas, contribuindo para tornar o parto mais longo, levando assim ao maior número

de intervenções obstétricas e aumentando a dor.³⁰⁻³¹

Na posição verticalizada a adaptação da apresentação fetal ao estreito superior da pelve é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto do parto. Ademais, nesta posição a ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é facilitada, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, o ângulo de encaixe, a ventilação pulmonar e o equilíbrio ácido-básico, além da eficiência das contrações uterinas.³²⁻³³

Entretanto, a maior influência da deambulação sobre a duração do trabalho de parto está nas três primeiras horas de deambulação do início da fase ativa do parto, reduzindo assim a duração do trabalho de parto.³⁴

Por isso, a liberdade de deambulação e o incentivo ao uso das mais variadas posições da parturiente correspondem a uma forma de proporcionar o conforto e o alívio da dor decorrente das contrações uterinas. Assim, as mulheres devem ser apoiadas na sua escolha.²⁷

Entretanto, parece que, na unidade de saúde em estudo, a restrição ao leito é percebida como uma conduta imposta à parturiente, à qual não é oferecida a oportunidade de escolher a posição que melhor lhe agrade e conforto.

Assim, é necessária a discussão e a implementação de estratégias locais que possam favorecer as posturas verticalizadas e a deambulação da parturiente, como alternativas promotoras da humanização do cuidado obstétrico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a percepção das puérperas quanto a atenção recebida durante o processo parturitivo, através das vivências descritas e representadas pelos desenhos, permitiu desvelar que elas

permaneceram sozinhas na sala de parto, sendo submetidas à utilização de condutas comprovadamente maléficas para a evolução do trabalho de parto e do parto, tais como a utilização indiscriminada da ocitocina intravenosa e a restrição ao leito obstétrico, representando a falta de humanização da assistência prestada pela equipe de saúde e a ausência do vínculo entre parturientes e profissionais de saúde.

Assim, a decisão pela busca da atenção hospitalar para o parto, deu-se com o aumento das contrações uterinas e do avançar dos sinais característicos do trabalho de parto, como uma forma de amenizar o sofrimento no cenário do espaço obstétrico.

Por isso, a atenção humanizada será factível, apenas, quando os diversos atores envolvidos na parturição se dispuserem a repensar sua prática diária, redimensionando-a, quando necessário se fizer. Isso implicará, inevitavelmente, na reorganização do serviço e no abandono de técnicas padronizadas e atitudes estereotipadas que priorizam a rotina, a tecnologia e a comodidade da equipe em detrimento do bem-estar da parturiente.

Sendo assim, haverá a possibilidade de remover a mulher da condição de objeto da parturição, cuja voz não se faz ouvir, devolvendo-lhe o papel de protagonista e a capacidade de decidir sobre questões relacionadas ao seu parto.

Pensa-se ser necessária para a melhoria da prática clínica destes trabalhadores da saúde uma nova abordagem que estimule a utilização do partograma como recurso clínico para a avaliação das condições do trabalho de parto e das condutas adotadas, fundamentando-a com evidências comprovadamente benéficas e o uso de novas tecnologias de cuidado que proporcionem o alívio da dor e o conforto da parturiente.

Assim, esta pesquisa tem relevância profissional, social e teórica, ao passo que faz

emergir aspectos concernentes à assistência prestada pela equipe de saúde durante a parturição, proporcionando, deste modo, o levantamento de indicadores que delineiam esta atenção. Além disso, este estudo poderá contribuir para que a equipe avalie a sua prática e redimensione ações que fomentam uma assistência tecnicista e desvincilhada dos preceitos da humanização.

