



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANDRÉA LORENA SANTOS SILVA

**DIGNIFICAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA DE MULHERES ATENDIDAS  
POR ENFERMEIRAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

SALVADOR

2014

ANDRÉA LORENA SANTOS SILVA

**DIGNIFICAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA DE MULHERES ATENDIDAS  
POR ENFERMEIRAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para a obtenção do grau de mestra em Enfermagem, na área de concentração Gênero, Cuidado e Organização dos Serviços de Saúde, na linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Enilda Rosendo do Nascimento

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edméia de Almeida Cardoso Coelho

SALVADOR

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,  
SIBI - UFBA.

S586 Silva, Andréa Lorena Santos

Dignificação, participação e autonomia de mulheres  
atendidas por Enfermeiras em um Centro de Parto Normal /  
Andréa Lorena Santos Silva – Salvador, 2014.

112 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Enilda Rosendo do Nascimento.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia,  
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Parto Normal. 3.  
Enfermagem Baseada em Evidências. 4. Gênero e Saúde. I.  
Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 616-083

ANDRÉA LORENA SANTOS SILVA

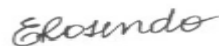
**DIGNIFICAÇÃO, PARTICIPAÇÃO E AUTONOMIA DE MULHERES ATENDIDAS  
POR ENFERMEIRAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

**Aprovada em 14 de julho de 2014.**

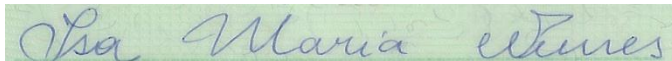
**BANCA EXAMINADORA**

**Enilda Rosendo do Nascimento – Orientadora**



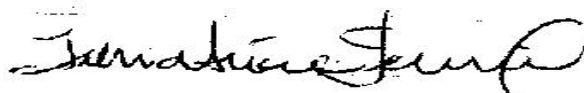
Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

**Isa Maria Nunes**



Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

**Sílvia Lúcia Ferreira**



Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

**Maria Antonieta Rubio Tyrrell**

---

Doutora em Enfermagem e Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico esse trabalho, especialmente à minha mãe Maria Cironeide,  
por estar sempre me apoiando e me incentivando na luta pela  
conquista dos meus objetivos.

Ao meu pai Luiz Boaventura, por sempre favorecer ao meu  
desenvolvimento e estímulo à perseverança.

À minha irmã Lucineide, pela presença constante em minha vida e  
principalmente pelos valiosos conselhos e orientações.

Ao meu irmão André, pela alegria e otimismo que me fizeram relaxar  
nos momentos de estresse.

Ao meu namorado Bruno, companheiro de todas as horas, pelo  
incentivo constante dando-me forças para não desistir jamais de meus  
objetivos.

À Verena e Arão, cunhada e cunhado, que sempre ficam na torcida  
pelo meu sucesso.

A todas as mulheres do CPN, pela confiança em mim depositada e por  
revelar-me as experiências de um momento tão sublime: o parto.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que sempre me protege, guia e inspira.

À professora Enilda Rosendo do Nascimento, que caminhou junto comigo ao longo desse percurso e que por meio dos seus sábios ensinamentos e orientações fez com que eu melhorasse profissionalmente e, acima de tudo, como pessoa.

À professora Edméia de A. Cardoso Coelho, por ter aceitado o convite para me auxiliar nesse caminho, dando excelentes contribuições em prol do aprimoramento deste trabalho.

À professora Isa Maria Nunes, que desde a graduação, foi indispensável ao meu crescimento e por ter-me apresentado ao mundo das construções científicas.

À professora Sílvia Lúcia Ferreira, pela importante contribuição à minha qualificação e na banca de defesa, sempre presente em minha vida acadêmica, desde a graduação.

À professora Maria Antonieta Rubio Tyrrell, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

Às professoras e colegas do GEM – Centro de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher, Gênero, Saúde e Enfermagem, que desde 2006, enriquecem a minha vida com informações sobre pesquisas científicas e também pela convivência positiva que fez com que houvesse crescimento entre todas as envolvidas.

À enfermeira Suzana Montenegro, Coordenadora de Enfermagem do CPN, pela valiosa ajuda na viabilização deste estudo.

A todas as profissionais do CPN, especialmente as enfermeiras, que desempenham as suas atividades com dedicação e profissionalismo com foco na qualidade e atenção à saúde das mulheres.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, pelo apoio financeiro ao projeto maior que originou esse trabalho.

SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal**. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

## RESUMO

As enfermeiras obstétricas vêm ganhando destaque no tocante ao cuidado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, principalmente após a Organização Mundial de Saúde reconhecer a importância dessas profissionais para o resgate do protagonismo da mulher no processo parturitivo. Para facilitar a atuação das enfermeiras, foram criados os centros de parto normal, visto que nesses locais elas têm mais autonomia para atuarem. Este estudo teve como objetivo: analisar as experiências de mulheres sobre o cuidado recebido de enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal (CPN), sob o enfoque da autonomia, dignificação e participação das mulheres. Pesquisa qualitativa de caráter exploratório descritivo, desenvolvida com 30 mulheres que tiveram o parto em um CPN da cidade de Salvador – BA, e que foram cuidadas por enfermeiras no momento do parto. A coleta de dados ocorreu por meio da observação não participante, consulta a documento da instituição de saúde e entrevista semi-estruturada. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas mulheres. A análise foi realizada de acordo com Gibbs, por meio de quatro fases: preparação dos dados, codificação baseada em conceitos, hierarquização de códigos e interpretação. Para subsidiar o desenvolvimento do estudo, foi utilizado como referencial teórico os conceitos de autonomia e de interesses de gênero de Nascimento. Os resultados revelaram que o cuidado prestado por enfermeiras obstétricas contribuiu para a promoção do empoderamento e protagonismo das mulheres no momento do parto, por meio de um cuidado humanizado, baseado em evidências científicas e centrado nas necessidades das usuárias. Entretanto, também evidenciou imposição de algumas práticas prestadas por essas profissionais, não sendo levada em consideração a opinião de algumas mulheres, denotando o viés de gênero presente no atendimento por meio de relações de poder entre profissionais e usuárias, impedindo que algumas mulheres pudessem fazer uma escolha consciente e terem o controle sobre o seu próprio corpo. No cuidado fornecido pelas enfermeiras durante o trabalho de parto/parto houve um maior destaque para a dignificação das ações - que é o mínimo necessário a estar presente em todos os serviços de saúde, para que a mulher seja bem atendida e acolhida - do que para autonomia e participação dessa mulher. Desta forma, embora no centro tenha havido um avanço na busca pela promoção da autonomia e participação das mulheres atendidas, necessita ainda de mais ações para atingir plenamente esse objetivo.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem. Parto Normal. Enfermagem Baseada em Evidências. Gênero e Saúde



SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignity, participation and empowerment of women attended by nurses at a Birth Center**. 2014. 112f. Dissertation (Master's in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2014.

### ***ABSTRACT***

The midwives are gaining prominence in relation to the care of women in pregnancy and childbirth, especially after the World Health Organization recognize the importance of these professionals to the rescue of the role of women in the birth process. To facilitate the work of the nurses centers vaginally were created, since that site they have more autonomy to act. This study aimed to: examine the experiences of women about the care received from midwives on a Normal Birth Center (ANC), with a focus on autonomy, dignity and participation of women. Qualitative descriptive exploratory character, developed with 30 women who gave birth in an ANC city of Salvador, Bahia, and were cared for by nurses at delivery. The data was collected through non-participant observation, consultation with the health institution and semi-structured document. Data were collected after signing the Informed Consent by women. The analysis was performed in accordance with Gibbs through four phases: preparation of the data, based coding concepts hierarchy codes and interpretation. To support the development of the study was used as the theoretical concepts of autonomy and gender interests of Birth. The results revealed that the care provided by midwives contributed to the promotion of the empowerment and leadership of women at childbirth, through a humanized care based on scientific evidence and focused on the needs of users. However, it also highlighted some practical enforcement provided by these professionals, not being taken into account the opinion of some women, reflecting the gender bias present in care through power relations between professionals and users, preventing some women could make a conscious choice and have control over your own body. The care provided by nurses during labor / delivery there was a greater emphasis on the dignity of care than for autonomy and participation of women. The dignity of the minimum necessary actions that must be present in all health services for women to be well attended and received. Thus, although the center has been a breakthrough in the quest for greater autonomy and participation of women seen, still needs more efforts to fully achieve this goal.

**Key words:** Nursing Care. Natural Childbirth. Evidence-Based Nursing. Gender and Health

SILVA, Andr ea Lorena Santos. **La dignidad, la participaci3n y el empoderamiento de las mujeres atendidas por enfermeras de una maternidad**. 2014. 112f. Disertaci3n (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2014.

### **RESUMEN**

Las parteras están ganando importancia en relaci3n con el cuidado de la mujer durante el embarazo y el parto, especialmente después que la Organizaci3n Mundial de la Salud reconoce la importancia de estos profesionales para el rescate del papel de la mujer en el proceso del parto. Para facilitar el trabajo de las enfermeras centros vaginalmente fueron creados, ya que el sitio que tienen más autonomía para actuar. Este estudio tuvo como objetivo: examinar las experiencias de las mujeres acerca de la atenci3n recibida de las parteras en un Centro de Parto Normal (ANC), con un enfoque en la autonomía, la dignidad y la participaci3n de las mujeres. Carácter exploratorio descriptivo cualitativo, desarrollado con 30 mujeres que dieron a luz en una ciudad CPN de Salvador, Bahía, y fueron atendidos por las enfermeras en el parto. Los datos fueron recolectados a través de la observaci3n no participante, la consulta a la instituci3n de salud y documento semiestructurado. Los datos fueron recolectados después de la firma del Consentimiento Informado por mujeres. El análisis se realiz3 de acuerdo con Gibbs a través de cuatro fases: preparaci3n de los datos, con base de codificaci3n conceptos de jerarquía y los c3digos de interpretaci3n. Para apoyar el desarrollo del estudio se utiliz3 como los conceptos te3ricos de la autonomía y de g nero intereses de nacimiento. Los resultados revelaron que la atenci3n proporcionada por parteras contribuy3 a la promoci3n del empoderamiento y el liderazgo de las mujeres en el parto, a través de una atenci3n humanizada basada en la evidencia científica y se centr3 en las necesidades de los usuarios. Sin embargo, también destac3 algunos aplicaci3n práctica proporcionada por estos profesionales, no se tenga en cuenta la opini3n de algunas mujeres, lo que refleja el sesgo de g nero presente en la atenci3n a través de las relaciones de poder entre profesionales y usuarios, la prevenci3n de algunas mujeres podría hacer una elecci3n consciente y tener control sobre su propio cuerpo. La atenci3n prestada por las enfermeras durante el parto/alumbramiento se produjo un mayor énfasis en la dignidad de la atenci3n que para la autonomía y la participaci3n de las mujeres. La dignidad de las medidas mínimas necesarias que deben estar presentes en todos los servicios de salud para la mujer a ser bien atendidos y recibidos. Por lo tanto, aunque el centro ha sido un gran avance en la búsqueda de una mayor autonomía y participaci3n de las mujeres atendidas, todavía necesita más esfuerzos para alcanzar plenamente este objetivo.

**Palabras clave:** Atenci3n de Enfermería. Parto Normal. Enfermería Basada en la Evidencia. G nero y Salud

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA</b>	15
2.1	O ATENDIMENTO EM CENTRO DE PARTO NORMAL	15
2.2	AS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	21
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b>	25
3.1	EIXO TEÓRICO	25
3.2	TIPO DE ESTUDO E PARTICIPANTES	26
3.3	LOCAL DO ESTUDO	26
3.4	O FLUXO DE ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO CPN	27
3.5	A COLETA DOS DADOS	28
3.6	A ANÁLISE DOS DADOS	29
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	32
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	33
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS	33
4.2	A DIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES	37
4.3	A AUTONOMIA E A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES	76
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	89
	<b>REFERÊNCIAS</b>	94
	<b>APÊNDICE A</b>	102
	<b>APÊNDICE B</b>	104
	<b>APÊNDICE C</b>	106
	<b>APÊNDICE D</b>	107
	<b>ANEXOS</b>	108

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de finais da década de 1970 e início dos anos 80, do século XX, emergiram diversas críticas ao movimento feminista brasileiro, baseado no modelo de saúde vigente no Brasil, a partir do entendimento do impacto das relações de gênero na saúde da mulher. Tais críticas foram dirigidas, entre outros aspectos, ao modelo de assistência obstétrica predominante, caracterizado pela institucionalização do parto, com uso rotineiro de práticas intervencionistas, na maioria das vezes desnecessárias, sem a participação ativa das mulheres.

Como consequência desse modelo assistencial, as intervenções no parto passaram a ser a regra. Paulatinamente deixam de existir opções de partos domiciliares ou menos intervencionistas, interferindo diretamente na autonomia das mulheres quanto à opção pelo parto normal e uso de tecnologias não farmacológicas.

Embora a institucionalização do cuidado durante o parto tenha trazido benefícios - como a queda da mortalidade materna e neonatal, por uso das modernas técnicas diagnósticas e terapêuticas - observou-se, entretanto, um aumento no número de partos cesáreos em detrimento dos partos normais. A proporção de cesarianas chegou a 52,3% do total de partos ocorridos em 2010 (BRASIL, 2014a). O percentual máximo esperado era de 15%, levando-se em conta as situações nas quais são necessárias intervenções cirúrgicas, com a finalidade de preservar a integridade física e/ou evitar a morte materna ou do concepto (BRASIL, 2010a).

Os malefícios que envolvem o parto cesáreo, para as mulheres, dizem respeito à maior frequência de infecções e hemorragias, à possibilidade de lesão em órgãos como bexiga, uretra, além dos riscos inerentes à própria cirurgia, como o procedimento anestésico. Ainda assim, desde o final do século XX observa-se uma crescente elevação das taxas de cesárea mundialmente, principalmente devido ao modelo de atenção obstétrica vigente.

Diante disso, uma série de medidas governamentais foram criadas com vistas ao resgate do parto normal. Dentre essas medidas, destaca-se o investimento público para formação de enfermeiras obstétricas - no final dos anos 90 e início de 2000 - a criação do Projeto Casas de Parto e Maternidades-Modelo e dos Centros de Partos Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1999a; 1999b).

Considerando as experiências exitosas das Casas de Parto e Maternidades-Modelo, tendo as enfermeiras obstétricas como cuidadoras das mulheres, a criação de Centros de Parto Normal foi reforçada pela política intitulada: Rede Cegonha - lançada pelo Ministério da Saúde em junho de 2011, fundamentada nos princípios da humanização da assistência e operacionalização do SUS.

A Rede Cegonha visa organizar uma Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir o acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011a). A ênfase dada pela Estratégia à assistência materno-infantil tem sido alvo de críticas por parte do movimento feminista. A Secretaria Executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos considera que o retorno da pretensa indissociabilidade mãe-feto trazido, pela Rede Cegonha, é um retrocesso no que diz respeito às políticas com enfoque de gênero, bem como a saúde integral da mulher e os seus direitos sexuais e reprodutivos (LEMES, 2011).

Em 1985, após lutas e demandas do movimento de mulheres, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado um marco histórico, teve como meta a integralidade no atendimento, de forma que a mulher passou a ser vista em toda a sua diversidade. Posteriormente, em 2004, a Política Nacional de Assistência Integral a Saúde das Mulheres (PNAISM) trouxe a valorização da saúde de outros grupos de mulheres que não haviam sido contemplados no PAISM, como é o caso da saúde das mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério e menopausa, saúde das mulheres negras, entre outros, com enfoque de gênero.

Desse modo, considerar “o binômio mãe-filho” como alvo da Rede Cegonha, reduz a mulher à sua função reprodutiva e significa um retrocesso de mais 30 anos de lutas, reivindicações e conquistas por parte do movimento feminista em prol da consolidação dessas políticas. Ademais, a idéia de uma cegonha parece infantilizar a mulher, significando a expropriação do corpo e retirando o seu papel de protagonista na cena do parto (LEMES, 2011).

Os princípios que regem a política da Rede Cegonha são os mesmos de políticas anteriores, a exemplo da reorganização da assistência visando à redução da mortalidade materna, e a necessidade de adoção do novo paradigma de atenção obstétrica que já estavam incluídos em políticas como o Programa de Humanização no Parto e Nascimento e na PNAISM. O direito da mulher a ter acompanhante de livre escolha no parto, presente nas diretrizes da Rede, também já havia sido contemplado na lei 11.108 (BRASIL, 2005).

Em que pese essas e outras críticas a essa política atual, a possibilidade de ampliação do cuidado de enfermagem dispensado às mulheres pelo resgate do parto natural, constitui aspecto importante de mudança na atenção obstétrica vigente e para definição e consolidação da atuação das enfermeiras obstétricas. O parto deixa de ser um procedimento exclusivamente médico e passa a incluir a perspectiva multiprofissional em que as enfermeiras têm mais autonomia e responsabilidade na condução dos cuidados.

