



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**KLEITON FERREIRA DE FIGUEIREDO**

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CAMPINA GRANDE - PB**

**CAMPINA GRANDE  
2018**

KLEITON FERREIRA DE FIGUEIREDO

**A ASSISTÊNCIA AO PARTO: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Psicólogo (a).

Orientador: Profa. Dra. Sibelle Maria Martins  
de Barros.

**Campina Grande  
2018**



É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F475a Figueiredo, Kleiton Ferreira de.

A assistência ao parto [manuscrito] : a perspectiva dos profissionais de saúde em uma maternidade pública de Campina Grande - PB / Kleiton Ferreira de Figueiredo. - 2018.  
29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.

"Orientação : Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros , Departamento de Matemática e Estatística - CCT."

1. Assistência ao parto. 2. Humanização do parto. 3. Assistência em saúde. 4. Obstetrícia. I. Título

21. ed. CDD 618.4



KLEITON FERREIRA DE FIGUEIREDO

A ASSISTÊNCIA AO PARTO: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CAMPINA GRANDE - PB

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Psicólogo (a).

Aprovada em: 09/07/2018.

BANCA EXAMINADORA

Sibelle Maria Martins de Barros

Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria Angélica Carvalho Andrade

Profa. Dra. Maria Angélica Carvalho Andrade  
Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Wilmar Roberto Gaião

Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

# **A ASSISTÊNCIA AO PARTO: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CAMPINA GRANDE - PB**

Kleitton Ferreira de Figueiredo

## **RESUMO**

Diante dos avanços tecnológicos na área da obstetrícia, o parto deixou de ser visto como um evento fisiológico, assemelhando-se a uma patologia que necessita de várias intervenções médicas. Deste modo, o médico e suas técnicas se tornaram protagonistas do parto, devendo a mulher se submeter ao recomendado pela equipe de saúde. Diante desse cenário, a humanização surge como possibilidade de transformação do modelo biomédico e hospitalocêntrico do parto. Diante dessas duas propostas de assistência ao parto, o presente estudo teve como objetivo compreender a perspectiva dos profissionais em relação a assistência ao parto. Participaram do estudo 12 profissionais de saúde que atuam em uma maternidade pública de Campina Grande - PB. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, as quais foram analisadas a partir da análise de conteúdo temático categorial. Os resultados permitiram construir três categorias temáticas: Gestantes/Puérperas; Parto e Assistência ao parto no SUS. Foi possível verificar que os profissionais representam as gestantes como um grupo social vulnerável, de baixa renda, com pouca escolaridade e que não realizam adequadamente o pré-natal na atenção básica. Em relação aos tipos de parto, os profissionais revelam que as mulheres preferem a via de parto cesárea e apontam como principais motivos: o medo da dor, medo de agressão, fatores culturais, midiáticos e influência médica. No que diz respeito à assistência ao parto, foi possível verificar que houve melhorias significativas advindas da adesão da maternidade à Rede Cegonha, promovendo uma melhora do serviço tanto em aspectos estruturais da maternidade, quanto das condutas dos profissionais com posturas mais acolhedoras e práticas efetivas e embasadas tecnicamente. Mesmo assim, foi possível verificar a existência de condutas profissionais dissonantes com as boas práticas em obstetrícia. Diante desses dados, torna-se emergente haver mais esforços institucionais, que atuem nesses cotidianos profissionais, no sentido de fomentar o movimento de humanização e assegurar o direito da mulher a uma assistência digna e de qualidade.

**Palavras-chaves:** Assistência ao parto; Via de parto; Humanização; Violência institucional.

## **INTRODUÇÃO**

Com o avanço das tecnologias em saúde no campo da Obstetrícia, o parto foi se tornando, cada vez mais autômato e menos pautado nas relações humanas. Como afirma D'Aquino (2016), os médicos e seus instrumentos tornaram-se os atores principais do parto e, neste enredo, o corpo da mulher passou a ser tutelado ao Estado que detém o controle e o poder sobre ele.

A partir deste modelo intervencionista, a parturição transformou-se em um evento médico, sendo o parto assemelhado a uma patologia. Neste cenário, a grávida passou a ser uma paciente que deve se submeter ao sistema médico hospitalar. Entretanto, cabe refletir até que ponto o Estado pode decidir entre o que deve ou não ser feito no corpo da mulher. (SIMAS; MENDONÇA; 2016)

Com a institucionalização do parto nos hospitais, reflexo de uma sociedade industrial cada vez mais centrada na tecnocracia, na medida em que supervaloriza e se organiza de maneira hierarquizada em torno das suas tecnologias, o nascimento se constitui como uma indústria de alta tecnologia, destinada à produção de “bebês perfeitos”, com uma legitimidade inquestionável dos procedimentos médicos. (PEDROSO; LÓPEZ; 2017). Nesta lógica fabril, o médico seria uma espécie de técnico responsável por ajustar o corpo da mulher como se fosse uma máquina que necessita de ajustes para um melhor funcionamento. (SIMAS; MENDONÇA; 2016). Desta forma, o parto deixa de ser um evento fisiológico e passa a ser algo controlável do ponto de vista das técnicas.

Nesse caminho, a atenção à saúde da parturiente e do recém-nascido tornou-se uma linha de produção como no setor industrial (Menezes e Dias, 2012) que desconsidera, muitas vezes, as evidências científicas que indicam o melhor tipo de parto para a mulher e esta, enquanto objeto, não é vista como uma pessoa com suas singularidades, desejos e direitos. (AMORIM; SOUZA; PORTO; 2010)

Este modelo de assistência ao parto, contudo, além de desconsiderar o protagonismo da mulher e os princípios basilares do Sistema Único de Saúde que visam ao atendimento de qualidade a partir da integralidade, vínculo e corresponsabilização de todos os atores sociais envolvidos, muitas vezes acarreta em sofrimento e violência direcionada à mulher. Dessa forma, importante considerar que o momento do parto pode ser um momento de sofrimento, por vezes traumático, para a usuária e sua família. (MENEZES; DIAS; 2012)

Como afirma Diniz (2005) O modelo da assistência médica, tutelada pela Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e até mesmo negado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores do parto. E como se observa em trecho da própria escritura bíblica: “*Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua concepção; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te dominará.*” (Gênesis 3:16).

Indo contra os ditames religiosos e de gênero e a fim de resgatar a autonomia feminina na cena do parto, a partir da década de 1980, o movimento feminista juntamente com outros

setores da sociedade, passaram a criticar fortemente o modelo obstétrico tecnocrático. Questionava-se principalmente a qualidade da assistência prestada durante o ciclo gravídico-puerperal, a institucionalização do parto e o uso rotineiro de intervenções desnecessárias. Este movimento culminou em conferências, documentos e na busca de evidências científicas que se articulassem as diversas áreas de conhecimento. Movimento feminino este que, de certa forma, repercutiu positivamente naquilo que, mais tarde, seria o movimento pela humanização do parto. (REIS et al, 2017)

Além disso, outros fatores contribuíram significativamente para o surgimento do movimento pela humanização do parto. Os altos índices de mortalidade materna e perinatal, excesso de intervenções desnecessárias, relações assimétricas entre a equipe profissional e as mulheres, práticas rotineiras de violência institucional contra a mulher e entre outros. (DINIZ, 2005)

Diante desse quadro, o movimento pela humanização do parto, nas últimas décadas, propõe-se, entre outros objetivos, a reduzir significativamente o número de partos cesáreos e resgatar o papel da mulher enquanto protagonista do seu próprio parto. Tal movimento, fruto de inúmeras lutas sociais e governamentais, de âmbito inclusive internacional, tem pressupostos filosóficos no movimento existencialista/humanista<sup>1</sup> ocorrido na Europa no período pós-guerra. Como expõe D'Aquino (2016) apud Jones (2014) o termo “humanização” se relaciona com o movimento filosófico chamado humanismo, que, contrapondo-se ao teocentrismo da Idade Média, coloca o ser humano em destaque e oferece a ele o controle do seu destino. Desta forma, a humanização do parto se direciona a colocar a mulher em posição de destaque e no controle do processo de parturição.