Além disso, este estudo poderá contribuir para que a equipe de saúde possa avaliar a sua prática clínica e utilizar estratégias para a humanização do cuidado à mulher em processo parturitivo. Acredita-se, também, que os dados empíricos resultantes deste trabalho somados ao *déficit* de conhecimento concernente ao seu objeto, poderão estimular a realização de novas investigações empíricas, fortalecendo o saber/fazer em enfermagem obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Costa LHR. Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2002.
2. Nunes IM, Moura MAV. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta Paul Enferm.* 2004 jul-set; 17(3): 2004.
3. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2005; 10(3): 652-57.
4. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2005; 10(3): 627-637.
5. 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): Ministério da Saúde; 2003.

6. Nakano MAS, Silva LA, Beleza ACS, Stefanello J, Gomes FA. Support during the labor and delivery processes: viewpoint of companions of women giving birth. *Acta Paul Enferm.* 2007 Abr-Jun; 20(2): 131-7.
7. Cecagno S, Almeida FDO. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX numa ótica cultural. *Texto Contexto Enferm.* 2004 jul/set; 13(3): 409-13.
8. Santos LM, Pereira SSC, Santos VEP, Santana RCB, Melo MCP. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. *R. Enferm. UFSM* [Internet]. 2011 [citado 2012 jul. 1]; 1(2): 225-237. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2588/1635>.
9. Scheneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal perihospitalar e hospital. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(1): 77-86.
10. Vaisberg TMJA. Desenhos com Tema. In: Trinca W (org.). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia O procedimento de Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias.* São Paulo: Vetor Psico-pedagógica; 1997.
11. Coutinho MPL. *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial.* João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2001.
12. Farias FLR, Furegato ARF. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005 set-out; 13(5): 700-707.
13. Carvalho ESS. *Viver a sexualidade com o corpo ferido [Tese].* Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. 2010.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2007.
15. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006 Mai-Jun; 14(3): 414-421.
16. Santos LM, Pereira SSC. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Physis.* 2012;22(1):77-97.
17. Frello AT, Carraro TE. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. *Rev Enferm UERJ.* 2010 Jul-Set; 18(3): 441-5.
18. Rezende J. *Obstetrícia.* 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
19. Silva EC, Santos IMM. The perception of women concerning their parturition *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online* [online]. 2009 [acesso em 21 jan 2012]; 1(2). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/296/286>.
20. Mamede FV. *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto (tese).* Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2005.
21. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007 mar; 11(1): 98-104.
22. Nascimento NM, Progianti JM, Novoa RI, Oliveira TR, Vargens OMC. Tecnologias utilizadas por enfermeiras durante o parto. *Esc Anna Nery.* 2010 Jul-Set; 14 (3): 456-461.
23. Carraro TE, Knobel R, Radünz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15 (Esp): 97-104.
24. Goldman RE. *Prática de Enfermagem durante o parto.* In: Barros SMO. *Enfermagem Obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.* 2ª ed. São Paulo: Rocas; 2009. p. 189-205.

25. Baracho SM, Figueiredo EM, Silva LB, Cangussu ICAG, Pinto DN, Souza ELBL *et al.* Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2009 Out-Dez; 9(4): 409-414.
26. Lawdermilk D L, Perry SE, Bobak IM. O cuidado em enfermagem materna. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
27. Bruggemann OM, Knobel R, Siebert ERC, Boing AF, Andrezzo HFA. Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Rev Bas Saúde Mater Infant* 2009 Abr-Jun; 9(2): 189-196.
28. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
29. Diniz CSG. Entre a Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina 2001. [acesso em 11 jan 2012]. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/parto/tela_cheia/Doutorado%20-%20Carmen%20Simone%20Grilo%20Diniz.pdf>.
30. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianni JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev Enferm UERJ.* 2008 out-dez; 16(4): 472-6.
31. Miquelutti MA. Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
32. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas (SP): Ed Unicamp; 2000.
33. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007 jun; 11(2): 331 - 6.
34. Mamede FV, Almeida AM, Nakano AMS, Gomes FA, Panobianco MS. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Esc. Anna Nery.* 2007; 11(3): 466-471.

Recebido em: 26/01/2012

Aprovado em: 19/06/2012