No CPN o cuidado deve ser realizado com o mínimo de intervenções possíveis e com segurança, evitando-se intervenções comprovadamente invasivas e desnecessárias, como a episiotomia, episiorrafia, enema e tricotomia, que deverão ser utilizadas com cautela (OMS, 1996). Considera-se a participação ativa da mulher na escolha de tecnologias não invasivas e não farmacológicas de alívio da dor e para condução do parto, como um dos princípios fundamentais do cuidado às mulheres no CPN.

Nesse contexto, no entendimento de Nascimento (2002), a contribuição para o desenvolvimento de processos de autonomia e dignificação no âmbito dos direitos reprodutivos, caracteriza-se, entre outros aspectos, pela busca da participação ativa das mulheres durante o parto e respeito à dignidade.

Nos últimos anos, as mulheres que fizeram opção pelo parto normal tiveram dificuldades ou foram impedidas do exercício desse direito, em princípio devido à falta de serviços para atender adequadamente a essa demanda. Em Salvador, até meados do ano 2000, não havia disponibilidade de serviço de realização e apoio ao parto natural nessa cidade, nos moldes dos existentes em outros Estados, a exceção da criação do EPA - Espaço de Parto Alternativo (NUNES *et al*, 2012), implantado em 2006, em uma maternidade pública por iniciativa de uma professora enfermeira da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Em agosto de 2011, foi implantado o primeiro serviço exclusivo para atendimento às mulheres que optam pelo parto natural, denominado de Centro de Parto Normal (CPN). Tal iniciativa é ligada à estratégia Rede Cegonha. De acordo com pesquisa no livro de registro da instituição, nos dois primeiros anos de atividade foi evidenciado a realização de 806 partos no período de agosto de 2011 a agosto de 2013, sendo cerca de 60% desses assistidos por enfermeiras.

Embora o Centro tenha capacidade para realizar 120 partos/mês (BAHIA, 2011), em seu primeiro ano de funcionamento, registrou-se uma média de 30 (MANSÃO DO CAMINHO, 2012). Esse total está abaixo da capacidade esperada, indicando aparente desinteresse das mulheres pelo serviço.

Ademais, uma gama de fatores podem estar relacionados a essa questão, tais como: a reprodução da cultura da cesárea, que transforma esse procedimento em ideal de consumo, principalmente por ser mais praticado em instituições privadas para mulheres, de mais elevado poder aquisitivo e a promessa do parto sem dor. Aliado a isso, a supervalorização da intervenção médica na assistência à saúde certamente exerce influência na decisão das mulheres pela escolha do tipo e local do parto.

Nos relatos de mulheres que passaram pela experiência do parto normal e cesárea, quase sempre há uma valorização do primeiro, fato esse constatado em nossa prática como enfermeiras. Muitas delas relataram que em outras instituições de saúde as mesmas não tiveram um tratamento humanizado e, quando ocorria a admissão, nem sempre acontecia um acolhimento a contento. Nessas maternidades, impregnadas pelo modelo biomédico, as enfermeiras têm pouca ou nenhuma autonomia para exercerem o cuidado às mulheres, pois, fatalmente, esbarram nas relações de poder existentes nas instituições.

Considerando que a criação dos centros de parto normal, tem o propósito de prestar atendimento digno às mulheres e visam garantir que as mesmas tornem-se protagonistas do processo parturitivo, questionamos: de que forma o cuidado prestado por enfermeiras em um Centro de Parto Normal, está implicado nos processos de autonomia, dignificação e participação das mulheres? O estudo tem, portanto, como objeto: os cuidados prestados por enfermeiras às mulheres implicados nos processos de autonomia, dignificação e participação.

A identificação e promoção do protagonismo das mulheres no parto implica que saibamos identificar processos de autonomia e participação ativa, a partir de suas perspectivas e interesses, e constitui a base para formulação de indicadores de gênero do cuidado. Objetivou-se com esse estudo: analisar as experiências de mulheres sobre o cuidado recebido de enfermeiras obstétricas em um Centro de Parto Normal, sob o enfoque da autonomia, dignificação e participação das mulheres.

## 2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

### 2.1 ATENDIMENTO EM CENTRO DE PARTO NORMAL

O Centro de Parto Normal (CPN) destina-se ao atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, segue um sistema de atendimento contínuo denominado PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério), presta atendimento exclusivo ao parto normal sem distócias, está inserido no sistema de saúde local e pode funcionar intra ou extra-hospitalar (BRASIL, 1999b). Os centros possuem características físicas projetadas a fim de proporcionar bem-estar e segurança às parturientes, criando um ambiente familiar e permitindo a presença de acompanhante em todo o processo.

Os centros devem ser pensados de modo a possibilitar o acolhimento e a autonomia das usuárias em todo o período parturitivo (OMS, 1996). Assim, diferindo-se de um ambiente hospitalar tradicional, a estrutura de um CPN permite a assistência exclusiva ao parto normal sem distócia, adotando um modelo menos intervencionista (RIESCO *et al*, 2009). Ademais, o CPN está localizado fora do centro cirúrgico obstétrico contrapondo-se ao ambiente do hospital.

No espaço hospitalar existe maior resistência da equipe de saúde para se implantar uma metodologia que estimule o parto normal e a aceitação sobre a autonomia e a mobilidade da mulher nem sempre é livre por parte da equipe. Muitas vezes as mulheres não se sentem à vontade para expressar as suas vontades ou decidir sobre os procedimentos referentes ao seu parto. Já no CPN as relações interpessoais são menos hierarquizadas e elas ficam mais confortáveis para intervir sobre os eventos que dizem respeito ao seu próprio corpo (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Em um estudo publicado (SCHNECK *et al*, 2012), comparando-se um centro de parto normal a um hospital, evidenciou-se que são realizadas mais intervenções na assistência à mulher e ao recém-nascido, no momento do parto, dentro de um hospital. Apesar disso, os resultados materno-perinatais permaneceram equivalentes nos dois locais. Isso demonstra que o maior número de intervenções não significa melhora na qualidade da assistência.

Entretanto, muitas mulheres continuam crendo que o ambiente hospitalar é o melhor lugar para o parto e nascimento. Acreditam que as intervenções e os procedimentos técnicos utilizados no ambiente são necessários e muito importantes, mesmo quando utilizados rotineiramente de forma duvidosa, como é o caso da Manobra de Kristeller, da episiotomia e do uso da ocitocina. (VELHO *et al*, 2012; OMS, 1996).



Tendo em vista as experiências positivas ou negativas com o parto normal ou cesáreo, pode-se inferir que dependem da vivência das mulheres quanto ao tipo de parto experienciado. Assim, a vivência do parto pode ser muito positiva, enriquecedora e benéfica para as mulheres, mas também pode ser traumática, se não for bem cuidada ou pouco assistida, podendo acarretar lembranças de experiência negativas no futuro, ocasionando traumas (MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010).

De outro modo, as percepções negativas acerca do parto normal, dizem respeito à demora ou dificuldade no parto, às complicações com o conceito, a má atenção da equipe de saúde, a frequência de toques cérvico-vaginais, pouco ou nenhum controle do trabalho de parto pela parturiente, associadas a sentimentos negativos como abandono, sofrimento e solidão, que podem ser justificados pela ausência de acompanhante durante o processo de parturição. Já no parto cesáreo, tem-se as preocupações com a anestesia e o retorno das atividades sexuais, os riscos do procedimento cirúrgico e as dores no pós-parto (VELHO *et al*, 2012).

As estratégias que devem ser seguidas no CPN em relação ao trabalho de parto e parto visam garantir o acolhimento da gestante, respeitando a sua individualidade; o direito a ter acompanhante que possa estar presente em todo o processo, além da assistência à criança recém-nascida normal ou com eventuais riscos; e a remoção de gestante e conceito de risco para serviços de referência em um prazo máximo de uma hora por meio de transportes adequados (BRASIL, 1999b).

Os Centros podem estar localizados intra ou peri-hospitalar. A modalidade intra-hospitalar tem a vantagem de facilitar a colaboração de profissionais de diversas especialidades médicas, quando necessárias, tais como: obstetra, pediatria, anestesista etc, possibilitando intervenções mais rápidas, caso haja alguma intercorrência durante o trabalho de parto e parto e que necessite de alguma intervenção cirúrgica (CAMPOS; LANA, 2007).

Já o CPN peri-hospitalar possibilita a aproximação do parto à comunidade e realiza a promoção à saúde através das práticas assistenciais. Isto não significa a negligência no atendimento às mulheres, devido a não estar localizado em um mesmo ambiente que tenha um centro cirúrgico, mas sim, situa o parto no nível da atenção básica, reafirmando-o como um procedimento fisiológico (SCHNECK *et al*, 2012). Contudo, não importa onde os centros estejam localizados, pois eles devem seguir as mesmas estratégias de funcionamento.

As experiências no CPN são objeto de estudo nacional e internacional e servem de modelo para a criação de novas unidades e novas práticas baseadas em evidências que favoreçam o parto e nascimento seguros. Esse fato demonstra uma crescente demanda de

investigação com o intuito de contribuir com as bases do novo modelo de assistência obstétrica que vem se apresentando como uma tendência, tendo em vista que o modelo tecnicista e medicalizador está em crise.

Sendo assim, a Rede de Humanização em Saúde, que trata da Política Nacional de Humanização, criada pelo Ministério da Saúde do Brasil, visando esse e outros tipos de modelos positivos de assistência à mulher, destacou que a Rede deve estar em permanente construção e de forma solidária na criação dos laços de cidadania. “Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas” (BRASIL, 2004, p. 9).

No Brasil, seguindo o modelo de assistência ao parto humanizado e o modelo de assistência em um CPN, também foi possível conhecer a vivência de mulheres durante o trabalho de parto e parto relatados em estudos presentes na literatura. No entanto, foi observado que o processo parturitivo é envolvido por uma série de mitos que perpassam a escolha do local em que irão parir, passando pelo tipo de parto desejado, até a preferência pelo profissional de saúde que fará o atendimento. Assim, foi constatado que a mulher, na maioria das vezes, faz a escolha pelo local que realizará o seu parto baseando-se mais no fácil acesso do que no modelo de atendimento desejado (GONÇALVES *et al*, 2011).

A escolha por uma casa de parto ou um hospital acarreta na gestante, desfavorecida financeiramente, um estresse muito grande, pois quando pensam nos hospitais tradicionais, as mulheres se recordam dos problemas de atendimento, de superlotação, podendo levá-las a peregrinações, fazendo com que elas procurem outro local para terem a sua criança.

Por outro lado, quando as mulheres optam por um atendimento em casa de parto, o fazem sob pressões em torno de valores construídos socialmente, que reforçam a ideia de que não é possível o parto sem o uso de tecnologias médicas sobre o seu corpo, sendo o ambiente hospitalar o local onde elas se sentirão mais seguras (GONÇALVES *et al*, 2011).

A escolha pela via de parto também não é diferente. Em um estudo que trata as representações de mulheres sobre a assistência ao parto vaginal ou cesárea, as entrevistadas referiram que o principal fator para a escolha do parto cesáreo foi o medo das dores do parto e o desconhecimento dos benefícios e vantagens do parto normal (GAMA *et al*, 2009). Nota-se que esse tipo de parto ainda não é majoritariamente o de preferência para as mulheres devido à falta de conhecimentos sobre ele.

Além disso, muitas usuárias preferem que o parto seja assistido por médicas (os) (GONÇALVES *et al*, 2011). Esse fato demonstra que o poder do modelo biomédico permanece hegemônico em nossa sociedade, dificultando a aceitação da participação das

enfermeiras obstétricas no atendimento às mulheres durante o parto. Para isso, torna-se necessário que se estabeleça um vínculo de confiança entre profissionais de saúde, de modo especial enfermeiras e a mulher nesse momento, de forma que a assistência recebida e o apoio emocional, associados a um ambiente harmônico possam ser considerados estratégias positivas para o enfrentamento materno dentro desse processo.

As (os) profissionais de saúde exercem um papel muito importante na vivência das parturientes, de modo que essa atuação associada ao local onde parir e o desenrolar do parto, levam as mulheres a avaliar positiva ou negativamente a experiência do parto. No entanto, é a equipe de enfermagem que exerce papel direto e contínuo no cuidado à mulher, já que são as profissionais que estão mais próximas em todo período do trabalho de parto e parto, e o modo como a mulher é cuidada vai influenciar toda a vivência desse processo (FRELLO; CARRARO, 2010).

A assistência prestada por profissionais de saúde deve ser holística, valorizando a pessoa que a recebe. As (os) profissionais devem desenvolver habilidades relacionadas ao cuidado humanizado na busca pelo atendimento das necessidades das usuárias de forma que se importem mais com o ser humano para o qual se está prestando o cuidado do que com a eficiência do ato que está sendo realizado (MOREIRA *et al*, 2009, MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010).

A valorização das queixas, dos anseios e, acima de tudo, o respeito aos seus sentimentos é um importante suporte que pode facilmente ser fornecido às mulheres por toda equipe de saúde e, especialmente, pela equipe de enfermagem. Isso se deve principalmente ao reconhecimento da enfermeira que cuida da mulher de forma humanizada e qualitativa (MOURA *et al*, 2007), oferecendo todo o suporte necessário, dentro das suas possibilidades e com amparo legal.

Por conseguinte, a equipe de enfermagem, na busca pelo atendimento humanizado e de qualidade à usuária, lança mão de estratégias como escuta sensível, acolhimento, tratamento respeitoso e fornecimento de informações, buscando preparar a mulher para o processo de parto, fazendo com que melhore as suas expectativas, o que resultaria em maior autonomia no processo de nascimento do concepto (VELHO *et al*, 2010; FRELLO; CARRARO, 2010).

Nesse sentido, a abordagem centrada na pessoa e nas relações interpessoais, dentro dos princípios da humanização da assistência, está associada à utilização de estratégias no cuidado à parturiente, com o intuito de melhorar as expectativas dessas usuárias do serviço,

preparando-as para o parto saudável (FRELLO; CARRARO, 2010). A sensibilidade no diálogo é de suma importância para o trabalho de apoio e essas ações de cuidar-escutando faz com que a parturição seja única na vida de cada mulher. Assim, segundo Nascimento *et al* (2010, p. 458), pode se dizer que:

As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica são definidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante sua relação de cuidado profissional, que, por sua vez, a concepção ecológica, compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando sua natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres.

Em um estudo sobre a assistência recebida por mulheres no processo parturitivo, em que o conceito sofreu asfixia perinatal grave, verificou-se que o despreparo de alguns profissionais de saúde acarretou em uma “quebra” na confiança entre parturiente e profissional de saúde, levando-a a referir sentimentos de insegurança, que só foram amenizados quando uma enfermeira interveio e forneceu algumas informações, acalmando-a (MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010). Não foi apenas um diálogo, mas um ato de cuidar.

Assim, a abordagem à usuária, dentro dos princípios e valores da humanização, deve estar associada à escuta sensível e esta deve ser centrada no cuidado ao ser humano e nas relações interpessoais, comprometidas com o direito de cidadania das mulheres (SILVA; SIQUEIRA, 2007). A escuta profissional também foi valorizada por puérperas de outro estudo ao considerarem que a resolução de todas as suas necessidades depende dessa estratégia, e essa valorização da escuta na relação com a equipe de enfermagem fica nítido através do respeito e da atenção por parte dessa equipe às usuárias (SANTOS; PEREIRA, 2012).

O acolhimento é essencial dentro da política de humanização, tanto o acolhimento à mulher quanto ao/à acompanhante. Isso implica em uma recepção calorosa e atenta por parte das (os) profissionais, visando ouvir as suas queixas, dúvidas e angústias, identificando as suas demandas de cuidado, amenizando o medo decorrente do parto e fazendo articulações com outras instituições de saúde visando à continuidade da assistência, em caso necessário (SANTOS; PEREIRA, 2012; NASCIMENTO *et al*, 2010).

Tendo em vista os benefícios e o bom desempenho da equipe de enfermagem no processo de parturição e o resgate da valorização do parto normal, a Organização Mundial de Saúde afirmou que a enfermeira obstétrica é a mais indicada para assistir à mulher durante a gestação até o parto normal de baixo risco, considerando o custo-efetividade da assistência (OMS, 1996; VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

O papel da enfermeira obstétrica na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal e na assistência direta e com autonomia sobre o parto natural de baixo risco é um marco na política de assistência obstétrica, sendo ratificada por meio de uma portaria, segundo a qual, o parto normal e sem distócia no âmbito do SUS, pode ser realizado por essa profissional.