A humanização do parto permite lançar um novo olhar sobre a mulher e o processo de parto. Principalmente, indo contra concepções ideológicas e práticas que causam sofrimento, para além das dores fisiológicas e muitas vezes são silenciadas. O conceito de humanização envolve atitudes, práticas, condutas e conhecimentos pautados no desenvolvimento saudável dos processos de parto e nascimento, respeitando a individualidade e valorizando as mulheres. Além disso, abrange a incorporação de práticas e procedimentos que possam contribuir para o acompanhamento e a evolução do parto e do nascimento, abandonando condutas

---

<sup>1</sup> Existência, na origem, é sinônimo de mostrar-se, exhibir-se, movimento para fora. Daí denominar-se existencialista toda filosofia que trata diretamente da existência humana. O existencialismo, conseqüentemente, é a doutrina filosófica que centra sua reflexão sobre a existência humana considerada em seu aspecto particular, individual e concreto. (Penha, 1982)

despersonalizadas e intervencionistas, que acarretam em riscos à saúde materno-infantil. (POSSATI et al, 2017)

No Brasil, o movimento pela humanização do parto tem alguns marcos importantes no âmbito das políticas públicas de saúde. Dentre elas, têm-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria 569/2000) que tem como objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. O PHPN busca promover a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2000). Importante destacar que esse documento usa pela primeira vez o termo “humanização” e busca garantir à gestante o direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. (RATTNER, 2009).

Em 2005, tem-se, com a promulgação da lei 11.108/2005, a garantia do direito a um acompanhante da escolha da parturiente antes, durante e após o trabalho de parto. Como ressalta Sá (2017), trata-se de um direito inegociável e, portanto, o impedimento de gozá-lo, por meio de ações que impedem, retardam ou dificultam o acesso do acompanhante durante o processo parturitivo, confirma falta de respeito aos ditames legais. Além disso, ainda segundo o autor, a não informação à mulher, sobre lei do acompanhante, pode se configurar como uma violência institucional.

A Rede Cegonha, instituída a partir da portaria N° 1.459 de 2011, representou outro marco importante no Sistema Único de Saúde, pois consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha é composta de quatro componentes principais, quais sejam: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção à criança; e o sistema logístico. A implementação desse sistema de rede abrange ações desde o pré-natal na Atenção Básica de Saúde, maternidades e hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). (ALVES et al, 2017). Diante disso, esses marcos legitimaram, dentro das políticas públicas, os esforços de inúmeros movimentos sociais e governamentais, em busca de uma assistência ao parto mais humanizada.

Apesar das conquistas e avanços no campo das legislações, a implementação de uma assistência humanizada no contexto da parturição ainda parece ser um desafio. Em pesquisa

realizada por Alves et al (2017) constatou-se a existência de elementos que dificultam a assistência ao parto, como: resistência e despreparo de muitos profissionais da saúde no processo de parturição, deficiência da estrutura física hospitalar e desconhecimento da parturiente em relação aos seus direitos. A atenção básica, onde a mulher inicia o pré-natal, tem-se mostrado precária. Muitas vezes, a usuária não tem acesso aos serviços básicos (como acompanhamento médico adequado, acesso a medicamentos, realização de exames de rotina e entre outros) e muitas mulheres não são informadas sobre os procedimentos médicos e principalmente sobre seus direitos legais. (SANTOS et al, 2017)

Outra dificuldade, diz respeito, a alta demanda de atendimento nas maternidades, profissionais despreparados para prestar uma boa assistência, falta quartos individualizados, falta de equipamentos e materiais tais como cobertores, leitos, colchões, roupas e entre outros. Outra questão mais preocupante e que evidencia a ausência da humanização diz respeito a práticas que se configuram como violência obstétrica. De acordo com Tesser et al (2015) a violência obstétrica pode envolver maus tratos físicos, psicológico e verbal. Tais como descreve Simas e Mendonça (2016): imobilização da mulher na posição horizontal, o enema (lavagem intestinal), a tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), o rompimento precoce da bolsa amniótica, ocitocina (hormônio) sintética administrada rotineiramente, episiotomia (o corte do períneo), esforços expulsivos dirigidos (pedir para a mulher fazer força), a manobra Kristeller (pressão feita na barriga da grávida) e os toques vaginais frequentes por diferentes membros da equipe médica. Além disso, tratar a mulher de maneira desrespeitosa, negligenciar as vontades da parturiente, negar orientação e informações e entre outros.

Contudo, o processo de humanização do parto no Brasil ainda é relativamente recente e está em processo de efetivação dentro das maternidades. Em pesquisa realizada por Rabello e Neto (2012) buscou analisar a humanização da assistência ao parto pelos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), localizada na cidade de mesmo nome, no norte de Minas Gerais. Constatando que os estudantes de Medicina associam a humanização da assistência ao parto a acolhimento, direito ao acompanhante, segurança, menor intervenção e equipe multiprofissional. A maior ênfase foi dada ao acolhimento, que envolve fornecimento de informações, atenção às necessidades individuais e melhora da relação médico-paciente. Nota-se, ainda, o reconhecimento do parto como um evento fisiológico que necessita de menor intervenção e a importância do envolvimento de profissionais não médicos. Esses dados indicam que é possível verificar uma mudança paradigmática da assistência ao parto e puerpério, saindo de uma assistência caracterizada por

aspectos, meramente, biomédico e indo em direção a uma assistência com aspectos mais humanísticos.

Estudos sobre a assistência ao parto permite compreender os processos de efetivação da humanização do parto no cenário do SUS. Além do mais, permite compreender os processos de escolha pela via de parto do ponto de vista dos profissionais, os entraves e avanços da assistência na prática obstétrica, a efetivação da participação da mulher e dos seus familiares no processo parturitivo. Dessa forma, esta pesquisa teve como objetivo compreender a perspectiva dos profissionais da saúde em relação a assistência ao parto.

### **Estratégias Metodológicas**

Participaram da pesquisa 12 profissionais de saúde de nível superior, sendo 08 médicos (07 obstetras e 01 pediatra), 01 fisioterapeuta e 03 enfermeiras integrantes da equipe de saúde que prestam assistência à mulher no processo de parturição. Foi considerado, como critério de inclusão, profissionais que atuavam há mais de seis meses na assistência ao parto na instituição.

Como instrumento, optou-se pela entrevista semi-estruturada, que permitiu abarcar os seguintes conteúdos e temas: dados de identificação, perfil das usuárias, opinião a respeito dos diferentes tipos de parto, opinião a respeito da assistência ao parto e dos direitos das parturientes. Vale ressaltar que embora o estudo tivesse como foco investigar a assistência ao parto a partir do olhar dos profissionais, buscou-se investigar alguns outros temas que se relacionam à prestação de uma assistência de qualidade.

Os dados foram coletados em uma maternidade pública de Campina Grande, que presta assistência ao parto e está vinculada ao Programa Rede Cegonha. Após o consentimento da instituição e da autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número de registro CAAE 51496215.2.0000.5187 a coleta foi iniciada. Os profissionais foram convidados a participar da entrevista durante os respectivos horários de trabalho, o que gerou dificuldades de acesso ao profissional, principalmente pela demanda de trabalho. As entrevistas, com os profissionais, foram previamente marcadas e encaminhadas por uma enfermeira-chefe, da referida instituição, auxílio este que se tornou fundamental para o desenvolvimento da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas e gravadas após consentimento do profissional mediante as explicações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A fim de preservar o anonimato dos profissionais entrevistados, optou-se por utilizar nomes fictícios.

As entrevistas foram analisadas a partir da proposta de análise de conteúdo temático categorial (BARDIN, 2011; OLIVEIRA, 2008) visando delinear adequadamente as categorias pré-definidas, tendo em vista as respectivas subcategorias. Foram desenvolvidas as seguintes etapas: 1. Leitura flutuante do material; 2. Seleção das unidades de análise ou unidades de registro, a partir dos temas abordados; 3. Processo de categorização e subcategorização. Importante ressaltar que a análise de conteúdo requer a realização de inferências que significa “[ ] não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores (CAMPOS, 2004, p. 613). Por conseguinte, as categorias foram discutidas à luz dos estudos desenvolvidos sobre o tema, considerando-se também os contextos dos próprios sujeitos, apreendidos pela própria entrevista realizada.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização do grupo pesquisado**

O grupo pesquisado foi composto por doze membros da equipe de saúde da referida instituição hospitalar, sendo sete médicos obstetras, um médico pediatra, três enfermeiros e um fisioterapeuta, com idades entre 33 e 63 anos de idade. Cinco deles eram do sexo masculino e sete, do sexo feminino. Com relação à religião, dez participantes alegaram ser católicos e dois protestantes/ evangélico. Todos os profissionais formaram-se em instituições da Paraíba, há no mínimo seis e no máximo 40 anos. O tempo de atuação na área variou entre quatro e 43 anos. O tempo de trabalho na instituição variou entre quatro e 23 anos. Quanto à qualificação profissional, a maioria tem especialização e curso de qualificação dentro das práticas humanizadas. Dois profissionais revelaram não ter qualificação além da graduação.

### **Categorias temáticas**

Por meio da análise dos dados foi possível construir três categorias: Gestantes/Puérperas; Parto; Assistência ao parto no SUS. Tais categorias se desdobraram em subcategorias como mostra o quadro abaixo:

Quadro de categorias e subcategorias

| Categorias           | Subcategorias  |
|----------------------|--|
| Gestantes/Puérperas  | Perfil das usuárias<br>Direitos da usuárias  |
| Tipos de Parto       | Preferências das mulheres<br>Opinião dos profissionais   |
| Assistência ao parto | Assistência de boa qualidade<br>Assistência de má qualidade<br>Procedimentos comuns<br>Assistência ao parto no SUS<br>Auto-avaliação da assistência prestada |

### **Gestantes/Puérperas**

A categoria gestantes/puérperas abarcou conteúdos a respeito do perfil das usuárias e dos direitos que elas possuem, a partir do olhar dos profissionais.

Ao discorrerem sobre o perfil das usuárias atendidas, alguns aspectos foram citados pelos entrevistados, como: ter baixa renda, baixa escolaridade e pré-natal inadequado. No que diz respeito aos aspectos socioeconômicos das usuárias, muitos profissionais relataram que, pelo fato da maternidade ser um serviço público, seus usuários são de baixa renda e de baixo nível de escolaridade:

*“A grande maioria é baixa renda. A maternidade pública. Paciente com baixo nível de escolaridade. Muitas analfabetas.” (Socorro, Obstetra).*

Em relação ao pré-natal, destacou-se a pouca preparação, a dificuldade de acesso ao serviço de atenção básica e de informações sobre a importância desse cuidado:

*“Atenção básica eu acho falha. A questão do pré-natal. Você vê paciente que começa o pré-natal tardio, acima do quinto mês. Pacientes que não realizam exames laboratoriais. Pacientes que não fazem o mínimo de consultas, que são seis, pela organização mundial de saúde.” (Socorro, Obstetra).*

Embora os profissionais denunciem a falta de cobertura adequada do pré-natal, responsabilidade da atenção básica, parecem também responsabilizar a usuária pelo pré-natal incompleto:

*“A maioria das vezes, também, com o pré-natal um pouco prejudicado pela ou porquê... enfim, não fazem o pré-natal corretamente ou não têm acesso a posto de saúde ou posto de saúde não tem médico. Enfim, ou os exames não conseguem fazer pelo posto. Então, normalmente são mulheres com mais carência financeiramente, no caso, e culturalmente também, são um pouco carentes. [ ] A gente lida com muitas famílias, não só com a mãe, mas a gente lida com a família inteira, e muitas vezes a família ela tem, vamos dizer assim, a questão da educação, a questão cultural, ela é uma família desprovida, muitas vezes dessa educação. E não sabem bem lidar com aquele profissional. Como é um momento de muita ansiedade, normalmente, as pessoas ficam, assim, mais exaltadas né? E também, claro, como muitas vezes elas não tem a informação necessária, não foram algumas vezes atendidas bem elas já vão meio que armadas, né? Preparadas para lhe acusar, antes mesmo de ter alguma acusação contra você. Mas elas já estão ali preparadas. (Sueli, Obstetra).*

O pré-natal é considerado uma real barreira para uma assistência de qualidade, tendo em vista que, de maneira corriqueira, o parto é realizado por um profissional médico diferente daquele que fez o pré-natal, resultando assim em ausência de informações, no momento do parto, sobre a gestação atual e até mesmo as anteriores (Patah e Malik, 2011). Um pré-natal bem acompanhado e bem realizado além de oferecer uma assistência integral, transmite à gestante a capacidade de conduzir com confiança, autonomia à gestação e o parto, preparando-a também para enfrentar um pós-parto com mais tranquilidade. Espera-se, portanto, que o profissional de saúde oriente as mulheres sobre a importância de determinadas condutas durante e após o período gestacional. (CARVALHO et al, 2013).

Importante também refletir sobre a influência de fatores como renda, escolaridade e etnia, por exemplo, na assistência voltada às mulheres. A percepção negativa dos profissionais em relação a usuárias pobres, negras e de baixa escolaridade contribui para perpetrar práticas hierárquicas, discriminatórias e violentas nesse contexto, indo de encontro ao cuidado humanizado e a garantia de direitos no cenário da saúde. De acordo com pesquisa realizada por D’Orsi et al. (2014) a maior escolaridade e a presença do acompanhante são fatores significativamente associados à percepção, por parte das mulheres, de menor tempo de espera no atendimento, assim como tratamento com mais respeito, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas. A cor de pele foi associada à pior avaliação do tempo de espera e menos privacidade nos exames; e o trabalho de parto, por sua vez, associou-se a menores níveis de respeito e privacidade e ao maior relato

de violência. Dessa forma, sugere-se que as mulheres com maior nível de escolaridade e renda têm a percepção de serem melhor assistidas pelos profissionais.