O Ministério da Saúde, para valorizar a criação de Centro de Parto Normal, preconizado pela Rede Cegonha, baseou-se em experiências positivas em países que fornecem autonomia às enfermeiras no cenário do parto normal, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Países como Inglaterra, Japão, Holanda, França e Alemanha, que seguem o modelo de assistência ao parto, valorizando a atuação das enfermeiras obstétricas, conseguiram manter os seus indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal baixos, bem como reduziram o número de intervenções, a exemplo da episiotomia e do parto cirúrgico (RATTNER, 2009a).

Desse modo, é importante conhecer a experiência de enfermeira obstétrica em uma casa de parto, tendo em vista o seu papel de provedora da assistência à parturiente. No Japão foi demonstrado que durante o trabalho de parto, a enfermeira faz o controle da dinâmica uterina, realiza os monitoramentos obstétricos e cardíofetais, permite que o seu acompanhante fique ao seu lado durante todo o processo e esse é orientado por profissionais da equipe de saúde, inclusive pela enfermeira. Deve-se levar em consideração que a ocitocina sintética (medicação para induzir o trabalho de parto) não é utilizada e os toques vaginais são evitados ao máximo (HOGA, 2005).

Já no momento do parto, a enfermeira faz a antissepsia das mãos e calça luvas esterilizadas, no entanto, não são utilizados campos esterilizados, gorro ou máscara. Segundo a legislação japonesa, à enfermeira obstétrica não é permitida a realização da episiotomia, de forma que, caso ocorra laceração perineal, é utilizado um clipe de metal com o objetivo de aproximar a mucosa, no dia seguinte esse é retirado (HOGA, 2005). Na legislação brasileira, a episiotomia é permitida às enfermeiras obstétricas. No entanto, trata-se de um procedimento que é frequentemente utilizado de modo inadequado, devendo-se ser usado com cautela por todas da equipe, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (1996).

Tanto no Japão quanto no Brasil, deve-se levar em consideração o respeito à privacidade da usuária, o estímulo ao contato pele a pele mãe-bebê, a ingestão hídrica, bem como, a dieta livre respeitando o cardápio específico de cada país, o incentivo à amamentação do neonato logo após o nascimento e a participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (HOGA, 2005; MACHADO; PRAÇA, 2006).

Além disso, deve-se salientar que é a parturiente que autoriza ou não o seu exame tocoginecológico. Ademais, é válido frisar que no CPN de Itapecerica da Serra - São Paulo, Brasil, é permitido que a mulher receba alta precoce pós-parto para a mãe e filho (a) se assim ela desejar, após avaliação pela enfermeira obstétrica que a acompanhou, necessitando apenas que ambas (os) retornem para uma consulta ambulatorial após 48 horas (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Essa autonomia da profissional enfermeira foi conquistada devido ao seu atendimento de qualidade e humanizado, já reconhecido pela OMS. Entretanto, muitas enfermeiras relatam barreiras para efetivação da humanização dos partos e consideram que muitas práticas ditas humanizadas são quase impossíveis de serem executadas devido à hegemonia médica, carregada por práticas medicalizadas. Por outro lado, algumas enfermeiras se sentem inseguras quanto à sua atuação devido à possibilidade do julgamento de outros profissionais de saúde (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Para isso é importante destacar a importância das instituições de ensino superior como produtoras de agentes capazes de introduzir mudanças em toda cultura assistencial (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). Além disso, é relevante que as práticas baseadas em evidências científicas sejam acrescidas à grade curricular dos cursos de graduação da área da saúde e de modo especial na enfermagem e continue o estímulo retomado pelo Ministério da Saúde para a formação de especialistas e residentes em Enfermagem Obstétrica, uma vez que, com os avanços tecnológicos, a prática da enfermeira passa a exigir cada vez mais novas atitudes, competências e uma nova forma de pensar e ser.

## 2.2 AS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

De acordo com a humanização do parto e nascimento e nas evidências científicas, a Organização Mundial de Saúde lançou em 1996 o guia prático para a assistência ao parto normal, informando que o retorno ao processo fisiológico do parto deve ser estimulado e valorizado (OMS, 1996).

Assim, a OMS define como parto normal aquele que ocorre espontaneamente, com o conceito em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas de gestação, sendo considerado de baixo risco desde o início do trabalho de parto e permanecendo assim até o final do processo. (OMS, 1996). Entretanto, esse parto deve ser acompanhado, através da avaliação do risco, de modo contínuo ao longo do período parturitivo, pois poderá ocorrer alguma complicação inesperada e a mãe necessitaria ser transferida para uma unidade de maior complexidade. As

recomendações da OMS incentivam que no atendimento ao parto normal haja uma relação harmônica entre os avanços tecnológicos e as relações humanas, respeitando os direitos de cidadania dos atores envolvidos no processo de parturição (VELHO *et al*, 2012).

Tendo em vista a atenção perinatal e a assistência à mulher, a OMS trouxe uma classificação sobre as práticas utilizadas na assistência ao parto e nascimento e dividiu-as em quatro grupos: A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Algumas práticas classificadas nos quatro grupos foram apresentadas no **Quadros 1 e 2**.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) funciona como ponte entre a pesquisa científica e a prática profissional, permitindo a validação dos seus conhecimentos (PEDROLO *et al*, 2009). Segundo autoras, PBE é definida como “uma abordagem para o cuidado clínico e para o ensino, fundamentada no conhecimento e qualidade da evidência” (GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004, p. 550). Convém ressaltar que em algumas práticas empíricas espera-se que forneçam resultados positivos, já em práticas derivadas do conhecimento científico, já é sabido que essas realmente funcionam e são positivas.

Quadro 1: Classificação das práticas utilizadas no trabalho de parto/parto: Grupo A e B

<p>Grupo A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;</li> <li>2. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto;</li> <li>3. Respeitar o direito da mulher sobre a privacidade no local do parto;</li> <li>4. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto</li> <li>5. Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;</li> <li>6. Métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;</li> <li>7. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;</li> <li>8. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;</li> <li>9. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;</li> <li>10. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo diretrizes da OMS sobre aleitamento materno.</li> </ol> <p>Grupo B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso rotineiro de enema;</li> <li>2. Uso rotineiro de tricotomia;</li> <li>3. Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;</li> <li>4. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;</li> <li>5. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos;</li> </ol>
---

Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS). **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra; 1996

Quadro 2: Classificação das práticas utilizadas no trabalho de parto/parto: Grupo C e D

<p>Grupo C: Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos;</li> <li>2. Pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto e parto;</li> <li>3. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;</li> <li>4. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto – dequitação;</li> </ol> <p>Grupo D: Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;</li> <li>2. Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço</li> <li>3. Parto operatório;</li> <li>4. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina;</li> <li>5. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.</li> </ol>
---

Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS). **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra; 1996.

Atualmente muitas práticas estão sendo avaliadas para se verificar a sua efetividade, com o intuito de torná-las mais confiáveis para o uso no cuidado sistematizado. No Brasil, muitas práticas adotadas por profissionais de saúde, que preconizavam o modelo de atenção humanizada, são baseadas em evidências científicas e foram classificadas no grupo A. Já nas maternidades, as práticas rotineiramente adotadas foram classificadas no grupo B (RATTNER, 2009a).

Em uma pesquisa realizada em um hospital de baixa complexidade da região metropolitana de Curitiba, com o objetivo de conhecer a percepção de puérperas sobre um grupo de práticas assistências realizadas durante o trabalho de parto e parto e levantar a frequência que estas práticas são indicadas por profissionais de saúde, referente às práticas utilizadas nos grupos A, B e D, evidenciou-se que: dentre prática presente no grupo A quase todas as parturientes não receberam líquido por via oral durante o processo de parturição. Dois terços dos profissionais de saúde apontaram restrição a essa prática em todos os partos (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009).

Referente às práticas utilizadas no grupo B, foi constatado que os enemas continuam sendo amplamente utilizados e mais da metade do contingente profissional entrevistado indicam na assistência aos partos. Neste contexto, a tricotomia também se faz presente e apenas 42% das (os) profissionais referiram não indicar esse procedimento, assim como a posição dorso-horizontal, seja ela supina ou litotômica, foi amplamente utilizada no serviço, como discorreu as mulheres e equipe de saúde (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009).



Por fim, no grupo D, grande parte das mulheres e das (os) profissionais de saúde referiu que ocorrem os exames vaginais repetidos e frequentes, principalmente quando realizado por profissionais diferentes. As práticas benéficas permanecem sendo utilizadas discretamente em muitos serviços de saúde e é marcada por intervenções prejudiciais ou ineficazes, contrariando as recomendações da OMS (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009).

No entanto, o século XXI está sendo marcado por inúmeras pesquisas que foram e estão sendo realizadas com o objetivo de estudar as práticas presente no grupo C, em que não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e dentro desse grupo as técnicas não farmacológicas para o alívio da dor estão sendo muito estudadas com o intuito de comprovar, cientificamente, os benefícios (KIMBER *et al*, 2008; DAVIM *et al*, 2008; SILVA; OLIVEIRA, 2006 ).

A acupuntura, por exemplo, é um método não farmacológico para o alívio da dor, e que estava sendo usada de modo empírico por profissionais. No entanto, uma metanálise realizada permitiu observar um relaxamento muito mais significativo no grupo que foi submetido à acupuntura do que no grupo-controle (SMITH *et al*, 2006).

Além das práticas não medicamentosas, as estratégias de conforto também são muito importantes no cuidado à parturiente. Com vistas ao conforto, a OMS orienta que cada mulher escolha livremente a posição de parir que mais lhe agrade. Ademais orienta que a mesma não seja colocada na posição litotômica durante o trabalho de parto e parto, pois essa posição é considerada ineficaz (OMS, 1996) e demonstra o poder da escolha pelo médico e não pela parturiente (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009).

Em uma pesquisa sobre as percepções das puérperas em relação as suas vivências sobre a posição vertical e horizontal na hora de parir, ficou evidenciado que a posição vertical tem frequentemente aspectos mais positivos do que negativos, em detrimento da posição horizontal, que tem mais aspectos negativos (GAYESCKI; BRUGGEMANN, 2009).

Destarte, as intervenções obstétricas devem ser utilizadas com base nas evidências e as que são frequentemente utilizadas de modo inapropriado não devem ser instituídas como rotina. As práticas que são benéficas devem ser implantadas dentro dos hospitais, maternidades e principalmente nos Centros de Parto Normal e devem ser incluídas nos protocolos assistenciais das instituições. Além disso, cursos de formação em terapias complementares: como massoterapia e aromaterapia, embora não façam parte do currículo das enfermeiras obstétricas e nem de outras categorias profissionais, podem ser realizados em prol do bem-estar das parturientes, de forma que as (os) profissionais possam utilizá-las com total autonomia, livre de danos às mulheres e respeitando o direito de aceitarem e de recusarem.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 EIXO TEÓRICO

Para subsidiar o desenvolvimento do estudo, foram utilizados como referencial teórico os conceitos de autonomia e de interesses de gênero.

A autonomia é entendida como processo que envolve a definição e expressão de preferências e escolhas em contextos livres de constrangimentos, coerções ou pressões, e que para a operacionalização desse conceito, exige-se o estabelecimento de condições que estão ligadas a fatores socioculturais (BIROLI, 2012). No caso das mulheres, esses fatores incluem, necessariamente, as relações desiguais de gênero na distribuição e usufruto do poder. Interesses de gênero, de acordo com Molineux (1984), são as demandas que as mulheres podem desenvolver de acordo com a sua posição social e características de gênero. Podendo estar associados com outras desigualdades como: raça/cor, etnia e classe social.

Ambos os conceitos – autonomia e interesses de gênero – foram utilizados inicialmente por Nascimento (2000) como referência para construção de indicadores de gênero no cuidado de enfermagem. Essa autora considera a dignificação e a participação como elementos necessários para o exercício da autonomia das mulheres no cuidado e como definidoras dos tipos de indicadores de gênero.

A dignificação corresponde à utilização das condições necessárias para se desenvolver o amor-próprio, o respeito a si e aos outros e a elevação da auto-estima das usuárias. Já a *participação* diz respeito aos meios através dos quais as mulheres possam atuar, juntamente com as enfermeiras, no cuidado, co-gerindo seus interesses. A partir desses conceitos, distinguem-se dois grupos de indicadores de gênero, a saber: Indicadores Práticos e Indicadores Estratégicos de Gênero da Assistência de Enfermagem.

Os Indicadores Práticos de Gênero da Assistência de Enfermagem evidenciam o modo como as ações de enfermagem contribuem para o atendimento das necessidades de saúde das mulheres e como as práticas de saúde são estruturadas para atuar na qualidade da assistência, incluindo a sua estrutura física e administrativa, bem como na elevação da auto-estima das mulheres e do respeito mútuo, nas relações de atendimento. Essas ações referidas são chamadas de **ações dignificantes de enfermagem**.

Dirigir-se à clientela pelo nome, tornando o atendimento mais individualizado possível, para construção do vínculo; promover a presença de acompanhantes de escolha da mulher caso ela solicite; competência técnica da enfermeira; ambiente adequado para o

atendimento e permanência das mulheres nos serviços de saúde são alguns exemplos de indicadores práticos de gênero do cuidado (NASCIMENTO; OLIVA, 2004).

Os Indicadores Estratégicos de Gênero do Cuidado de Enfermagem verificam em que medida as ações de enfermagem incluem processos de autonomia e a participação das mulheres e pressupõem o uso de uma perspectiva de gênero para sua construção. Nesse sentido os serviços assistenciais de saúde tornam-se “um espaço político de construção da cidadania e emancipação das mulheres” (NASCIMENTO, 2002, p. 127).

### 3.2 TIPO DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo qualitativo, desenvolvido com mulheres que tiveram seus partos no local do estudo. A participação das mulheres ocorreu mediante ao atendimento dos critérios de inclusão que foram: ter idade acima de 18 anos, ter sido assistida por enfermeira durante o parto e gozar de condições clínica, física ou psicológica para ser entrevistada.

### 3.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Centro de Parto Normal (CPN), localizado na cidade de Salvador-Bahia inaugurado em 26 de agosto de 2011. Desde a sua criação, até outubro de 2013, quando iniciamos a coleta dos dados, foram realizados cerca de 890 partos, o que representa uma média de 34 por mês, a maioria assistido por enfermeiras.

Esse CPN faz parte do complexo de uma instituição filantrópica vinculada ao SUS que foi criada em 1952 e abrange, além do CPN, Creche, Laboratório, Escola de ensino fundamental, Policlínica, Escola de Informática, Gráfica, dentre outros e é mantida por meio de recursos provenientes de doações de voluntários nacionais e estrangeiros.

O centro foi construído e equipado com doações, e contou com incentivos do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, e do Governo Estadual. Representa o primeiro Centro de Parto Normal do Brasil inaugurado por meio do programa da Rede Cegonha (BAHIA, 2011).

O fluxo de atendimento às mulheres, no CPN é aberto, funcionando com demanda espontânea. Nesse sentido, tanto são atendidas mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal no local do estudo, quanto àquelas encaminhadas por outras instituições de saúde.

Entretanto, mesmo sendo demanda aberta, existem critérios para a admissão no centro. Esses dizem respeito às mulheres com idade gestacional maior do que 37 semanas e menor igual a 41, que tenham realizado pelo menos 4 consultas de pré-natal, independente da instituição de saúde em que foram realizadas; gestação de risco habitual (baixo risco); estarem na fase ativa do trabalho de parto, com pelo menos 03 contrações eficazes em 10 minutos e 3 cm de dilatação; idade entre 14 e 40 anos; histórico obstétrico não superior a 4 partos e ausência de história de intercorrências clínicas ou atuais (MANSÃO DO CAMINHO, 2011?).

Quanto ao espaço físico, o CPN é composto por uma recepção, uma sala de espera, seis apartamentos, um posto de enfermagem, um conforto médico e de enfermagem, uma sala de coordenação, um expurgo, uma sala de Central de Materiais Esterilizados, bem como, sala de convivência para profissionais, usuárias e acompanhantes, e uma varanda com mesas.

O Centro conta com sete Técnicas de Enfermagem, dez Enfermeiras Obstétricas, dez Médicas Obstetras, quatro Médicas Pediatras, uma Fisioterapeuta, cinco copeiras, cinco profissionais de higienização, quatro motoristas de ambulância e quatro recepcionistas. (MANSÃO DO CAMINHO, 2012?).

Cada apartamento é equipado com cama PPP, banco de parto (banquinho), cavalinho, escada de Ling e bola suíça, além de cadeira reclinável para o conforto de acompanhantes e pufe. Todos os apartamentos possuem banheiro privativo e uma varanda com vista para um bosque. Um apartamento tem ainda disponível uma banheira para conforto e parto na água (**Apêndice A**). Por ser espaço individual, a mulher tem mais privacidade para vivenciar o parto, sendo possível a presença de dois acompanhantes durante o trabalho de parto/parto.