Em outra pesquisa, realizada por Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013) foi constatado que os profissionais, que atuam em maternidade públicas e privadas da cidade de São Paulo, percebiam as usuárias do serviço público como ignorantes, com dificuldades de compreensão e com uma sexualidade difícil de ser controlada, tendo em vista o número de filhos e pouca idade. Ainda segundo os autores, a agressividade proveniente das usuárias era compreendida pelos profissionais como um tipo de violência institucional justificada pela “natureza” da pessoa ou pela classe social a qual pertence, evidenciando, assim, o preconceito de classe (pobre e ignorante).

Sobre os direitos das usuárias, os profissionais destacaram: o direito à orientação/informação, a ter o acompanhante da sua escolha, de ser bem assistida e ter direito a escolher a via de parto, bem como direitos que dizem respeito ao bom relacionamento interpessoal, tais como ser respeitada, ter atenção da equipe multiprofissional, ser tratada com paciência e cuidado. Além desses, outros direitos foram citados, a saber: o respeito às vontades e ao corpo; o contato com o bebê nas primeiras horas; alimentação antes do parto; presença da doula; deambulação e ter boas acomodações que garantam um certo conforto, tanto para a mãe quanto ao bebê.

*“O direito da amamentação na primeira hora; o direito de uma maternidade segura; [ ] ela tem direito a um acompanhante da escolha dela, que também faz parte; que ela tem direito a receber alimentos, que ela tem direito a ter a acesso a ver a criança na hora que nascer; ao contato pele a pele; ela tem direito a saber todas as informações do bebê, como também a alguma dúvida que ela venha a ter, questão de exames, questão de ultrassom. Ela tem direito a isso!” (Felipe, enfermeiro)*

Ao falarem sobre a temática dos direitos os participantes demonstram o reconhecimento dos direitos das mulheres no contexto da parturição, que refletem o discurso da humanização da assistência ao parto e vão além de aspectos fisiológicos. A humanização da assistência propõe, especialmente, que os profissionais de saúde respeitem os aspectos fisiológicos do processo de parto e nascimento, intervenham de forma criteriosa e reconheçam os aspectos sociais e culturais da mulher, oferecendo-lhe uma assistência acolhedora baseada no respeito à sua dignidade e autonomia. (OLIVEIRA et al, 2018)

Alerta-se para a necessidade de melhorias na assistência pré-natal e que implica repensar os estereótipos construídos sobre as mulheres de baixa renda e sua família. Ressalta-

se também que, embora haja reconhecimento dos direitos da mulher pelos participantes, estes podem não ser contemplados tendo em vista o preconceito de classe que muitas vezes se soma à incompreensão das dificuldades que estas famílias enfrentam. As dificuldades relacionais entre usuárias, familiares e equipe engloba diversos fatores. A pouca informação e experiências em contextos hospitalares torna o cenário do parto algo desconhecido e ameaçador para as parturientes e suas famílias, onde possuem com pouco poder de negociação. Tal fato pode agravar a ansiedade comum no momento do parto e gerar condutas agressivas. Experiências negativas de outras mulheres também podem interferir na visão das famílias sobre as instituições. Estes fatores, somada à dificuldade de comunicação com a equipe, que pode estar sobrecarregada ou mesmo não perceber a importância do acolhimento, podem gerar desentendimentos e condutas agressivas por parte de ambos os lados, mesmo que expressas de formas diferentes.

## **Tipos de Parto**

A categoria **tipos de parto** englobou a preferência das mulheres em relação ao tipo de parto (segundo os profissionais) e as opiniões dos profissionais sobre os diferentes partos.

Sobre a **preferência das mulheres** em relação ao tipo de parto constatou-se que, para a maioria dos profissionais, o parto preferido das mulheres é o parto cesáreo, devido ao medo da dor ou agressão, fatores culturais, midiáticos, pré-natal mal realizado e falta de informação.

*“Na realidade, se a gente fosse operar aqui todo mundo que pede cesárea, eu creio que 90% dos partos seriam cesáreas. Ninguém quer fazer força, sentir dor, né?” (Pedro, Obstetra)*

*“Cesariana. Porque elas não querem sentir dor. Mas, justamente, por isso, pela falta de informação. No pré-natal que não é orientado.” (Socorro, Obstetra)*

*“Na instituição como as pacientes na grande maioria das vezes não são informadas, elas chegam muito assustadas com relação ao parto normal, principalmente porque se fala para elas que parto normal é um bicho de sete cabeças, é uma agressão, é uma dor infinita, que não tem tempo para acabar e é uma agressão ao corpo dela.” (Beatriz, Obstetra)*

A influência dos profissionais na escolha das usuárias também foi ressaltada como justificativa para a preferência das mulheres pela cesárea:

*“Existe uma tendência atual devido a, muitas vezes, indicações equivocadas e convencimento por interesse, às vezes, pessoais de conquistar a mulher para a cesariana. E hoje, existe uma grande afeição das mulheres por essa via, devido, já foi dito, a orientação do pré-natal de forma que o parto, que seria o melhor, é a cesariana”. (José, Obstetra)*

*“Alguns médicos fazem a mulher escolher a cesariana por ser um parto mais prático, né? Mais fácil de acontecer”. (Sueli, Obstetra)*

Por outro lado, de acordo com a maioria dos profissionais, o tipo de parto mais frequente na instituição é o parto normal.

*“O tipo de parto é o parto normal. Embora aqui tenha serviço de alto risco que aumenta o número de cesáreas, mas ainda tem a prevalência do parto normal e parto normal convencional.” (Carlos, Fisioterapeuta).*

Contudo, metade dos participantes acredita que o índice de cesárea ainda é alto, principalmente pelo fato da maternidade ser de alto risco.

*“O índice de cesariana é alto porque aqui é uma maternidade de alto risco. Então é alto sim! É uma maternidade de alto risco, tem bastante cesárea, porque você muitas vezes tem que optar pela cesárea por conta da situação do caso.” (Raquel, Pediatra).*

Embora os profissionais acreditem que a cirurgia cesárea seja o tipo de parto mais desejado, pesquisas científicas têm retratado justamente o contrário. Segundo Minuzzi e Resende (2013) a maioria das mulheres preferem a via de parto vaginal identificando-se que os fatores recuperação pós-parto, medo da anestesia e complicações da cesariana, preocupação com a estética e retomada da vida sexual foram favoráveis à opção pelo parto normal. Melchiori et al. (2009), por meio de estudo sobre a preferência das mulheres primíparas em relação ao tipo de parto, verificou que a maioria das gestantes entrevistadas (75%), relatou preferir o parto normal, principalmente porque acreditavam ter uma rápida recuperação, além de ser melhor para elas e/ou para bebês. 15% das gestantes preferiram a cirurgia cesariana porque a consideraram um parto sem dor. Em outra pesquisa realizada por Matos et al (2017), os resultados mostraram uma preferência inicial das mulheres pela via de parto normal. Um dos principais motivos foi a recuperação mais rápida e fácil quando comparada a cesariana.

Tais dados corroboram com pesquisa realizada por Silva et al (2017) que elencam aspectos como fatores sociodemográficos, culturais, econômicos e experiência anterior das gestantes na escolha pelo tipo de parto. Ainda segundo os autores, a escolha também é

influenciada por outros aspectos como o modelo assistencial, que envolve questões relacionadas ao trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas e interesses econômicos. Desta forma, em algumas situações, a preferência pela via de parto cesárea nem sempre é das mulheres. É possível, portanto, haver influência dos profissionais na decisão das mulheres, como retratou anteriormente uma profissional

Neste sentido, algumas questões médicas contribuem para a realização de cesáreas desnecessárias: simples conveniência, facilidade de agendamento, rapidez no parto, receio de processos por má prática ou questionamento pelos comitês de mortalidade materno-infantil, adesão ideológica à cesárea (crença na tecnologia cirúrgica como mais segura e inócua) e a crença de que as mulheres preferem e solicitam a cesárea (Tesser et al., 2011). Oliveira et al (2018) revelam que, no Brasil, a taxa de partos cesáreos chega a 54%, sendo que esse número cresce para 84% dos partos realizados por Planos de Saúde. No SUS o número fica em torno de 40%.

Em relação à **opinião dos profissionais** sobre os tipos de parto, a maioria destacou que a cesárea é um procedimento recomendado, mas apenas quando há indicação baseada em evidência científica.

*“O parto cesariana é uma modalidade de parto em que ela tem a única e exclusiva indicação quando você tem para salvar o bebê ou quando existe alguma intercorrência materna que a via de parto vaginal seja contra indicada “ (Luíz, Obstetra).*

Foi ressaltado também que as mulheres devem ser orientadas sobre possíveis complicações e cuidados com o parto cirúrgico e que este deve ser visto como um parto de exceção. Dessa forma, foram reconhecidas as possíveis complicações de um parto cirúrgico, desmistificando a ideia de que um parto cesárea é um procedimento prático e seguro:

*“Quando a gente fala em parto cirúrgico a gente considera o risco de complicações anestésicas, um risco de sangramento, um risco de infecção, devido a manipulação, e o afastamento binômio, da própria mãe e do seu filho enquanto ocorre o procedimento. Na verdade, ocorre o parto cirúrgico e durante esse período o RN ele é preciso sair do centro cirúrgico para ser finalizado a conduta com a mãe. De terminar o procedimento materno. Então não é um juízo muito benéfico. Então a mãe, inclusive no pós-operatório, ela vai ter limitações para deambular, com isso ela vai ter limitações... ela vai diminuir... na verdade ela vai aumentar o tempo para diminuir o seu edema de membros inferiores, então a circulação sanguínea fica, também, mais lentificada, logo ela pode ter mais facilidade para ter trombose venosa profunda que aí é uma outra complicação porque quanto mais tempo essa mãe fica no*

*leito... O procedimento cirúrgico, como eu já falei, tem os riscos da hemorragia pode perder muito volume durante o ato cirúrgico. Ela pode ter uma cefaleia pós Raqui no pós-operatório, no imediato ou mediato. Então são inúmeras as complicações.” (Lucia, enfermeira).*

Em relação ao parto normal, alguns aspectos e características foram ressaltadas, como, principalmente o fato de ser um tipo de parto natural, em que biologicamente e anatomicamente o corpo da mulher é preparado e também um parto mais benéfico para a mãe e bebê:

*“Nós apoiamos totalmente o parto normal. Principalmente a considerar as vantagens tanto para a mãe, quanto para o bebê. Para ela e o filho. Porque evita complicações sérias, favorece até o contato afetivo, vínculo afetivo entre mãe e filho. O parto normal ele favorece. Nós temos, com parto normal, o índice bem diminuído de sangramentos, de processos hemorrágicos, e a evolução uterina ela é promovida mais cedo, mais rápido. A amamentação ela é iniciada mais precocemente”. (Lucia, enfermeira).*

Importante destacar que, para alguns profissionais, o parto normal, assim como a cesárea, também depende de indicação. Além disso, também foi mencionado o respeito à vontade da paciente pela sua escolha em relação à via de parto.

*“Olha, eu acho que a gente na cesariana e no parto normal eu acho que cada um deles tem sua indicação. Eu acho que a paciente deve ser bem informada. Tem que ser bem explicado sobre esses dois tipos de parto. Até porque existe uma, claro a gente tem que respeitar a vontade dela, mas ela tem que saber é a importância de um, a importância do outro, quando um é indicado e quando é indicado. Acho que com bom senso você consegue passar isso pra mulher, de uma maneira que ela se sente satisfeita com a explicação e tranquila. Porque você tem que tranquilizar ela sobre o parto normal. (Sueli, Obstetra)*

No que diz respeito ao parto humanizado, este foi compreendido como um parto em que a mulher é a protagonista, cabendo aos profissionais assistir e acompanhar, intervindo somente quando necessário.

*“Veio mostrar que o protagonista do parto não é o profissional de saúde. Que o protagonismo do parto é a mãe, é esse filho que está para nascer, é esta família que está sendo formada. Então o parto humanizado veio resgatar os valores perdidos.” (Lucia, enfermeira).*

*“Na realidade quando entra no mundo da humanização, quando o termo passa a fazer parte do parto, ele passa a ser visto agora como o protagonismo da mulher, ou seja, quem faz o parto é ela, nós assistimos ao parto. Então, o parto humanizado, o parto com amor, seria exatamente esse parto em que você tem a respeitar toda a fisiologia do trabalho de parto sem*

*intervir-agir, e tomar nenhuma medida brusca, para que possa combinar com algum desfecho não esperado. Que seja bom para o conceito, que seja bom para mãe.” (Luiz, obstetra)*

Os profissionais também mencionaram que deve haver respeito à fisiologia, aos direitos e vontades da mulher., além de ter uma maior participação da família no processo e acompanhamento do parto. Outras características foram elencadas como tratar bem, prestar uma boa assistência, realizar boas práticas, passar segurança entre outros.

Importante destacar que alguns profissionais alertaram para o fato de que a humanização pode ser no parto cesárea quanto no parto normal e que deve estar em todo atendimento da paciente desde o pré-natal até quando a mulher sai do hospital com seu bebê.

*“A humanização para mim, como eu disse a você, deve começar, lá da triagem, quando a paciente chega para ser atendida no hospital. Então ela tem uma boa assistência médica, uma boa assistência dos profissionais, dos paramédicos que estão no serviço, tudo isso aí. Até, eu acho, até o parto quando é uma cesárea, ela pode ser também um parto humanizado, não deixa de ser um parto humanizado.” (Pedro, Obstetra).*

Por outro lado, alguns profissionais teceram críticas em relação ao parto humanizado, alegando que há um modismo, uma supervalorização desse tipo de conduta, como um parto da moda que serve a determinados interesses econômicos. A ausência do médico no trabalho de parto também foi uma crítica realizada:

*“É uma tendência. A humanização, acho assim, é um modismo hoje esse termo humanização, até exagerado. Há quarenta anos que sempre houve o parto humanizado. Parto humanizado, talvez hoje, exista uma ritualização, um exagero às vezes para criação de um novo mercado de trabalho.” (José, Obstetra).*

*“É essa questão de às vezes não ficar um médico presente, ficar na mão de um enfermeiro obstetra, eles apesar de ter experiência, o médico é quem tem a credencial para tomar uma providência, para resolver, e se acontecer de haver um óbito alguma coisa, o médico é que vai arcar com isso. Então eu acho que a falta do médico, essa parte de humanização de parir em casa eu também sou contra, isso aí é lá pra princesa de Inglaterra que tem toda assistência, dá tempo de chegar tudo, aqui não, não acho que o Brasil tá preparado pra isso, de uma forma assim bem organizado, como eu lhe disse, começando do pré-natal, que muitas vezes a gente chega aqui os pré-natal tão com os cartões em branco.” (Raquel, Pediatra).*

Outras críticas, em relação a humanização, giram em torno do longo período de espera e ausência de analgesia medicamentosa ou outros tipos de analgesia.