#### 3.4 O FLUXO DE ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO CPN

As enfermeiras do CPN estudado prestam cuidados às mulheres que se encontram no ciclo gravídico-puerperal. Logo, atendem as mesmas na admissão, por meio de uma avaliação inicial e criteriosa em uma sala ao lado da recepção, externamente a ala onde estão localizados os apartamentos. Caso a gestante atenda aos critérios de admissão, a mesma é informada sobre a evolução do seu trabalho de parto e é construído, em conjunto com a enfermeira, o seu plano de parto. Esse plano é individual e consta de informações sobre onde e em que posição a gestante deseja parir, quais são os procedimentos que a mesma aceita e os que são rejeitados no tocante a si própria e ao RN.

Quando não se adéqua aos critérios, as mulheres recebem as devidas orientações. Dentre estas, voltar para casa quando não se encontra em trabalho de parto verdadeiro,

deambular na área externa no CPN e retornar posteriormente, visando a evolução do trabalho de parto. Na oportunidade, todas as orientações são passadas para acompanhantes e familiares que estiverem presentes no momento da consulta.

Na área externa do CPN a gestante pode deambular pelos arredores da instituição que dispõe de bancos e árvores espalhadas, em um ambiente seguro e agradável para a mesma. A gestante é orientada a retornar de imediato, caso apresente alguma intercorrência.

Ao ser admitida, a parturiente é atendida por uma equipe de saúde composta de técnicas de enfermagem, médicas (os) e/ou enfermeiras obstétricas. As enfermeiras prestam seus cuidados durante o trabalho de parto até o puerpério, no momento da alta. Todas as gestantes, antes de deixar o local, recebem um papel contendo a data de retorno para ela realizar a consulta puerperal, o que geralmente ocorre por volta do 7º dia pós-parto. O atendimento das consultas puerperais é realizado por enfermeiras que estiverem de plantão no Centro. Como normalmente ficam duas de plantão escaladas, enquanto uma atende as puérperas, a outra cuida de parturientes.

Vale ressaltar que as enfermeiras não realizam consultas de pré-natal no CPN. Nesse local, essas consultas são realizadas por médicas (os) obstetras, geralmente no pré-natal de alto risco. As mulheres que apresentam baixo risco obstétrico fazem o pré-natal com enfermeiras da Policlínica, dentro do complexo da instituição.

### 3.5 A COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre outubro de 2013, e janeiro de 2014. Foram utilizadas como técnicas de coleta dos dados, a observação não participante, consulta a documento da instituição de saúde e entrevista semiestruturada. Os instrumentos utilizados foram um gravador digital, o livro de registro do CPN, um roteiro de entrevista contendo questões fechadas e abertas (**Apêndice B**), e imagens (**Anexo**) que representavam as posições do parto extraídas do trabalho de SILVA *et al* (2007).

A observação não participante foi guiada por questões referentes à composição da equipe do CPN, as suas instalações, incluindo o ambiente dos apartamentos, a caracterização do local, e os fluxos de atendimento às mulheres.

A consulta a documento, utilizando o livro de registro da instituição, permitiu a seleção das mulheres entrevistadas e a identificação do número geral de partos ocorridos na instituição, bem como o número de mulheres que tiveram o parto cuidado por enfermeiras. A seleção das participantes do estudo foi realizada em etapas: identificação das mulheres através

do agendamento para consulta pediátrica; seleção das mulheres assistidas por enfermeira durante o parto, por meio de consulta ao livro de registro; verificação do atendimento dos critérios de seleção definidos previamente; e concordância das mulheres para participar do estudo, obtido por meio de convite feito pessoalmente.

A entrevista constituiu-se como fonte de informações a respeito das experiências das mulheres com o cuidado prestado por enfermeiras do CPN. Essas entrevistas ocorreram na varanda do CPN ou em algum apartamento que estivesse vazio, no turno da manhã, antes ou após as consultas pediátricas que ocorriam semanalmente nas segundas e quintas-feiras. A opção por captar as mulheres no dia da consulta pediátrica deveu-se ao fato de ter maior quantidade e assiduidade de mulheres, aliado ao fato de existirem cerca de seis recém-nascidos (RN) agendados. Diferentemente ocorria com as consultas puerperais, em que essas não eram marcadas em agenda e, portanto, não era possível definir o dia em que as mesmas iriam comparecer e havia importante quantidade de faltosas.

Além disso, a opção de escolha desse período (cerca de uma semana após o parto) foi para evitar que elas, se ainda estivessem internadas, pudessem ficar constrangidas em falar sobre o atendimento recebido, ocasionando um viés na pesquisa e também poderiam ficar indispostas devido ao estresse físico e/ou mental ocasionado (s) pelo parto. Já uma semana após, imagina-se que elas ainda teriam memória suficiente para responder às questões sobre o processo de parturição e também não estariam sendo cuidadas por enfermeiras no momento.

Foram entrevistadas 30 mulheres. Para definição desse total, tomamos como referência a média de partos assistidos por enfermeiras na instituição (26 partos), entre os três meses que antecederam a coleta de dados (julho, agosto e setembro de 2013). Também foi considerado o critério de saturação das respostas para que a coleta fosse encerrada.

### 3.6 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi constituída por quatro fases, de acordo com Gibbs (2009): preparação dos dados, codificação baseada em conceitos, hierarquização de códigos, e interpretação.

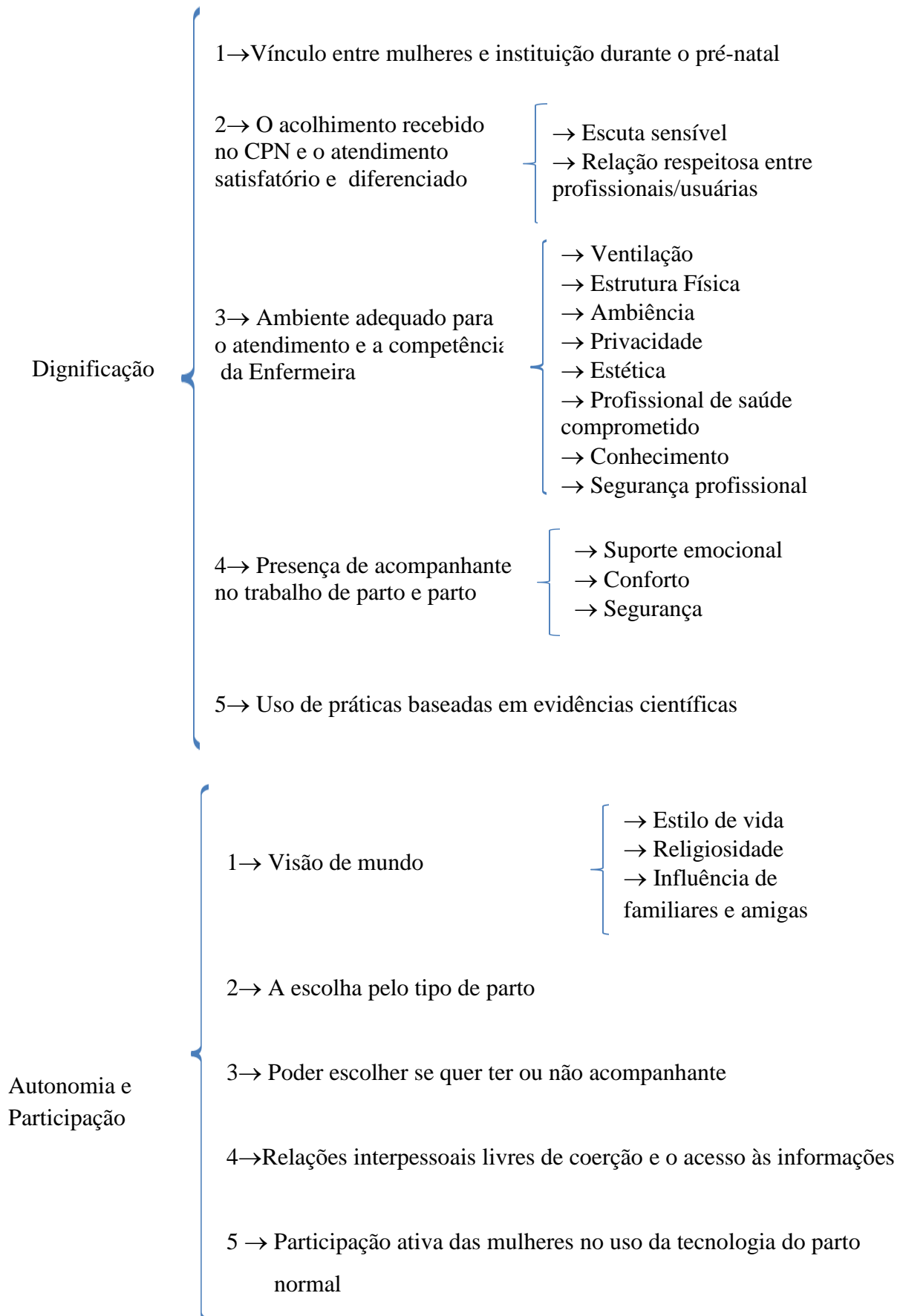
As transcrições foram editadas, organizadas e ajustadas gramaticalmente, facilitando a leitura e, conseqüentemente a análise. A edição constituiu em seleção de partes da entrevista. A utilização do gravador de áudio favoreceu a facilitou o processo de codificação. “A codificação é a forma como você define sobre o que se trata os dados em análise” (GIBBS, 2009, p. 60).

A codificação foi baseada em conceitos previamente estabelecidos que compuseram os tópicos do roteiro da entrevista e da literatura de pesquisa. Assim, as práticas de cuidados recebidas por parturientes e as intervenções referidas por elas durante o trabalho de parto/parto são exemplos de tópicos do roteiro de entrevista e os respectivos códigos: práticas de cuidado e intervenções.

A codificação referente à literatura de pesquisa referiu-se aos conceitos de dignificação, autonomia e participação. Nesta situação, os códigos foram esses três conceitos, utilizados individualmente. Para realizar a codificação, as entrevistas transcritas foram impressas e posteriormente, com o uso de canetas marca-texto coloridas, para cada tópico do roteiro de entrevista as falas eram destacadas com cores diferentes e os códigos eram escritos na margem do papel.

O trecho codificado era separado por chaves ({} ) que levava ao código descrito. Em algumas situações, as palavras-chave ou as palavras que mais se repetiam eram circuladas, buscando facilitar o posterior processo de hierarquização. Ao final da codificação foi possível acessar o texto de modo mais fácil, explorar as ideias temáticas e encontrar rapidamente exemplos de falas que representassem um conteúdo a ser abordado.

Após o agrupamento dos códigos, sua organização em hierarquia permitiu pensar no que estava sendo codificado, sendo possível considerar os códigos como sendo ramos; os sub-ramos seriam a hierarquização. Segundo Gibbs (2009), uma das vantagens de se construir uma hierarquia é que ela impede a duplicação de códigos, pois quando há grande quantidade desses a hierarquização possibilita ver as repetições mais facilmente. Além disso, esse processo fez com que os dados ficassem ordenados e as relações entre os códigos pudessem ser melhor visualizadas. A seguir a hierarquização que fora realizada com os códigos: dignificação, autonomia e participação, a partir do material empírico.





Após todo esse processo de preparo dos dados, codificação e hierarquização, ocorreu a fase da interpretação. Sendo assim, as entrevistas foram lidas repetidas vezes, identificando os códigos e procurando estabelecer relações entre as diferentes falas das depoentes, buscando desenvolver explicações analíticas que sustentassem a análise geral das falas.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram obedecidos os aspectos éticos, regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde com base na Resolução 196/96, porém não contraria a Resolução 466/2012 (mais atual). A coleta dos dados foi iniciada após submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, cujo termo de aprovação consta do protocolo de número 367.461 de 04/09/2013 (**Anexo 2**). Foram respeitados os direitos das entrevistadas como: o anonimato, a privacidade e a individualidade, podendo as mesmas desistirem da sua participação na pesquisa a qualquer tempo, se assim desejassem.

Não existiu pagamento, indenização ou qualquer tipo de ressarcimento financeiro para as participantes. As entrevistas se iniciaram após o fornecimento de todas as informações e esclarecimentos às depoentes e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice C**). Foi respeitada a disponibilidade das mesmas para a participação na pesquisa. Para que as puerpéras não fossem identificadas, foram utilizados codinomes de mulheres, visando resguardar a sua identidade, sendo representadas por nomes fictícios ao final de cada depoimento.

Os riscos da participação das mulheres no estudo poderiam advir do desgaste físico decorrente do tempo que levaram para responder às perguntas da entrevista e de possível constrangimento, ou mal-estar decorrente de lembranças de momentos desagradáveis porventura vividos durante sua estada no CPN. Para minimizá-los, as entrevistas foram conduzidas de forma breve e objetiva, podendo ser interrompidas a qualquer momento. Entretanto, nenhuma mulher solicitou que parasse a entrevista e nem relatou queixas de mal-estar ou constrangimento.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados, inicialmente, caracterizando as mulheres entrevistadas de acordo com os dados sociodemográficos e características reprodutivas. Posteriormente, serão discutidas as suas experiências no Centro de Parto Normal (CPN). Como o parto foi assistido por enfermeiras obstétricas, essas são responsáveis por todos os cuidados implementados às mulheres. As razões quanto à escolha pela instituição de saúde, o tipo de parto, até às práticas de cuidados recebidas no centro serão analisadas à luz dos conceitos de dignificação, autonomia e participação.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS

#### Dados sociodemográficos

As mulheres do estudo encontravam-se na faixa etária entre 19 e 36 anos, sendo predominante na faixa entre 25 a 29 anos e, portanto, consideradas adultas jovens. O ensino médio completo (50%) foi o que predominou no nível de escolaridade dessas, merecendo destaque para 26,6% que se encontravam no ensino superior em curso ou concluído. Dados de um CPN da cidade de São Paulo revelaram que a maior parte das puérperas se encontrava no ensino médio, antes chamado de 2º grau (SILVA; SIQUEIRA, 2007). Em uma pesquisa de revisão, sobre a população atendida em CPN no Brasil, foi constatada uma prevalência de mulheres com ensino fundamental completo, no mínimo (RIESCO *et al*, 2009).

Por outro lado, um estudo com parturientes em uma maternidade de Natal/RN verificou que 85% dessas tinham o ensino fundamental incompleto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009). Isso leva a crer que as mulheres que frequentam os CPN são diferenciadas em relação às que frequentam os hospitais. Um nível de escolaridade melhor reflete na capacidade que elas têm de absorver as informações e orientações recebidas por profissionais de saúde em todo o seu ciclo gravídico-puerperal.

Além disso, o nível de escolaridade privilegiado favorece a busca individual por fontes de informações que provém de jornais, televisão, internet, dentre outras. Dados da PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher), de 2006, indicam que 58% das mulheres entrevistadas no Brasil declararam ter acesso a todos os meios de comunicação (BRASIL, 2008).

Quanto à nacionalidade, foi observado que uma era argentina e as outras brasileiras. Para 3 mulheres (10% das entrevistadas), o endereço de residência era fora da capital, Salvador, mas na região metropolitana, nas cidades de Lauro de Freitas, Candeias e Mata de São João.

A argentina morava na Praia do Forte (município de Mata de São João) que é um dos destinos turísticos mais procurados do litoral norte da Bahia. Segundo informações colhidas no local, no Centro são também admitidas mulheres de diferentes países que entram em contato com a instituição via contato telefônico ou via internet, por meio de email. Nesse contato as estrangeiras são informadas sobre a instituição e encaminham os seus resultados de exames. Por fim recebem o aval sobre a autorização para parir no centro, tendo sido respeitados os critérios para internação no local.

As mulheres que residem na própria capital baiana (90%) e que pariram no CPN são oriundas de diversos bairros, alguns mais próximos e outros distantes da instituição, a saber: Castelo Branco, São Marcos, Barris, Colina de Pituaçu, Sussuarana, Canabrava, Vale dos Lagos, Cajazeiras, Pernambués, Paralela, Sete de Abril, Boca do Rio, Piatã, Vila Canária, Arraial do Retiro e Águas Claras. Sendo que 5 dessas (18,5%) residiam no bairro de Pau da Lima, onde se localiza o Centro. Como pode-se observar, a instituição é frequentada por um público variado que chega de bairros, cidades e países distintos, em busca de um atendimento diferenciado e humanizado.

Quanto ao estado conjugal, foi observado que 24 (80%) das mulheres que pariram no CPN eram casadas ou conviviam em união consensual e 6 (20%) solteiras. Esses dados corroboram com os encontrados em uma pesquisa realizada em 2009, em Salvador, sobre a distribuição das mulheres usuárias dos serviços públicos de pré-natal e parto, onde foi verificado que 79,1% dessas também eram casadas ou viviam em união consensual e 19,8% eram solteiras (RODRIGUES; DOMINGUES; NASCIMENTO, 2011).

Em outros estudos realizados em CPN verificou-se que em São Paulo-SP (SILVA; SIQUEIRA, 2006) os resultados percentuais encontrados foram idênticos aos do CPN de Salvador. No CPN de Itapeccerica da Serra-SP os resultados foram bem semelhantes, sendo que 77,5% eram casadas ou viviam em união consensual e 21,6% solteiras (DINIZ, 2005; SCHNECK; RIESCO, 2006).

As mulheres do estudo que declararam estarem casadas ou em união consensual, moravam com o esposo ou companheiro, apenas, ou com esse e mais algum ente da família. As que eram solteiras conviviam com pais e irmãos (01), mãe (01), pai e mãe (01), filhas (01) e irmão (01). Uma mulher relatou morar sozinha.

Esses dados sobre o estado conjugal demonstram que para a grande maioria das mulheres usuárias do CPN de Salvador, que se encontram casadas ou em união estável, essas podem ter uma relação de dependência financeira com o seu esposo/companheiro, visto que a maioria 17 (56,7%) não possuía renda pessoal e, dentre as que tinham renda, 13 (43,3%) ganhavam abaixo de um salário mínimo (16,7%), chegando a ganhar pouco mais de dois (3,3%).

Por outro lado, se comparado com outros estudos de três CPN de São Paulo, 74,6% (LOBO *et al*, 2010), 73,8% (MAMEDE *et al*, 2007) e 78,7% (DINIZ, 2005; SCHNECK; RIESCO, 2006) das parturientes não exerciam atividades remuneradas. Considerando que em todos esses estudos de São Paulo a maioria das mulheres tinha companheiro, esse fato leva a crer que as usuárias do CPN de Salvador são menos dependentes financeiramente dos seus esposos/companheiros.

Isso pode ser justificado pelo público variado de mulheres que utilizam esse CPN no tocante a profissão/ocupação e a renda familiar. Não há uma homogeneidade quanto às características sócio-econômicas das usuárias, reafirmando que o grupo de mulheres que utilizam essa unidade de saúde é diferenciado.

No que tange a profissão/ocupação entre as que tinham trabalho fixo (26,7%) eram: cabeleireira, operadora de telemarket, gestora ambiental, vendedora, caixa, instrutora de uma rede de *fast food*, empregada doméstica, consultora e auxiliar administrativa. Sendo que 16 (53,3%) mulheres estavam ocupadas no trabalho doméstico não remunerado. Quanto à renda familiar, variou de: abaixo de um salário mínimo (para uma informante) até seis salários e meio. Sendo que a maior parte das rendas familiares é de um salário mínimo. Esse dado demonstra a variedade das usuárias com relação ao poder aquisitivo.

Considerando o quesito raça/cor, destaca-se neste estudo o grande contingente de 28 (93,3%) mulheres negras (somatório de pretas e pardas). Esse resultado corrobora com os dados de uma pesquisa realizada, também em Salvador, onde 92% das mulheres que utilizam os serviços públicos de saúde são negras (RODRIGUES; DOMINGUES; NASCIMENTO, 2011). O predomínio de mulheres negras ocorre em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sul onde a maioria das mulheres se auto-declaram brancas, já no Norte e no Nordeste a auto-declaração como negras é mais acentuada (BRASIL, 2008).

### Características reprodutivas

Quanto aos antecedentes reprodutivos das mulheres, 17 (56,7%) eram primíparas e, portanto, não tinham experiência em partos anteriores. Em um estudo de revisão, foi verificado que as mulheres atendidas nos centros de parto no Brasil têm elevada proporção de nulíparas (RIESCO *et al*, 2009), o que corrobora com os dados encontrados neste estudo.

Vale destacar que dentre as mulheres que tiveram dois ou mais partos anteriores, esses partos também foram normais. Esse fato pode ser justificado porque no protocolo do CPN em questão não se admitem mulheres que tenham cesárea prévia, exceto quando houver parto vaginal na gestação seguinte. Essa medida visa dirimir os riscos de rotura uterina e outras complicações durante o trabalho de parto/parto.

Quanto ao número de mulheres que referiram gestações interrompidas, foi observado que 6 (20%) delas já havia passado pela experiência de um ou mais abortos. Não foi questionado o tipo de aborto ou quando ocorreu, por considerar que a informação não faz parte do foco dessa pesquisa.

Ao final da vida reprodutiva uma em cada cinco mulheres (20%) já teve aborto, foi o que confirmou uma pesquisa. (DINIZ; MEDEIROS, 2010). No CPN pesquisado a faixa etária que referiu ter tido aborto foi a de 25 a 29 anos, correspondendo a 5 mulheres. Apenas uma se encontrava fora dessa faixa por estar com 34 anos.

A situação da mortalidade materna por aborto inseguro em Salvador é um problema social e de saúde pública que demonstra a vulnerabilidade das mulheres negras (maioria das mulheres). Na década de 90 o aborto foi a primeira causa de óbito materna. Dados do dossiê sobre a ilegalidade do aborto na saúde das mulheres, desta cidade, revelam que a grande maioria das que passaram pela experiência de abortos inseguros eram solteiras; pretas e pardas (negras); na faixa etária de 20 a 29 anos; e com baixo nível de escolaridade, além de serem usuárias do SUS (IMAS, 2008).

Assim, o perfil de mulheres que são usuárias do SUS e que abortaram na cidade de Salvador quanto ao quesito raça/cor e a faixa etária mais acometida, coincide com os dados encontrados neste estudo em relação às características sócio-demográficas das mulheres pesquisadas.

Quanto aos dados da gestação atual, todas as mulheres realizaram consultas de pré-natal e a maioria (76,6%) realizou no mínimo seis consultas, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, com predomínio de 6 – 8 consultas (53,3%). Essas foram

realizadas por 19 mulheres (63,3%), exclusivamente, no próprio complexo onde se localizava o CPN, sendo as consultas dentro do próprio Centro ou no Posto de Saúde da instituição, demonstrando a vinculação da gestante do pré-natal ao parto, conforme preconiza o programa da Rede Cegonha. Outras 5 (16,7%) realizaram consultas em Unidades de Saúde próprias do SUS ou conveniadas.

Por outro lado, 3 mulheres (10%) realizaram as consultas apenas em clínica por meio de convênio privado ou particular (fora do SUS). As demais se consultaram em instituição filantrópica (1 mulher) ou tiveram consultas em duas instituições diferentes (2 mulheres), iniciando o pré-natal na rede privada e encerrando na rede pública.

Dados de outro CPN revelaram que houve predomínio de 5-8 consultas (SILVA; SIQUEIRA, 2007). Quando se leva em conta as macrorregiões, no Nordeste 72,3% delas tiveram acesso ao mínimo de consultas, número menor se comparado à região Sul, que obteve 88,2%.

Acresce informar que, no Brasil, 25,2% das mulheres utilizam o sistema de saúde suplementar na assistência pré-natal, sendo as regiões Norte e Nordeste as que menos utilizam. O sistema suplementar no Nordeste responde por 14,2% das gestações (BRASIL, 2008), número um pouco mais elevado do que o encontrado nesse estudo que foi de apenas 10%. Isso reafirma as características sociodemográficas das mulheres de Salvador que são majoritariamente usuárias do SUS, negras, e em situação socioeconômica desfavorável.

#### 4.2 A DIGNIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES

De modo geral, a dignificação do cuidado é caracterizada neste estudo pela possibilidade de se ter um parto normal com enfermeiras capacitadas para promover maior participação e autonomia das mulheres.

Como mencionamos anteriormente, nenhuma mulher havia passado pela experiência de parto anterior nesse ou em outro CPN e, portanto, a grande maioria não o conhecia. Para 25 mulheres (83,3%) o contato com o Centro se deu por meio de indicação de outras mulheres: irmã e/ou mãe, vizinhas, parentes, colegas, e principalmente amigas que já haviam tido algum contato direto ou indireto com a instituição, seja no pré-natal ou no momento do parto.

Além da indicação dessas outras mulheres, as enfermeiras do complexo do qual o CPN faz parte e de Unidades de Saúde externas ao Centro, bem como outras (os) profissionais de saúde também foram responsáveis pela indicação. As demais mulheres já conheciam o Centro

por já ter “ouvido falar” além de já ter estudado em um colégio localizado dentro do complexo ou por morar próximo da instituição. Além disso, a localização do Centro foi um fator que pesou na decisão das mulheres em procurá-lo. Essas situações podem ser exemplificadas de acordo com os depoimentos abaixo:

Minha prima me indicou, ai eu vim aqui e gostei do ambiente. (E: Flávia)

Eu fiz o pré-natal lá [em uma Unidade de Saúde fora do complexo do CPN] e me indicaram, mandaram o dia que eu vim conhecer aqui. Gostei daqui e preferi parir aqui. (E: Luciana)

Foi indicação das enfermeiras aonde eu fazia o pré-natal [em uma Unidade de Saúde Pública de Lauro de Freitas]. (E: Tatiana)

Primeiro que é perto de casa [...] gostei e decidir ter aqui. (E: Maria)  
[...] porque já me falaram que o atendimento era ótimo e também próximo da minha casa... Foi indicação de uma amiga minha que teve aqui, ai ela me falou que gostou e eu vim parar aqui. (E: Mariana)

Convém relatar que o Centro tem capacidade para realizar até 120 partos/mês (BAHIA, 2011), e, no entanto, realiza-se uma média de 42, segundo informações colhidas por meio do livro de registro da instituição, no período de três meses que antecederam a coleta de dados. Essa situação, de relativo baixo índice de partos, pode ser justificada, dentre outros motivos, pela pouca visibilidade que a instituição tem diante da população, pois a grande maioria das que pariram neste local só se direcionaram até lá devido à indicação de alguém e muitas desconheciam a existência desse Centro e de suas atividades.

As razões para a procura do CPN, a preferência de mulheres pelo tipo de parto e a utilização de práticas de cuidados foram situações, referidas pelas mulheres do estudo, como dignificantes. Nessas situações, a dignificação pôde estar relacionada: ao vínculo que as mulheres formaram durante o pré-natal com a instituição; ao acolhimento recebido no CPN; ao ambiente adequado para o atendimento; ao atendimento satisfatório e diferenciado no Centro; a competência técnica da enfermeira, a presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, e ao uso de práticas baseadas em evidências.

#### O vínculo entre as mulheres e a instituição durante o pré-natal

Vincular as mulheres durante o pré-natal até o parto é um dos objetivos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2000). Essa vinculação é muito benéfica para a mulher, pois permite que a mesma se sinta mais segura para vivenciar a sua gestação, sem se preocupar se terá ou não que peregrinar em busca de vaga por maternidades públicas.

A criação da Rede Cegonha no Brasil, pelo Ministério da Saúde, veio justamente para garantir uma rede de cuidados que assegurem, dentre outras coisas, a realização de parto e nascimento seguros, garantindo a vinculação da gestante à unidade de referência (BRASIL, 2011a).

Nesse estudo, foi verificado que dentro do complexo da instituição ocorreu essa vinculação. As mulheres que realizam o pré-natal dentro da instituição, seja no posto ou no próprio CPN, quando se encaixam no perfil de admissão no centro, tendo um pré-natal de baixo risco, por exemplo, são convidadas a conhecer o CPN; se gostarem, haverá possibilidade de parir nesse local. Em outras situações, foi observado um movimento positivo em relação a essa vinculação, ocorrendo isso também em clínicas particulares:

Porque como eu fazia o pré-natal aqui, a enfermeira sugeriu se eu quisesse ter aqui [no CPN] pra eu conhecer. (E: Rebeca)  
Eu vim aqui para conhecer, me apaixonei! [...] E ai pronto, eu fiz de tudo para ter aqui. (E: Gabriela)

O depoimento da entrevistada “Rebeca” exemplifica bem essa situação de vinculação da gestante à instituição onde poderá ocorrer o parto, com o conhecimento prévio do local. A mesma fez o pré-natal com enfermeira, no Posto de Saúde, dentro do complexo da instituição, e pariu no CPN. Ela não conhecia o Centro, mas devido à indicação de algumas pessoas, passou a fazer o pré-natal no Complexo com o objetivo de ficar mais próxima do local onde gostaria de parir.

“Gabriela” também não conhecia o Centro; mas é interessante destacar que o pré-natal dela foi realizado todo em uma clínica particular com um médico, em um ambulatório no mesmo bairro onde o CPN é localizado. Ela foi indicada por esse profissional a procurar a instituição.

De acordo com estes casos, foi possível observar que a vinculação não ocorreu exclusivamente no serviço público, sendo beneficiadas mulheres de distintas classes sociais. Isso é reflexo de uma mudança que está ocorrendo no modelo de atenção obstétrica no país, com médicos aos poucos se rendendo a um modelo de atenção humanizado, onde a mulher deve ser o centro das atenções e não o parto em si. Essas ações de vinculação foram consideradas ações dignificantes não apenas da assistência de enfermagem, mas também da atuação de outras (os) profissionais de saúde envolvidas (os) em benefícios das mulheres.



### O acolhimento e o atendimento satisfatório e diferenciado no CPN

O acolhimento é importante e essencial na política de humanização (BRANDÃO, 2008). Os CPN foram criados para resgatar a dignidade da mulher na cena do parto (MACHADO; PRAÇA, 2006) e exercer os princípios da humanização da assistência, valorizando o acolhimento, a escuta sensível e a relação respeitosa entre profissionais/usuárias.

Colocar em ação o acolhimento requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica no protagonismo das (os) participantes envolvidas (os) no processo de produção de saúde; em uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho; em mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde; e uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pela usuária (BRASIL, 2010b).

Dentro desse processo de acolhimento, destacamos aqui a valorização da comunicação, com a utilização de palavras de incentivo, e a interação entre enfermeira obstétrica e usuária no cuidado individualizado, se referindo a clientela pelo nome, como exemplos de ações dignificantes da enfermagem:

Todo mundo me tratou super bem aqui. Fui bem acolhida. (E: Rebeca)  
 No exame de toque ela (enfermeira) disse: - olha eu vou fazer o exame de toque em você... Não vai logo chegando e fazendo, entendeu? Conversa com você antes... Todo mundo ali acompanhando mesmo você. Você se sente acolhida, uma verdadeira família. (E: Camila)  
 Para aliviar a dor, ela conversava [...] Ela estava sempre ali de junto. Assim, conversando, sempre me incentivando, entendeu? É bom, porque nos outros lugares você não tem uma pessoa para conversar. (E: Beatriz)  
 Ela me ajudou bastante também a ter. Falava para eu ter calma... as palavras mesmo, me ajudou bastante (E: Flávia)  
 Ela ficava me ajudando a colocar força, me incentivava. (E: Simone).

As falas acima evidenciam que houve um processo de comunicação. As práticas, de modo geral, não foram realizadas sem que as mulheres tivessem conhecimento prévio da sua realização. O relato de “Camila” reflete isso, quando diz que a enfermeira informou-a sobre a realização do toque vaginal e o que ela iria fazer. Não foi logo “chegando e fazendo”.

Além disso, o diálogo faz parte de uma relação de cuidado e não deve ser utilizada apenas para a passagem de informações, mas um ato de cuidar (MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010). Isso reflete no bem-estar das parturientes que, conforme a fala das mesmas, a conversa foi uma estratégia para o alívio da dor e trouxe calma para as mesmas.

Também se deve levar em consideração o grande incentivo fornecido pelas enfermeiras para que as mulheres tivessem força e não desanimassem diante das dificuldades. Na fala abaixo o diálogo ultrapassou os determinantes biológicos da saúde e chegou ao campo emocional da mulher.

Aí ela perguntou porque eu estava chorando e eu disse a ela que foi por causa do meu esposo que não estava aqui que eu pensei que ia dar tempo de ele vir, mas não deu [...]. (E: Tamires)

Essa entrevistada foi avaliada de forma integral, ou seja, não apenas a sua condição física foi observada, mas também a tristeza e os sentimentos envolvidos. A integralidade da assistência busca valorizar a multidimensionalidade dos sujeitos, podendo ser considerado um indicador de qualidade (COELHO *et al*, 2009). É indispensável observar a mulher como um todo, tendo em vista que as mulheres são seres com necessidades biopsicossociais.

Além disso, o cuidado humanizado deve nortear a atenção individualizada à mulher. Em uma assistência humanizada é preciso ouvir as queixas das parturientes, buscando identificar suas necessidades, não deixando de valorizar as suas histórias de vida e nem os aspectos sociais, psicológicos e emocionais (NASCIMENTO *et al*, 2010). Chamá-la pelo seu nome faz com que a atenção seja direcionada às necessidades específicas da mesma, fazendo com que ela se sinta valorizada e confiante para o enfrentamento nos momentos difíceis. A entrevistada abaixo exemplifica essa situação de cuidado individualizado.

Ah! ela me incentivava (risos): – Vamos “Vanessa”! Força! E eu dizendo a ela que eu não aguentava mais, que não aguentava mais e ela me dava força. (E: Vanessa)

Para a formação dos laços de confiança é imprescindível que as (os) profissionais da saúde mostrem preocupação e disposição para cuidar e escutar a parturiente, facilitando o processo de parto (SANTOS *et al*, 2011). Por refletir em bem-estar para as participantes do estudo, o acolhimento individualizado foi considerado uma ação dignificante de enfermagem.