*“...existe um exagero de... de expectativa, entendeu, deixando a mulher exposta a 14, 16 horas de trabalho de parto. Sem analgesia, que eu acho que é o maior rito do parto humanizado. Eu não consigo ver o parto humanizado sem analgesia do parto. Eu acho que o principal, não está se fazendo que é a analgesia do parto. Onde se tem estrutura anestesista, tem estrutura física, tem tudo para acontecer. Eu não acredito em parto humanizado sem analgesia medicamentosa, apesar da analgesia não medicamentosa ter alguma ação, eu acho que a essencial é a analgesia medicamentosa. A analgesia não medicamentosa seria pelo fisioterapeuta, pelo próprio médico, algumas manobras, algumas atitudes durante o trabalho de parto e que teriam, sem dúvida, alguma ação sobre o estado ao acompanhamento ao parto, mas hoje não se admite um parto normal sem analgesia.” (José, Obstetra).*

Profissionais que aderiram ao movimento da humanização ressaltaram as dificuldades de implantação dessa proposta e o “boicote” que o movimento sofre na realidade social e hospitalar. Além disso, falaram do preconceito que a equipe de humanização sofre:

*“Na humanização ainda tem muito preconceito, que muita gente acha que parto humanizado é parir em casa, que parto humanizado é coisa de índio, que parto humanizado você tenta a todo custo um parto normal... E não é. Então eu acho que o pior é a falta de informação para as pessoas entenderem qual é o trabalho que a gente tem que fazer. [ ] Quem não tá na humanização acha que a gente é louco. Inclusive eu já falei isso... Antes de tá nesse mundo eu já falei “esse povo é louco”, “sentar no chão para acompanhar o parto?, mas hoje eu não vejo minha vida de outra forma.” (Beatriz, Obstetra)*

*“Ainda mais daqueles profissionais que defendem o uso da episiotomia, o parto horizontal, então eles estão querendo provar que o parto humanizado não dá certo.” (Carlos, Fisioterapeuta)*

*“A maior dificuldade é você formar a equipe né. Você formar uma equipe que esteja disposta a se adaptar às novas rotinas do trabalho de parto humanizado né. A praticar essas novas rotinas.” (Sueli, Obstetra)*

Os relatos à respeito da opinião dos profissionais sobre os diferentes tipos de parto indicam que há uma preferência pelo parto vaginal, seja ele natural ou não (com analgesia). O parto cesárea, por sua vez, deve ser realizado conforme indicações baseadas em evidências científicas. Entretanto, os participantes parecem reconhecer que o número de partos cesáreas ainda é alto na instituição pelo fato da mesma prestar assistência à gestante de alto risco. Reconhecem também a preferência de vários obstetras pelo parto cirúrgico por questões de conveniência pessoal.

Cabe ressaltar que embora alguns participantes parecem considerar o parto humanizado como um tipo de parto, ele não se caracteriza como uma via de parto, mas uma postura

humanizada. O “bom parto”, seja ele vaginal, seja cesáreo, deve ser aquele que assegure o bem-estar da mãe e do recém-nascido. As decisões pelo tipo de parto devem considerar as preferências das gestantes, desde que elas tenham condições de escolher, de forma isenta, aquele que melhor lhes convém. (PATAH; MALIK, 2011).

Há um relativo consenso na literatura de que a cesárea, quando necessária, pode salvar a vida da criança e da mãe, mas, apesar de novas técnicas cirúrgicas, anestésicas e da antibioticoterapia, ainda apresenta um risco maior para os dois. Por isso, só deve ser praticada quando houver uma indicação médica formal, um risco de morte ou de sérios danos para a saúde da mãe, da criança ou de ambos. (TESSER et al. 2011).

## **Assistência ao parto**

A categoria assistência ao parto desdobrou-se nas seguintes subcategorias: assistência de boa qualidade, assistência de má qualidade, procedimentos comuns, assistência ao parto no SUS e autoavaliação.

Uma **assistência de boa qualidade** depende, de acordo com os entrevistados, de uma equipe integrada, do fornecimento de orientações e informações às usuárias, de bom acolhimento e respeito para com as mesmas, de menos medicalização e mais contato com o bebê

*“De você tratá-la bem, ela ter aquele momento mais aconchegado com a equipe toda. Ter a explicação que ela precisa. Ter a presença do companheiro ou da acompanhante que ela quiser. Isso eu acho positivo.” (Sueli, Obstetra).*

*“Ah! Uma assistência ao parto de qualidade é ela ter um leito dela, ter uma sala só para ela, ter uma doula só para ela. É estar com quem ela queira, como ela queira. Mas isso aí a gente sabe que, infelizmente, não é assim que funciona. Isso aí é uma novela, que a gente sabe que, infelizmente, que a gente está distante disso.” (Mônica, Enfermeira).*

A maioria dos participantes compreendem que uma boa assistência corresponde a posturas acolhedoras, práticas efetivas e embasadas tecnicamente, além de espaço físico adequado.

Uma **assistência de má qualidade** diz respeito a intervenções desnecessárias, proibições e agressividade por parte da equipe, negação de informações a paciente, ausência

de acompanhamento qualificado, condutas divergentes entre os profissionais, falta de serviços e materiais, desrespeito e o fato de a vontade do profissional se sobrepor à vontade da paciente.

*“Uma má assistência de parto é aquela que você coloca a sua vontade em primeiro lugar. Você não respeita a vida que está nascendo, as necessidades que a dor representa.” (Felipe, enfermeiro).*

Alguns profissionais, ao discorrerem sobre o assunto, trouxeram relatos sobre episódios de violência obstétricas tais como: episiotomia, manobra de Kristeller, não permitir a presença do acompanhante, soro sem necessidade, má- orientação, falta de acolhimento, falta de informação à usuária, deixar a paciente restrita ao leito.