Quando as mulheres procuraram o CPN não foi apenas o ambiente em si que foi percebido por elas, mas também o atendimento dentro dessa Instituição. Diante do atendimento satisfatório, espontaneamente teceram comparações com outras instituições de saúde, como o atendimento em ambiente hospitalar.

Aqui o atendimento é diferente dos outros lugares. (E: Kátia)

O atendimento foi perfeito! (E: Yasmin)

Eu achei o atendimento excelente. Foi a melhor opção... (E: Jéssica)

[...] pelos funcionários eu achei excelentes. [...] O tratamento é bem diferente das outras maternidades. No atendimento aqui você chega, você é logo atendida, não fica esperando, você tem atenção da médica,

da enfermeira, você não fica lá isolada em um canto sofrendo, sozinha. (E: Carolina)

Esses depoimentos representam a satisfação com que as mulheres foram atendidas no Centro, desde a admissão, sendo esse tratamento considerado digno para as mulheres. É importante frisar que o bom atendimento às mulheres não deve ser exclusivo dos Centros de Parto, mas deve estar presente em todas as instituições de saúde, tendo em vista que todas as mulheres têm o direito de ser atendidas dignamente e com qualidade.

O modelo de atenção humanizado também foi destacado pelas puérperas, como sendo de relevância para a atenção obstétrica, conforme depoimentos que se seguem.

Primeiro por ser normal, pela forma humanizada dele [do CPN] de ser mais natural. (E: Tatiana)

Porque eu queria que o parto fosse normal e humanizado. Porque em maternidade é assustador. (E: Samanta)

A humanização em saúde independe do tipo de parto, das características sociodemográficas das usuárias ou do tipo de instituição, seja ela pública ou privada, porém depende da boa vontade das instituições de saúde e das (os) profissionais. Entretanto, é no serviço público que a humanização da assistência, com melhor qualidade, é mais visualizada, por isso é que as “mulheres beneficiárias da saúde suplementar buscam o SUS para oferecer a seus filhos um nascimento pela via baixa e humanizado” (RATTNER, 2009b, p. 764).

Esse fato justifica a presença de mulheres que possuíam convênio, fizeram consultas de pré-natal particular e relataram a motivação para parir no CPN, como foi o caso de “Samanta” - que estava estudando em um curso de nível superior e fez todo o pré-natal na rede privada. Também se deve levar em consideração aquelas que não tinham condições financeiras de ter o parto em um serviço particular, mas que poderiam optar por CPN ou hospital e que, devido ao modelo de assistência humanizada do Centro, optaram por escolhê-lo, como foi o caso de “Tatiana”. Esse modelo de assistência é estimulado pela OMS (1996).

Este estudo não se trata de uma avaliação de qualidade da Instituição de Saúde, porém algumas mulheres quiseram tecer opiniões sobre a satisfação que tiveram com a experiência do contato com o serviço de saúde do CPN. Elas demonstraram satisfação com graus diferentes de intensidade e ainda puderam discorrer sobre possível recomendação para outras pessoas.

Ah amei aqui, não esqueço mais daqui, recomendo sempre [risos]! (E: Priscila)

Gostei muito do atendimento daqui e indicaria a várias pessoas para virem para cá. (E: Rebeca)

Se eu tivesse outro filho hoje, teria aqui novamente. Muito bom! (E: Verena)

Portanto, independente do motivo que levaram as mulheres a escolherem o CPN para terem os seus bebês, o mais importante é atingir as suas expectativas. As condições próprias das mulheres, a instituição de saúde e toda a sua equipe influenciam sobremaneira no desfecho do parto.

#### Ambiente adequado para o atendimento e a competência técnica da Enfermeira

Os fatores apontados pelas mulheres relativos à satisfação com o ambiente do parto foram: a organização no local, a higiene, a educação das funcionárias, a estética local, o ambiente confortável e aconchegante e a permissão para que as mulheres pudessem utilizar práticas e posições não convencionais durante o trabalho de parto/parto e com privacidade. As entrevistadas desse estudo apontaram informações percebidas sobre o ambiente do CPN, conforme relatos:

Todo mundo educado, tudo limpo também, organizado. (E: Simone)

Cheguei aqui e realmente o lugar é lindo. Você se sente confortável. (E: Manuela)

Você pode ter no cavalinho, pode ter de cócoras, pode ter na banheira, onde você quiser. O quarto é adaptado justamente para isso. (E: Jéssica)

Amei porque não tinha apenas a cama como nos hospitais normais que só tem a cama para parir mesmo, ai tinha uma banheira [...] e também aqui eu achei mais bonitinha. (E: Rebeca)

Eu achei muito aconchegante aqui. (E: Roberta)

Uma pesquisa evidenciou que a limpeza e a ventilação do ambiente foram mais valorizadas do que a estrutura física e que muitos profissionais, devido ao fato de estarem acostumados com a rotina, deixam de perceber esses detalhes (FRELLO; CARRARO, 2010). Em outro estudo realizado em um hospital, as mulheres afirmaram que se sentiram bem acolhidas, mas a maioria ficou insatisfeita com a estrutura física e a falta de privacidade da instituição, não proporcionando às mesmas um sentimento de bem-estar (FIGUEIREDO *et al*, 2013).

O ambiente pode influenciar a realização das práticas de cuidado e pode modificar a forma de nascer, possibilitando que o parto ocorra em um local diferente da cama, dando espaço para que as mulheres sejam beneficiadas com novos locais e posições, conforme

“Jéssica” e “Rebeca” destacaram. Nos locais onde existam meios de realizar um parto verticalizado, em uma banheira, banco obstétrico e cavalinho, por exemplo, a mulher tem autonomia de escolher a posição que quiser. Já nos hospitais tradicionais, a mulher raramente dispõe desses meios, sendo a grande maioria dos partos horizontalizados, sem opção de escolha para a mesma.

A entrevistada “Rebeca” ainda apontou que a estética influencia na escolha da instituição procurada, além disso, a higiene, a organização e a ambiência também são fatores que são levados em conta quando se escolhe um local para parir. A equipe de saúde deve criar um ambiente tranquilo e de apoio, propiciando conforto físico e emocional e facilitando o contato íntimo entre mãe e bebê o mais breve possível (BRASIL, 2003).

Daí a importância da implantação dos Centros de Partos nos moldes PPP, onde é possível ter no mesmo ambiente o pré-parto, parto e puerpério como estratégia para evitar o deslocamento das mulheres para ambientes diferentes, além de favorecer que a criança, ao nascer, permaneça ininterruptamente ao lado da mãe. Comparando-se com o ambiente hospitalar, pesquisa revelou que um Centro de Parto foi considerado mais leve e tranquilo pelas mulheres (GONÇALVES *et al*, 2011).

Uma entrevistada referiu ter gostado de ficar em um quarto sozinha e relaxada. Assim, a privacidade das mulheres no ambiente de parto também deve ser respeitada. “Uma parturiente necessita ter o seu próprio quarto, onde o número de prestadores de serviço deve ser limitado ao mínimo essencial” (OMS, 1996, p. 26).

A instituição oferece esse tipo de Centro, da comodidade de você ficar em um quarto relaxada, sozinha, para poder esperar a sua filha nascer.  
(E: Vanusa)

Pesquisa realizada em uma maternidade que utilizou os indicadores de satisfação em relação à estrutura física, o acolhimento e a privacidade, evidenciou que as mães se sentiram bem acolhidas, porém a estrutura física e a falta de privacidade foram consideradas, para a maioria, como sendo motivos de insatisfação (FIGUEIREDO *et al*, 2013).

Já no Centro de Parto estudado, esses pontos foram considerados relevantes para a escolha da instituição, sendo, portanto, satisfatórios. Diante disso, é de suma importância que a puérpera tenha um ambiente adequado e com privacidade, que favoreça a sua participação ativa nas práticas de cuidado, de modo a dignificar esse cuidado da enfermagem.

As mulheres do estudo perceberam a competência técnica da enfermeira por meio de ações e condutas frente aos cuidados prestados a elas. O profissionalismo utilizado influenciou positivamente no processo parturitivo de forma que elas sentiram segurança com

o atendimento recebido. Foi possível identificar essa competência técnica como sendo dignificante e pôde ser exemplificada nos relatos abaixo:

[...] ela [a enfermeira] foi muito calma, ela passou muita segurança de que ela sabia mesmo o que ela estava fazendo, muito profissionalismo.

(E: Samanta)

Eu fiquei super tranquila, porque ela [a enfermeira] me passou segurança. (E: Flávia)

Eu não me senti insegura em momento nenhum. (E: Camila)

No “piniquinho” [banco obstétrico] a enfermeira me disse que poderia acelerar, ai eu fui. Não foi nem 10 minutos. Na verdade eu queria ter na cama né, mas ela me disse que no pinico acelerava, ai eu fui. (E: Rosana)

Pesquisas confirmam que a enfermeira obstétrica é uma profissional comprometida e qualificada que proporciona dignidade, segurança e autonomia, resgatando o parto como um evento fisiológico (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010). Quanto mais essas profissionais se atualizam, fazem cursos de aperfeiçoamento, melhor tende a ser o seu desenvolvimento profissional.

Para que um cuidado seja implementado, as enfermeiras necessitam ter conhecimento sobre as práticas e intervenções utilizadas, não apenas conhecer a sua finalidade, mas também conhecer o impacto que esses procedimentos podem causar nas mulheres, atentando-se para os possíveis efeitos deletérios.

Quando uma profissional atende uma parturiente, deve estabelecer uma relação de confiança, de forma a tranquilizá-la e fortalecer sentimentos positivos (SANTOS *et al*, 2011). Para estabelecer essa relação, é necessário que a profissional demonstre, por meio de informações, as melhores condutas indicadas, sempre individualizando o cuidado direcionado, não apenas à gestante, mas também a família e acompanhante (s).

Entretanto, humanizar uma assistência exige não apenas empregar técnicas no atendimento, mas também mudar a cultura assistencial tecnicista (MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010). É preciso que o cuidado seja baseado nas evidências científicas, com comprovação dos benefícios para as mulheres. A entrevistada “Rosana”, acima, comentou que a enfermeira indicou um parto verticalizado utilizando um banco obstétrico. Neste caso a gravidade atua com mais facilidade e a expulsão ocorre com menor duração (SILVA *et al*, 2007).

No atendimento, as enfermeiras devem buscar meios de fazer com que as parturientes se sintam seguras para vivenciar o parto e confiarem nas condutas que estão sendo implementadas. Para isso, é importante que essas profissionais utilizem as melhores práticas

para cada caso, visando promover a satisfação das mulheres e construir memória de uma experiência positiva de atendimento, influenciando de forma benéfica na vivência de partos posteriores.

### Presença de acompanhante no trabalho de parto e parto

As mulheres entrevistadas do CPN de Salvador apontaram os benefícios sobre a presença do(a) acompanhante no trabalho de parto/parto que são: a promoção de segurança, proteção, apoio, força, acolhimento, alívio, confiança, e redução do medo, bem como a valorização da presença da família, conforme os relatos:

Você se sente mais segura, tem uma pessoa do seu lado que é da sua família [...]. (E: Kátia)

A gente fica bem mais aliviada, sem medo. (E: Verena)

Isso é assim um ponto essencial! Porque você se sente de uma certa forma, protegida, acolhida, segura com alguém que você sabe que é próximo seu. (E: Vanusa)

Uma sensação de segurança intensa. Não tem nada melhor, te passa conforto, segurança, uma palavra amiga, não tem explicação. É muito bom mesmo! (E: Marta)

[...] com alguém da sua confiança ali perto de você, você se sente bem mais tranquila. (E: Maria)

Ele me deu assistência a todo momento e eu acho que não conseguiria botar força para ter o meu filho, se ele não estivesse do meu lado [...] me apoiando sempre, é muito bom isso. (E: Jéssica)

Ah! foi perfeito assim, porque é uma pessoa que você conhece, que tá ali com você. Ele ficou me dando força mesmo ali, o tempo todo. (E: Camila)

Dentre os relatos, observou-se que a “segurança” foi a palavra mais citada pelas mulheres, seguidas das palavras “força” e “apoio”. Esses relatos sobre os benefícios apontados confirmam os encontrados na literatura em que “o (a) acompanhante proporciona à mulher maior segurança e conforto durante o trabalho de parto” (NASCIMENTO *et al*, 2010, p. 459) e quando elas se sentem seguras, têm reduzidos a ansiedade e os temores (MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010).

A presença do esposo/companheiro foi a categoria social mais relatada pelas mulheres, referida por 18 delas (60%), 8 mulheres (26,7%) informaram a presença da mãe, e 5 (16,7%) a presença da irmã. As demais categorias sociais foram referidas em números menos expressivos. Vale considerar que muitas mulheres tinham mais de um acompanhante.

Uma pesquisa evidenciou que a maioria das usuárias de uma maternidade estava acompanhada com algum familiar que variava entre marido, mãe e irmã (FIGUEIREDO *et al*,

2013), o que ratifica os dados encontrados nesse estudo. No entanto, diverge de outra pesquisa a qual informou existir maior proporção de mães, como acompanhante, equivalendo a 33,4%, seguida do esposo 19% (TELES *et al*, 2010).

A presença do esposo esteve mais associada à promoção da “força”. Esse fato pode ser justificado devido à questão de gênero em que a força é um atributo que caracteriza o sexo masculino. A presença do esposo, companheiro ou namorado foi relatada pelas mulheres deste e de outro estudo, com satisfação pela presença deles no momento do parto (SILVA; SIQUEIRA, 2007). Essa satisfação esteve associada à participação dos acompanhantes como agentes ativos na participação de todo o processo de parto, auxiliando-as, inclusive, nas práticas não farmacológicas, conforme comentários:

O meu esposo “pariu” junto comigo [...] me apoiou desde o relaxamento, com os exercícios de musculação, subida, descida, respiração. Tudo ele me acompanhou, tudo ele fez. (E: Priscila)

Só usei a escadinha. Eu gostei no momento que meu marido também estava, então uma hora eu segurava nele e outra hora eu segurava na escada. (E: Paula)

Ah! para mim foi maravilhoso, ter ela no meu colo, sentindo... Foi perfeito! E o meu marido cortou o umbiguinho. Foi tão lindo! (E: Inara)

O papel do (a) acompanhante, além de dar apoio e segurança, é participar de todo o processo de parturição, podendo colaborar com as mulheres na secção do cordão umbilical, nas práticas de conforto e nos métodos não farmacológicos para o alívio da dor (FIGUEIREDO *et al*, 2013), conforme puderam informar nas falas acima. Dessa forma, os esposos/companheiros estão sendo convidados a participar ativamente de todo o processo e aos poucos deixando de ser meros espectadores da cena parturitiva.

Além disso, a participação do pai da criança oportuniza o estreitamento do vínculo desde o seu nascimento, o que é muito benéfico por proporcionar a construção dos laços de confiança entre pai-mãe-filho (a).

A participação do esposo/companheiro ainda esteve relacionada à oportunidade que esses tiveram de presenciar e vivenciar o trabalho de parto de uma mulher e, diante disso, puderam perceber o que acontece com as mulheres até o nascimento de uma criança, quais são os sentimentos envolvidos e os problemas enfrentados por elas.

É ótimo, pelo menos ele via o que a gente sente né (risos). Porque só faz fazer e pronto, aí pelo menos ele viu a dor que a gente sentia, como é que é. (E: Beatriz)

Maravilhoso! Ele do meu lado, ele vendo o que uma mulher e uma mãe passam, as dores, lidando com tudo no início. É emocionante! - Porque o pai tem que assistir para dar valor. (E: Roberta)



A frase “tem que assistir para dar valor” tenta quebrar os paradigmas dos conhecimentos construídos socialmente de que o homem é o provedor do lar e a mulher é a responsável pelos cuidados da casa e das crianças, desde o nascimento.

O parto é considerado “coisa de mulher” e por isso os “homens” não se envolvem e não sabem o que se passa na cena do parto. Logo, a presença deles nessa situação foi considerada positiva pelas mulheres, podendo-se imaginar que eles poderão ser mais compreensivos e cuidadosos com as mesmas devido ao fato de terem passado por essa experiência.

É pertinente destacar que, além das mulheres terem acompanhamento de parente ou companheiro, uma mulher contou também com a presença de doula. Essa profissional fornece apoio constante à gestante e ao (a) acompanhante do trabalho de parto, “aconselhando medidas para seu conforto, proporcionando e orientando contato físico e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados” (BRASIL, 2003, p. 65).

Assim, o Guia Prático de Assistência ao Parto Normal para uma Maternidade Segura (OMS, 1996) destaca a importância do apoio recebido por mulheres por meio de acompanhantes de sua própria escolha, tanto no trabalho de parto/parto quanto no puerpério, além de ser uma prática demonstradamente útil e que deve ser estimulada por toda equipe de saúde.

A presença de acompanhante de escolha da mulher é considerada como a melhor “tecnologia” que se têm para o desfecho de um parto bem sucedido, e os seus benefícios têm sido comprovados por evidências científicas (RATTNER, 2009a). Uma revisão sistemática evidenciou que as mulheres que tiveram apoio de acompanhante(s) tinham uma maior probabilidade de ter parto normal, menor probabilidade de receberem analgesia e relataram uma satisfação maior com a experiência do parto (HODNETT *et al*, 2012).

A OMS (1996) recomenda que a mulher no processo de parturição deva ser acompanhada de pessoas com quem tem um vínculo de confiança e com quem se sintam bem e a vontade. Nesse estudo 29 mulheres (96,7%) tiveram um ou mais acompanhantes de sua escolha. O protocolo do CPN estudado permite a presença de até duas pessoas participando do trabalho de parto ativo e do parto. De acordo com os relatos das entrevistadas, as pessoas que acompanhavam eram: esposo/companheiro/namorado, mãe, irmã, amiga, sogra, prima, tia, cunhada, sobrinha e doula.

O que se observa na nossa prática é que, na maioria dos hospitais, esse direito da gestante ter um acompanhante ainda não está sendo totalmente garantido devido às questões estruturais da instituição que, muitas vezes, não permite a presença de outras pessoas, por não

assegurar a privacidade das mulheres em quartos separados ou por não ter biombos que as separem umas das outras. Em algumas situações a instituição permite apenas a presença de acompanhantes do sexo feminino por julgar que as outras mulheres ficariam menos constrangidas com essa presença.

Em uma pesquisa realizada em um hospital sobre o direito da mulher à escolha dos seus acompanhantes, durante o trabalho de parto e parto foi verificado que a autorização de acompanhante foi uma das recomendações menos respeitadas, apenas 10% das mulheres referiram ter garantido esse direito. (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009).

No SUS menos de 10% das mulheres usufruem desse direito nas instituições, comparado a 35% no sistema de saúde privado (BRASIL, 2008). Uma mulher desse estudo também confirmou a informação de que “nem todos os hospitais você tem direito a um acompanhante” (E: “Jéssica”). Outra entrevistada ratificou esse fato:

Lá na maternidade, a outra que eu fiquei, só nas horas da visita mesmo. Aqui não, você tem acompanhante o tempo todo. Ai é bem melhor. (E: Kátia)

Ademais, observamos ainda que muitos profissionais de saúde consideram a presença de acompanhante como negativa, por considerarem que atrapalha o atendimento à mulher e por se sentirem como se estivessem sendo avaliados. Essa situação demonstra que as interações vivenciadas dentro das instituições de saúde são permeadas por relações de poder (BASSO; MONTICELLI, 2010). Portanto, as (os) profissionais e a estrutura física das instituições devem estar preparadas para amparar as (os) acompanhantes no parto e essa medida deve integrar uma proposta maior que envolve a humanização da assistência ao parto e nascimento (HOGA; PINTO, 2007; BRASIL, 2003).

Por outro lado, com a criação dos CPN e a valorização do parto natural e humanizado, os familiares das mulheres estão sendo novamente convidados a participar da cena do parto. Está havendo atualmente um movimento reverso, pois a hospitalização havia afastado a mulher do seu convívio familiar. A partir da instituição dos CPN em 1999, está ocorrendo mudanças nesse movimento e a família está tendo novamente a oportunidade de participar do processo parturitivo.

A equipe de saúde também está mudando a visão negativa que tinha sobre a presença do acompanhante em sala de parto. Em um estudo sobre a percepção de profissionais da saúde, na assistência prestada à parturiente em presença de um acompanhante escolhido por ela, indicou que essa experiência foi positiva, pois fortaleceu a equipe e melhorou o

entendimento das necessidades dessa e de seus familiares (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Durante o processo de parturição, muitas vezes a equipe de saúde nem sempre tem tempo e/ou condições de oferecer às parturientes todo o apoio emocional que elas necessitam. Assim, contar com a presença da (o) acompanhante pode ser considerado um facilitador para as mulheres que estão vivenciando o parto (LONGO; ANDRAUS. BARBOSA, 2010).

Portanto, as enfermeiras do CPN devem continuar promovendo a participação do (a) acompanhante, principalmente o esposo/companheiro. Torna-se necessário, desconstruir o viés de gênero de que as mulheres são as únicas responsáveis pela reprodução e cuidadoras exclusivas das crianças.

#### Uso de práticas baseadas em evidências científicas

Destaca-se a existência de uma grande quantidade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor que devem ser utilizados durante o trabalho de parto, como exemplo, o banho de aspersão, as massagens realizadas por acompanhantes e as técnicas de relaxamento, de forma que as estratégias podem ser utilizadas associadas a outras como a musicoterapia e a hipnose (OMS, 1996).

Dentre as práticas utilizadas no CPN estudado, foi citado pelas mulheres o uso da bola suíça, do banco obstétrico, “cavalinho”, escada de Ling (“escadinha”), banho de imersão, banho de aspersão, massagem, deambulação, além de aromaterapia e musicoterapia. A prática mais citada foi o banho de aspersão seguida do uso do “cavalinho” e, na sequência, a deambulação e o uso da bola suíça. As outras foram relatadas em números menos expressivos, porém não menos importantes. Um estudo realizado em um CPN de São Paulo corrobora com o resultado desse estudo, pois evidenciou que o banho de aspersão também foi a prática mais utilizada por mulheres durante o trabalho de parto e parto (LOBO *et al*, 2010).

Algumas práticas foram utilizadas associadas, como exemplo, a massagem enquanto se utilizava o “cavalinho”. Convém ressaltar que a prática de usar a bola no momento do banho de aspersão foi a associação de práticas mais referida.

De acordo com o relato das mulheres, podemos dizer que o uso dessas práticas foi inversamente proporcional à intensidade da dor sentida, ou seja, quanto mais dor uma mulher referia sentir, menor seria a possibilidade de escolha em utilizar as práticas, necessitando de estímulo por parte da equipe de saúde para que realizassem, tendo em vista os efeitos benéficos que essas poderiam provocar na mulher. Foi respeitada a escolha e a autonomia

das mulheres em relação a qual (is) prática (s) gostaria de realizar e o tempo disponível para isso.

Com as falas das mulheres a seguir, pode-se perceber a diferença de intensidade de dor por elas sentida. Mesmo as raras mulheres que não sentem dor no processo de parturição, devem ser convidadas a conhecer os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, que também podem ser chamados de práticas de conforto (LOBO *et al*, 2010).

Eu estava querendo ficar deitada porque eu estava sentindo muita dor. Eu não consegui ir para a banheira que era o meu sonho. Mas... a dor estava demais, eu não queria nem andar. (E: Rebeca)

Eu sentei no cavalinho e não aguentei. Porque a dor é assim, tudo para você te incomoda. Ai eu fiquei andando de um lado para o outro. (E: Yasmin)

Adorei, e como eu não estava sentindo dor, eu estava sorrindo o tempo todo, eu ainda fiquei tirando foto [...] Eu só senti dor na hora da cabeça, na hora que estava saindo. (E: Larissa)

Porque eu não esperava que fosse ser tão rápido. Achava que ia doer também e não doeu tanto. Assim, uma dor bem suportável. (E: Camila)

E eu tive sem dor nenhuma. Elas falaram que eu fui a única pessoa que viu a mulher ter filho sem dor nenhuma e que não gritasse nada. (E: Beatriz)

A demanda pelo alívio da dor assume grande relevância, necessitando de acompanhamento contínuo por parte de profissionais e conhecimento sobre o tipo de dor e o seu manejo (SILVA; SIQUEIRA, 2007).

No Brasil, as medidas que promovem o conforto das mulheres são pouco frequentes. O uso das práticas para aliviar a dor no parto normal esteve presente em apenas 30,4% dos nascimentos, tendo o Nordeste o pior índice entre as regiões do Brasil, correspondendo a 17,4%. Já o Sudeste teve o melhor índice: 46,7%, evidenciando que quase metade da população de mulheres foi beneficiada com essas práticas. O valor apresentado na região Sudeste está longe de ser considerado o “ideal”, mas demonstra uma situação de privilégio das mulheres em comparação com as do Nordeste (BRASIL, 2008).

Pesquisa realizada em um hospital de Teresina-PI verificou que apenas 33% dos profissionais de saúde indicavam os métodos não farmacológicos em todos os partos (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). Isso evidencia que essa prática ainda é pouco indicada nos hospitais e demonstra que a hospitalização ainda é um obstáculo para a humanização da assistência ao parto e nascimento neste país.

Já nos Centros de Parto destacam-se o uso dos métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor, entre os cuidados prestados às mulheres (RIESCO *et al*, 2009). É por esse e outros motivos que os CPN foram criados, por se tratarem de unidades assistenciais que atendem as mulheres de baixo risco obstétrico, valorizando a atuação das enfermeiras obstétricas e prezando pela humanização do serviço.

Deve-se levar em consideração que as práticas ou métodos não farmacológicos para o alívio da dor não cessa nesse objetivo. Os relatos das mulheres estudadas apontam os benefícios com uso em cada prática realizada durante o trabalho de parto e parto no CPN. O seu uso estava relacionado não só ao alívio da dor, mas à sensação de relaxamento, ao aumento das contrações e da dilatação e à aceleração do trabalho de parto, conforme se verifica abaixo:

Nada me deixava paciente, a única coisa que me acalmava mais foi a banheira mesmo. (E: Maria)

Eu preferi andar, porque eu andando tinha mais contrações. (E: Beatriz)

Eu quis experimentar todas. Ah foi muito bom porque dá um alívio. No cavalinho mesmo você senta, as contrações vem mais rápido. Ai ajuda a massagem que ela dá. Você vai na escadinha e fica dançando [...] ai as contrações vêm mais rápido. Eu gostei de todas. (E: Carla)

Fiz um pouquinho de tudo na verdade. Eu gostei, acelerou. (E: Rosana)

A bola e a escadinha eu já tinha visto na internet ai eu já fiz logo. O resto as meninas foram indicando [...] Ah eu achei ótima, porque a dor ficou menos, ai fiquei mais relaxada. (E: Samanta)

[...] foi que eu me acalmei mais depois desse cheirinho [aromaterapia com o uso de incenso] e essa música. (E: Yasmin)

Fiquei na bola debaixo do chuveiro quase uma hora [...] teve a música, teve incenso. [...] A bola para mim foi bom, porque eu acho que com a bola abriu mais ainda o eixo e as contrações foram aumentando mais ainda, porque não tinha intervalo nenhum, elas vinham uma por cima da outra. (E: Tamires)

Foi muito bom! Eu fiquei acho que quase uma hora no chuveiro, quase virei peixe [risos]. Foi o que me relaxou... (E: Jéssica)

Esses métodos não farmacológicos, além de reduzir a dor, também são considerados como não invasivos e podem ser aplicados de forma isolada ou combinada, buscando-se melhorar a experiência das mulheres durante o trabalho de parto (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009). Além dos benefícios, as entrevistadas puderam falar sobre a experiência com o uso das práticas e discorreram sobre a satisfação em tê-las realizado.

Eu caminhei, usei a bola, usei a escadinha, usei a cadeirinha [cavalinho]. Foi totalmente diferente. Adorei! (E: Verena)

Foi ótimo! Só a dor que eu pensei que não doía tanto. (E: Flávia)

Oxe maravilhosa! Eu acho que foi isso mais que ajudou ela vir normal e ter vindo com saúde. (E: Vanusa)

Uma mulher referiu não ter gostado dessa experiência. Esse fato pode ser justificado porque algumas mulheres estão “acostumadas” ao modelo hegemônico de parto hospitalar, em que não são oferecidas alternativas não farmacológicas para o alívio da dor ou para conforto durante o processo de parturição, e também devido às alterações emocionais que a dor no parto pode ocasionar.

Na hora dá uma agonia, porque você fica nervosa, ai não é muito legal. (E: Augusta)

“Augusta” já tinha experiência de dois partos anteriores a esse último no CPN, sendo que os outros dois partos foram normais e realizados em maternidades onde a assistência é centrada no modelo biomédico de atenção, e a vivência da mesma ocorreu de forma passiva no parto. Portanto, essas práticas podem ser consideradas uma novidade para ela e a inovação nem sempre é bem recebida por mulheres que conhecem apenas às práticas tradicionais para o parto e nascimento.

Por outro lado, algumas entrevistadas afirmaram que não tiveram tempo hábil ou tiveram pouco tempo na realização dessas práticas. Uma mulher referiu não ter realizado nada por ter chegado ao Centro em período expulsivo. Outras realizaram menos do que gostariam por ter chegado em estágio avançado do trabalho de parto, de acordo com os relatos abaixo:

Só me joguei uma água, rápido! Só a escadinha que eu ainda cheguei a usar e pensei em ir para a banqueta, mas não dava tempo. As contrações eram uma atrás da outra e não dava tempo. (E: Tatiana)  
Não deu tempo de usar as práticas. (E: Marta)

É interessante ressaltar que as práticas utilizadas com as parturientes, preferencialmente, devem ser baseadas em evidências científicas, sendo os seus benefícios comprovados cientificamente. No CPN toda assistência prestada também deve estar de acordo com as evidências científicas, incluindo-se as massagens e banhos como métodos não farmacológicos para o alívio da dor, além da deambulação durante o trabalho de parto e a escolha da posição para parir (CAMPOS; LANA, 2007).

No entanto, algumas práticas utilizadas ainda não têm comprovação científica dos seus benefícios. Porém, apresentam efeitos benéficos e podem estar associadas ao desfecho favorável do parto. O uso da bola, por exemplo, é utilizada por enfermeiras obstétricas, devido aos benefícios observados através do seu uso no trabalho de parto, necessitando de ensaios clínicos para trazer as evidências (SILVA *et al*, 2011).

Várias pesquisas estão sendo realizadas visando comprovar alguns métodos não farmacológicos para o alívio da dor que se encontram no grupo C. As práticas presentes no grupo C são as que ainda não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão (OMS, 1996).

Um estudo piloto randômico identificou que a massagem, mesmo sem associação com outras técnicas, pode fornecer um alívio para a dor (KIMBER *et al*, 2008). Outras pesquisas avaliaram a efetividade do banho de aspersão para o alívio da dor de parturientes e foi concluído que essa técnica é efetiva no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto (DAVIM *et al*, 2008) e o seu uso nos 6, 8 e 9 cm de dilatação do colo do útero apresentou uma diferença significativa na redução da dor das parturientes de outro estudo (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Quanto à influência do banho de imersão na duração do primeiro período clínico do parto e na frequência e duração das contrações uterinas, constatou-se que essa técnica não influenciou a duração do trabalho de parto e nem a frequência das contrações. Porém, foi considerada uma alternativa para conforto da mulher, oferecendo alívio sem fazer interferência na evolução do trabalho de parto (SILVA; OLIVEIRA, 2006).

No CPN a equipe de enfermagem, ao fazer uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como o banho de imersão, proporcionou uma colaboração da parturiente e permitiu uma maior participação do (a) acompanhante; foi o que concluiu uma pesquisa (SILVA; OLIVEIRA, 2006). Em relação ao efeito da deambulação, um estudo analítico de intervenção verificou que as parturientes que deambularam uma distância maior nas três primeiras horas da fase ativa, tiveram uma redução na duração do seu trabalho de parto (MAMEDE *et al*, 2007).

Muitas terapias não farmacológicas já foram testadas e os seus benefícios comprovados cientificamente. Outros métodos ainda serão testados, mas todas as práticas de cuidado devem ser utilizadas por profissionais habilitados e só poderão ser administrados com o consentimento das mulheres.

A implementação de práticas baseadas em evidências, como as terapias não medicamentosas para aliviar a dor dessas mulheres, foram consideradas ações dignificantes de enfermagem e promoveram a sua autonomia e participação ativa durante o processo parturitivo.

A posição assumida pelas mulheres também pode influenciar sobremaneira o desfecho do parto. A depender da posição, no momento da expulsão, os resultados maternos podem ser

diferentes, ou seja, a mulher pode se sentir mais ou menos confortável, ter sido reduzida ou aumentada as chances de ocorrer lacerações perineais ou episiotomia, bem como, aumentar ou diminuir o grau de satisfação com a experiência parturitiva.

As posições adotadas por uma mulher podem ser verticais ou horizontais. As verticais têm a vantagem de sofrer influência da gravidade e promover um aumento nos puxos expulsivos, melhorando a abertura do estreito inferior da pelve e facilitando o desprendimento fetal (SILVA *et al*, 2007; MAMEDE *et al*, 2007). São exemplos de posições verticais: posição sentada, semi-sentada, de cócoras, de quatro apoios e de Gaskin (ver figuras que representam posições em **anexo**). Entre as posições horizontais estão a posição lateral esquerda e a posição supina ou, também chamada, posição litotômica (SILVA *et al*, 2007).