*“Você intervir de forma desnecessária. Hoje uma má assistência à gente considera episiotomia, manobra de kristeller, o soro sem necessidade, deixar a paciente em jejum, deixar a paciente restrita ao leito, você não deixar que o acompanhante fique com essa paciente. Muitas vezes eu acho que num deixa justamente para não se testemunhar o que se faz de errado. Então assim, a partir do momento em que a gente conseguir modificar essa assistência, essa forma de cuidado com a mulher, muita coisa vai mudar na obstetrícia no Brasil.” (Beatriz, Obstetra).*

Esses fatores acabam dificultando e agravando o processo de parturição, como explica a profissional:

*“Complica porque aquela mulher que não é bem assistida, que ela não tem aquela assistência, acaba se sentindo só, ela acaba, vamos dizer assim, aquele momento acaba sendo mais traumático para ela né. Ela sente mais dor, porque a dor é... do parto normal, vamos dizer assim, tudo depende da maneira que ela é encarada. Se você tem um profissional que conversa com você, que te explica, que apoia, aquela dor com certeza vai ser sentida de maneira diferente.” (Sueli, Obstetra).*

Dentre as práticas são nocivas que limitam a autonomia da mulher no processo de parto, pode-se destacar: Práticas assistenciais autoritárias: Relação assimétrica entre profissional e paciente/mulher; Condutas e procedimentos não informados ou não consentidos; Práticas assistenciais padronizadas ou rotineiras: Prescrições generalizadas e sem base em evidências científicas; Negligência aos aspectos emocionais e autonomia feminina; Práticas assistenciais que intensificam a sensação dolorosa do parto: Intervenções obstétricas desnecessárias; Banalização da dor do parto por parte dos profissionais; Prática assistencial impessoal e fria: Repressão e abandono (REIS et al, 2017)

O temor que a mulher sente ao ser submetida a práticas violentas potencializam um desfecho de parto negativo. A violência tem repercussões físicas e simbólicas para a mulher e interfere substancialmente na sua percepção de parto. O parto que era para ser vivenciado, como um momento único e especial na vida da mulher, acaba adquirindo contornos de trauma e sofrimento. Além do mais, experiências negativas de parto modificam a vivência e interferem na preferência futura por uma outra via de parto. (CARNEIRO, 2015)

Na subcategoria **procedimentos comuns** no processo de parturição, os profissionais relataram os procedimentos importantes que englobam o bom atendimento e o respeito aos direitos das usuárias (direito à alimentação, à deambulação, ao acompanhante, à doula e à informação/orientação). Também foram citadas a utilização de exames de rotina (ausculta e toque) e, quando necessário, a utilização de analgesia não medicamentosa (banho morno, massagem, bola suíça) e o acompanhamento, por parte da equipe multiprofissional, de todas as fases do parto. Apenas um profissional falou da realização de episiotomia e utilização de ocitocina sintética sem o devido conhecimento e consentimento por parte da usuária:

*“A episiotomia ainda é o procedimento mais realizado em obstetrícia que é o corte do períneo. Então... o uso de ocitocina sintética. A ocitocina é um hormônio natural mas existe também o sintético que é colocado no soro que é para aumentar as contrações. Então os mais utilizados são, pelo menos os que eu percebo aqui o uso da ocitocina e a episiotomia.” (Carlos, Fisioterapeuta).*

Mais uma vez, a maioria dos discursos indicam o conhecimento das boas práticas de atenção ao parto e nascimento (WHO, 1996). Fato importante, mas não único para a efetivação de uma assistência humanizada. Sobre a episiotomia, estudos apontam que não há indícios que este procedimento traga algum benefício para a parturiente e para o bebê, mas, pelo contrário, há evidências que ela pode causar danos. Quando não se utiliza a episiotomia há um menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização. (CARVALHO et al, 2010). Ainda, segundo este autor, o uso indiscriminado de ocitocina pode causar alguns efeitos colaterais para a mãe e ao bebê. A parturiente pode ser acometida de taquissistolia<sup>2</sup>, hipertonia<sup>3</sup> e hiperestimulação uterina, podendo provocar

---

<sup>2</sup> Rapidez exagerada das sístoles cardíacas com uma frequência superior a 100 por minuto. *taquissistolia* in Dicionário infopédia de Termos Médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult.2018-06-02 15:36:43]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/taquissistolia>.

<sup>3</sup> Aumento da tonicidade muscular. *hipertonia* in Dicionário infopédia de Termos médicos [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. [consult. 2018-06-02 15:39:43]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/hipertonia>.

inclusive a rotura uterina. A realização da episiotomia em si não configura violência, entretanto o consentimento livre e esclarecido deve ser assegurado à parturiente. (INAGAKI et al, 2017). Na medida que os profissionais, não solicitam autorização da parturiente para realizá-la, fere-se a autonomia a mulher.

Ao falarem sobre a **assistência ao parto no SUS** os entrevistados recorreram ao seu contexto de trabalho e ressaltaram as melhorias advindas a partir da adesão da maternidade à Rede Cegonha, bem como às dificuldades da assistência ao parto nesse contexto. Foram destacadas melhorias estruturais, como ampliação de salas e aquisição de equipamentos, quanto melhorias do ponto de vista da integração entre as equipes multiprofissionais, devido à mudança de postura de alguns profissionais, que antes eram mais intervencionistas:

*“De intervir o mínimo possível, de medicalizar o mínimo possível, tentar técnicas naturais antes de utilizar as medicamentosas, é procedimentos que antes eram feitos de rotina como episiotomia, o corte no períneo, hoje em dia é feito de forma restrita e alguns profissionais não fazem mais de maneira nenhuma. Então esses são os pontos positivos. É resgatar a fisiologia do parto né. Mecanismo do parto como processo fisiológico.” (Carlos, Fisioterapeuta).*

*“Eu vejo que o cenário está mudando. Em relação a alguns anos atrás, hoje em dia, muitos profissionais já estão modificando suas práticas. A gente via antigamente, assim, procedimentos que eram tomados como rotina e hoje não são mais. A episiotomia, ainda tem? Tem, porque ainda tem profissional que faz episio! Mas reduziu? Sim, reduziu! O uso da mesa de pernas amarradas de forma bem brusca também, já diminuiu. Hoje a gente tem cadeira de parto, a gente tem banquetas, a gente tem uma equipe que está voltada mais a essa questão de deixar o parto acontecer naturalmente.” (Felipe, Enfermeiro)*

As dificuldades elencadas diziam respeito à falta de profissionais qualificados, condutas diferentes entre os profissionais que impedem uma assistência mais humanizada, falta de recursos e de uma melhor estrutura hospitalar, alta demanda, sobrecarga de trabalho, pré-natal inadequado das mulheres, falta de informação das usuárias e falta de respeito dos usuários:

*“Você vai chegar aqui e ter dias que você vai ver as pacientes nas cadeiras, entendeu, em trabalho de parto em cadeiras porque não tem cama para elas.” (Joana, Obstetra)*

*“Essa questão de superlotação é uma questão importantíssima, que você chegar numa instituição para parir e você não ter direito a uma cama muitas vezes porque não tem. Ficar*

*sentada numa cadeira E... Muitas vezes tá parindo três, quatro ao mesmo tempo, mesmo tendo uma equipe de 6 obstetras, 7 obstetras no plantão. - sendo que o sétimo é na UTI materna - então... a gente tem que é... ver... que eu acho que o grande problema chama-se a superlotação.” (Raquel, Pediatra)*

No que concerne ao que falta na instituição para a concretização de uma boa assistência, os participantes alegaram a necessidade de mais profissionais, mais medicamentos e integração entre as maternidades da cidade na tentativa de solucionar a superlotação da instituição:

*“Eu diria que a gente trabalha no regime de superlotação, salvo alguns dias, mas no geral sim. E o mais grave é que na cidade não faltam leitos. O que está faltando é um entrosamento das três maternidades para distribuir o excesso de demanda daqui que seria feito com uma central de leitos.” (José, Obstetra).*

O quadro retratado pelos profissionais torna-se preocupante uma vez que entraves como as baixas remunerações, sobrecarga de trabalho e infraestrutura inapropriada, associadas ao despreparo e desmotivação dos profissionais de saúde dificultam a prestação de uma boa assistência às mulheres (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015). Além disso, a precária infraestrutura nas maternidades viola o direito das parturientes, uma vez que contribui para a peregrinação das parturientes, para a negação do direito ao acompanhante no parto, bem como para a restrição do acompanhante masculino pela inviabilidade de garantia da privacidade às parturientes (ASSUNÇÃO; SOARES; SERRANO, 2014).

Apesar das dificuldades, a maioria dos profissionais avaliaram como boa a assistência oferecida pela instituição. Todavia, alguns argumentaram que a assistência está em processo de ascensão, muitas vezes dificultado por algumas limitações e dificuldades como a alta demanda, problemas estruturais e por episódios de violências:

*“Tem profissionais que tomam condutas de acordo com o que eles chamam de “eu sou médico a 20, 30, 40 anos. Sempre fiz assim e assim eu vou continuar fazendo”. Em contrapartida, abraçamos um modelo de assistência ao parto chamado ‘parto humanizado’ em que tentamos reaprender a modalidade de assistência ao parto, abolindo a verdade que há alguns anos atrás, e que essa verdade, ela caiu por terra, ou seja: respeitarmos a fisiologia, dar assistência ao parto, e sermos o mínimo intervencionista, desde que haja uma indicação clínica precisa para que seja feita uma intervenção.” (Luiz, Obstetra)*

Quanto a **autoavaliação profissional**, alguns profissionais tiveram dificuldades de avaliar as suas próprias condutas e revelaram que procuram fazer o melhor possível,

respeitando e tratando bem as pessoas. Também foi reconhecido que ao longo do tempo tiveram que se adequar e aceitar as mudanças que foram ocorrendo na obstetrícia, tanto do ponto de vista da técnica médica, quanto da relação com o outro.

*“A questão assistência ao parto, da época que eu fiz residência mudou muito porque já antigamente se usava muita ocitocina, usava analgésico para diminuir a dor. Hoje a gente respeita. Então assim eu consegui acompanhar. Eu fui aceitando as mudanças que eu vejo são necessárias mesmo. Por que o parto é natural. Não é uma doença.”* (Socorro, Obstetra).

A partir dos relatos constata-se mudanças nas condutas e posturas dos profissionais. Como afirmam Rebello e Neto (2012) a mudança gradativa da assistência ao parto, antes baseada nos aspectos meramente biomédicos, caminha em direção a aspectos humanísticos da assistência ao parto.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados dos profissionais permitiram verificar que a assistência ao parto vem melhorando ao longo dos anos, porém ainda existem grandes desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais para oferecer uma assistência de qualidade às usuárias. Tais desafios relacionam-se às questões estruturais, relacionais e de condutas médicas. Os atendimentos são diferenciados conforme plantões dos profissionais. Apesar da maioria tentar em seu cotidiano profissional realizar uma assistência humanizada, parecem ter dificuldade nas relações com as famílias. Além disso, existem profissionais que não aderiram ao movimento seja por não compreenderem ou por não concordarem com o Movimento de Humanização do Parto. Reforçamos, por fim, a necessidade de haver mais esforços institucionais, que atuem nesses cotidianos profissionais, no sentido de fomentar o movimento de humanização e assegurar o direito da mulher a uma assistência digna, de qualidade. Nesse processo, cabe refletir sobre o sentido da humanização e dos direitos da puérpera e sua família, uma vez que eles ainda estão sendo aviltados, segundo dados dessa pesquisa.

## **REFERÊNCIAS**

AGUIAR, J. M., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013.

ALVES, D. F. C. et al. Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. SANARE, Sobral - V.16 n.02, p.68-76, 2017.

AMORIM, M. M. R., SOUZA, A. S. R., PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. FEMINA, vol 38, nº 8. Recife, 2010.

ASSUNÇÃO, M. F.; SOARES, R. C.; SERRANO, I. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 16, n.2, p. 05-35, jan./jun. 2014.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução por Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São Paulo: Edição 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Portaria Nº 569, de 1º de junho de 2000. Brasília, 2000.

CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec. p. 613, São Paulo, 2004.

CARNEIRO, R. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, n.20, pp. 91-112, 2015 [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org).

CARVALHO, C. M., et al. Orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 02, p.110-23, 2013.

CARVALHO V. F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil. Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, p. 92-98, 2010.

D'AQUINO, L. S. O movimento de humanização do parto como movimento social e suas semelhanças com protestos que tomaram o mundo em 2013. Novos Saberes, v.3, n.1, p. 46-58, 2016.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (3): 627, 2005.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S154-S168, 2014.

INAGAKI, A. D. M. et al. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco. Rev enferm UFPE on line., Recife, 2017.

MATOS, T. S. et al. Parto vaginal: associação entre a preferência inicial da gestante e a via de parto final em uma maternidade de risco habitual. Congresso Internacional de Enfermagem, v. 1, n. 1 (2017).

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicologia*, Curitiba, 13(1), p. 13-23, jan./jun. 2009.

MENEZES, M. G. B., DIAS, D. F. S. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. *Revista Digital FAPAM*, Pará de Minas, n.3, 24 - 36, abr. 2012.

MINUZZI, A., REZENDE, C, L. Fatores de influência na escolha da via de parto: uma revisão de literatura. *UNINGÁ Review*. 2013 Abr.No 14(1). p. 37-48.

OLIVEIRA, J. C.; PAULA, A. C. S; GARCIA E. S. G. F; et al. Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento. *Rev Fund Care Online*. 2018 abr/jun; 10(2):450-457. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.450-457>.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rio de Janeiro, *Rev. enferm. UERJ*, v. 16, n. 4, p.569-576, 2008.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 185-94, 2011.

PEDROSO, C. N. L.S., LÓPEZ L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2017.

PENHA, J. O que é existencialismo. 1ª ed. São Paulo 1982. Editora Brasiliense. 16ª reimpressão, 2008.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem*, vol. 21, núm. 4, Rio de Janeiro, 2017.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação Saude e Educação*, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

REBELLO, M. T. M. P., NETO, J. F. R. A Humanização da Assistência ao Parto na Percepção de Estudantes de Medicina. *Revista brasileira de educação médica* 189 36 (2):188 – 197; 2012.

REIS, T. L.R., et al. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 mar;38(1): e64677. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

SÁ, A. M. P. et al. O direito ao acesso e acompanhante ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(7):2683-90, jul., 2017.

SANTOS, M. A. et al. Assistência ao Pré-Natal e suas Implicações no Processo de Parto

e Nascimento: Compreensão dos Trabalhadores da Saúde dos Municípios de Augustinópolis e Tocantinópolis no Estado do Tocantins. *Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol 2, Tocantins, 2017.

SANTOS, A. A., MELO, M. C. P., CRUZ, D. D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Caderno de Cultura e Ciência*, Ano IX, v.13, n.2, Mar, 2015.

SIMAS, R. MENDONÇA, S. S. O caso Adelir e o movimento pela humanização do parto: reflexões sobre violência, poder e direito. *Vivência Rev. de antropologia*. n. 48 p. 89-104, 2016.

SILVA, A. C. L. et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. *Rev. Eletr. Enf.* 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.44139>.

TESSER, C. D. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v.2, n.1, p.04-12, 2011.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-12.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO; 1996.