O critério para definição sobre a posição do parto deve ser de livre escolha da mulher. As enfermeiras devem estimulá-la a experimentar várias posições até que as mesmas encontrem uma posição que as deixem mais confortáveis (OMS, 1996). Desse modo, a escolha da posição pode ser influenciada por vários fatores envolvidos por protocolos institucionais, por padrões de cultura ou até mesmo pelas preferências profissionais (SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011).

No CPN pesquisado, as mulheres puderam informar a posição que assumiram para que ocorresse o nascimento do concepto. Nessa situação 22 (73,4%) referiram a posição semi-sentada, 7 (23,3%) a posição sentada e uma mulher (3,3) a posição litotômica. As falas abaixo representam a posição mais referida pelas mulheres e aí estão incluídas as parturientes que adotaram tanto o parto na água (dentro de uma banheira), conforme foi relatado por duas mulheres, quanto na cama de parto, que foi o de escolha para 20 delas.

Eu queria ter de cócoras, mas eu não consegui porque eu estava muito inchada. Eu parei nessa posição [semi-sentada] e daí eu não saí mais não. Então eu preferi ficar deitada porque estava mais seguro [...] eu não tive coragem de levantar. (E: Jéssica)

[...] a escolha que ela fez na banheira para mim foi boa... Quando eu vi que eu entrei, que eu fiquei, que eu relaxei mais, então eu preferi continuar ali mesmo. (E: Maria)

Eu falei com Cristina, se eu for ter na [instituição onde se localiza o CPN estudado] eu queria na banheira e foi na banheira. (E: Tamires)

Outras mulheres preferiram a posição sentada. Nesse caso, das sete mulheres que informaram ter parido nessa posição, seis pariram no banco de parto, popularmente conhecido como “banquinho” e uma mulher pariu em cima do “cavalinho” que é uma cadeira em que a mulher simula um movimento de balanço como se estivesse em cima de um cavalo.



Eu não queria mais levantar desse banquinho. Achei a posição ótima, eu fiquei no banquinho mesmo, no banquinho mesmo ele nasceu. (E: Priscila)

Eu fui provando. O melhor para mim foi o banquinho. (E: Manuela)  
[...] quando ela falou cavalinho eu achei melhor, porque ele [o companheiro] ficou perto de mim. Eu achei a melhor posição a do cavalinho. (E: Roberta)

A mulher que optou pela posição litotômica (posição em decúbito dorsal) o fez devido a forte algia que estava sentindo durante o trabalho de parto, conforme a fala que se segue:

Eu não quis sair da cama não, porque as minhas pernas estavam tremendo muito ai eu fiquei com medo de cair. Ai eu deitei na cama e fiquei na cama [...] Eu ficava com medo de virar. (E: Kátia)

Vale ressaltar que as mulheres do CPN escolhiam a posição de acordo com a própria conveniência, evidenciando a sua autonomia. Porém uma mulher informou não ter tido opção de escolha por ter chegado na instituição no período expulsivo.

Eu não tive opção, ele já estava coroadando. Quando acabei de deitar aqui, ela disse: - eu tô vendo a cabeça dele mãe. (E: Marta)

De acordo com os relatos, podemos perceber que a dor influencia diretamente na vivência do trabalho de parto e muitas vezes o grau elevado de dor faz com elas fiquem “paralisadas”, ou seja, sem vontade de se mexerem ou de mudarem de posição, cerceando as possibilidades de inovar em escolhas que trariam mais benefícios aos resultados maternos, conforme os relatos a seguir:

Eu só estava aguentando ficar deitada mesmo, as pernas não estavam obedecendo não. (E: Luciana)

Na hora da dor a posição... a gente não escolhe muito não. A gente fica meio sem noção, porque a dor é imensa. (E: Verena)

As mulheres que pariram na cama tanto na posição semi-sentada quanto na posição litotômica optaram por permanecer nesse local por se sentirem mais seguras, já que a cama é um local tradicional para que ocorra o parto e nascimento.

Mesmo não sendo a posição de preferência, como relatada por “Jéssica”, anteriormente, que preferia parir de cócoras, mas no final escolheu a semi-sentada, foi observado que muitas escolhem ficar limitadas em cima de uma cama, ainda que em uma posição menos confortável, devido ao medo de fugir do modelo de parto tradicional e/ou da algia intensa. Nessa situação de insegurança é fundamental a atuação da equipe de saúde para que desmistifique esse tabu e as estimulem a vivenciar novos locais e posições para que possam fazer uma escolha segura e consciente, tornando-as ativas em todo processo de parturição.

No CPN, para que as enfermeiras obstétricas tenham condições de orientar e sugerir novas posições, elas necessitam ter conhecimento científico para indicar as posições menos convencionais e justificar a não preferência profissional pela posição litotômica, já que essa é uma prática claramente prejudicial e deve ser eliminada no parto normal. Entretanto, o uso das posições não supinas deve ser estimulado (OMS, 1996; BRASIL, 2003).

A posição horizontal do tipo supina ou litotomia dorsal deve ser desaconselhada para o parto, pois pode intervir no fluxo sanguíneo uterino devido ao uma compressão aortocava pelo útero, dificultando as trocas materno-fetais e levando a um comprometimento da saúde fetal (CARVALHO *et al*, 2010). Embora haja evidência de que as posições dorso-horizontais sejam ineficazes e que, portanto, devem ser eliminadas, continua sendo utilizadas rotineiramente (OMS, 1996).

Pesquisa realizada em um hospital confirmou que o uso da posição tradicional (dorso-horizantal) ainda é amplamente utilizado pelo serviço e as razões para isso podem estar pautadas no poder da escolha do médico devido a sua conveniência e por favorecer o acompanhamento do parto de pé, com um melhor campo de ação (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). Já a justificativa para a manutenção de outra posição tradicional como a litotômica diz respeito à estrutura física deficitária de uma instituição que impede a variedade de posições no parto (CARVALHO *et al*, 2010).

O número reduzido de mulheres desse estudo que optaram pelo parto em posição litotômica (apenas uma mulher) pode ser justificado devido ao centro de parto pesquisado ter uma estrutura física que permite a variedade de posições e locais para parir, observando-se, dessa forma, a dignificação da assistência no centro, em prol da saúde das mulheres. Além disso, o CPN tem, como política, o estímulo feito por profissionais de saúde, às posições diferentes das tradicionais.

Nas situações em que a estrutura do serviço não permite a variedade de posições ou a mulher queira ficar deitada, a mesma deve ser estimulada a se manter em decúbito lateral (BRASIL, 2003). Dentre as mulheres desse estudo, nenhuma referiu ter optado pelo parto em decúbito lateral. Esses dados divergem dos encontrados em outros CPN em que a posição de escolha foi essa (SCHNECK; RIESCO, 2006; PEREIRA *et al*, 2012).

Quando se leva em conta a posição para o parto, devem-se considerar os riscos e benefícios para a mulher e para o feto. É essencial conhecer, por exemplo, as posições que reduzem ou predispõem a ocorrência de lacerações perineais. O aparecimento dessas lacerações depende de vários fatores que podem favorecer a sua ocorrência, como as condições do próprio parto, as condições materno-fetais e as intervenções obstétricas, a

exemplo da episiotomia, que pode ampliar a laceração (SANTOS *et al*, 2008; RIESCO *et al*, 2011).

As lacerações são classificadas de acordo com a estrutura atingida. As de primeiro grau afetam a pele e a mucosa; as de segundo grau podem chegar a atingir os músculos; e as de terceiro grau, as mais graves, atingem os músculos do esfíncter anal (OMS, 1996; BRASIL, 2003). As de segundo grau geralmente podem ser suturadas facilmente sob analgesia local e, via de regra, cicatrizam-se sem complicações; já as de terceiro grau, devem ser suturadas e são consideradas mais sérias (OMS, 1996).

Porém, “mesmo quando adotadas políticas de assistência obstétricas baseadas em evidências científicas, as mulheres que têm parto normal estão propensas a sofrer algum trauma perineal decorrente de episiotomia e de lacerações espontâneas” (RIESCO *et al*, 2011, p. 82). Neste estudo, foi verificado que das 30 depoentes, 25 informaram ter tido laceração, o que corresponde a 83,3%; 4 (13,3%) negaram a presença de laceração, ou seja, períneo íntegro, e uma mulher referiu-se que “precisou cortar” (RIESCO *et al*, 2011), ou seja, foi realizado uma episiotomia e conseqüentemente uma episiorrafia.

Dentre as que informaram a presença de laceração, 19 (76%) relataram a necessidade de realização de sutura, 6 (24%) tiveram laceração mas não houve necessidade de suturar. Uma laceração de 1º ou de 2º grau é sempre melhor do que uma episiotomia devido ao risco reduzido de complicações. As falas abaixo demonstram a tranquilidade das mulheres quanto à sutura de laceração e a observação dessa laceração como decorrente de um evento natural do parto, sem intervenção como a episiotomia.

A única coisa é só os pontos, porque eu estava com boa dilatação, tudo, mas ela [referindo-se à filha] me abriu, não foi que me cortaram aqui. (E: Manuela)

Os pontos caíram normal, não teve inflamação, nada, tudo normal... (E: Luciana)

Não foi questionado às mulheres qual foi o tipo de laceração por considerar que elas não teriam conhecimentos suficientes para responder. Entretanto, foi possível concluir que se 6 mulheres tiveram laceração, mas não houve necessidade de sutura, isso implica que a laceração foi de 1º grau. As outras 19 mulheres tiveram laceração de 2º ou de 3º grau. De modo geral, as lesões de primeiro grau não necessitam ser suturadas e, comumente estão associadas à presença de períneo íntegro, tendo em vista a evolução clínica favorável que não repercute negativamente nas atividades puerperais e possui caráter benigno na morbidade pós-parto (RIESCO *et al*, 2011; LOBO *et al*, 2010).

Segundo a OMS (1996), a ocorrência de lacerações é frequente. Dados de um CPN de São Paulo revelam que a maioria das mulheres 76,6% tiveram laceração e 22,5% tiveram o períneo íntegro (PEREIRA *et al*, 2012). Esses resultados evidenciam uma situação mais vantajosa do que os do CPN de Salvador, em que o índice de laceração foi de 83,4%. Quando se considera a posição para o parto, o CPN de São Paulo teve a posição lateral como a mais utilizada, diferentemente do centro de parto estudado, que evidenciou a posição semi-sentada.

Um estudo randomizado concluiu que as mulheres que usam a posição lateral esquerda apresentam os benefícios de menos risco de edema vulvar, menos episiotomia e maior frequência de laceração de 1º grau. Em contrapartida, as que utilizaram a posição vertical semi-sentada tiveram mais risco de laceração de 2º grau e episiotomia e, por conseguinte, a posição lateral esquerda apresentou menos riscos de traumas perineais graves (SCHIRMER; FUSTINONI; BASILE, 2011).

Contudo não se pode afirmar que o CPN de São Paulo apresentou número reduzido de laceração em relação ao de Salvador considerando somente a posição. Pois, como relatado anteriormente, a laceração depende de uma série de fatores e um desses diz respeito à própria mulher. O número de primíparas no estudo também deve ser considerado, pois nessas a ocorrência de laceração é mais frequente (OMS, 1996). As mulheres com histórico de um ou mais partos vaginais, ou seja, de secundíparas a múltiparas, têm mais chances de apresentar integridade perineal (RIESCO *et al*, 2011).

Neste estudo, a maioria das mulheres entrevistadas eram primíparas (56,7%); porém no estudo do CPN de São Paulo não foi observado a paridade. No parto normal, a posição lateral esquerda em nulíparas reduz significativamente o uso de episiotomia e aumenta a ocorrência de períneo íntegro (BASILE, 2001). Como nenhuma mulher referiu-se ter aderido à posição lateral, isso pode ter duas justificativas: ou as mulheres do estudo não foram estimuladas para essa posição ou foram estimuladas, porém não quiseram.

Cada mulher deve escolher livremente a posição para parir que lhe for mais conveniente. Entretanto, garantir esse direito às mulheres não exime as profissionais, especialmente as enfermeiras obstétricas, de fornecer informações direcionadas a essas, sobre as melhores práticas que devem ser estimuladas, com base em evidências científicas. Quando a parturiente é bem orientada, ela passa a ter uma participação consciente em todo o processo. Assim, no caso de optarem por uma posição para o parto, observou-se que foi considerado a interseção dos três conceitos referentes a dignificação, autonomia e participação das mulheres.

Acerca do pós-parto, convém destacar a importância de duas práticas muito importantes e que devem ser estimuladas por serem demonstradamente úteis: o contato

cutâneo precoce pele a pele mãe-bebê e a amamentação na primeira hora pós-parto (OMS, 1996). Essas duas práticas podem ser plenamente implementadas em qualquer serviço de saúde e dependem da boa vontade e iniciativa das (os) profissionais de saúde para que as utilizem, assim como, das condições físicas e/ou psicológicas da mãe e do seu conceito.

Os cuidados com o recém-nascido (RN), imediatamente após o parto, se resumem em enxugar, avaliar e entregá-lo a genitora, salvo em casos em que o RN necessite de condições especiais. O Ministério da Saúde orienta que esse contato direto com o abdome ou tórax da mãe, pele a pele, por pelo menos uma hora, favorece o contato precoce mãe/bebê e estimula ambos a se conhecerem (OMS, 1996; BRASIL, 2011b). Além disso, todo esse momento deve ser supervisionado frequentemente por profissionais de saúde, para se evitar possíveis complicações, além disso, os procedimentos de rotina como pesar, medir e dar o banho devem ser postergados para depois de uma hora (BRASIL, 2011b).

Essa experiência foi relatada como sendo positiva pela maioria das mulheres por meio de expressões como: maravilhosa, emocionante, incrível, momento de carinho, um alívio, conforme relatados:

Ah é incrível. Na hora eu estava com tanta dor que quando eu fiz a força para ela sair e botaram ela no meu braço, chega deu um alívio.

(E: Flávia)

É uma emoção muito gostosa, é um momento de carinho, amor que a gente pega logo pela criança. (E: Rebeca)

“Rebeca” referiu-se que, além da emoção e o momento de carinho, traduzidos nessa prática, relatou sobre o vínculo com a criança em que o contato precoce pele a pele refletiu em sentimento de amor materno imediato. Isso é muito importante, pois o RN, sem alterações hemodinâmicas, necessita estar em contato direto com a mãe logo após o nascimento, para que esse vínculo seja estabelecido (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). Já a entrevistada abaixo, confirmou que de fato houve o contato precoce pele a pele e que à medida que a criança estava sendo limpa pela equipe de saúde, a mesma permanecia em seu colo.

Foi maravilhoso! Assim que ele nasceu, ela pegou, botou ele em cima de mim, foi limpando ele, e eu com ele no colo o tempo todo. [...] Porque tem lugar que assim que nasce leva logo para incubadora ou qualquer lugar assim. Aqui não, foi e me deu logo, eu segurei e tive o primeiro contato assim... muito bom! (E: Maria)

O fato de ser implantada essa prática do contato precoce favoreceu à mulher desenvolver o amor próprio e o do seu conceito, sendo respeitada em si e aos outros pela equipe de saúde do CPN, sendo, portanto, considerada uma prática dignificante.

Vale a pena destacar, com a fala dessa mulher, que em algumas instituições de saúde essa prática do contato precoce pele a pele não é rotina. Assim, a criança nasce e, muitas vezes, vai direto para a incubadora. O uso dessa incubadora visa manter e/ou regular a temperatura corpórea do bebê. No entanto, um estudo randomizado já provou desde a década de 90 do século XX que o contato pele a pele é tão efetivo quanto à incubadora quando se quer aquecer um RN hipotérmico (CHRISTENSSON *et al*, 1998).

Para que o contato pele a pele seja efetivo e reflita em um bom regulador térmico, o RN desnudo deve ir direto para o colo descoberto da mãe. As costas do bebê e o abdome e tórax da mãe devem ser cobertos com panos secos e aquecidos e a cabeça do mesmo deve estar protegida por um gorro ou qualquer outro pano, evitando-se assim as perdas de calor (BRASIL, 2011b).

Em algumas instituições, o RN não vai para incubadora, mas também não vai para o colo desnudo da mãe, ou seja, a criança é colocada em cima do tórax da genitora vestida com uma roupa, ou então, a criança é enrolada em panos, não sendo permitido o contato pele a pele. Resultados de uma pesquisa realizada em um centro obstétrico hospitalar evidenciaram que o uso dessa prática, tão benéfica para a mãe e o conceito, está aquém da desejada (CHAIBEN *et al*, 2013).

Dentre as crianças que nasceram e foram para o colo da mãe antes que os primeiros cuidados fossem inicializados, 60,6% dos RN foram para o colo da mãe sobre a sua roupa e apenas 15,4% foram beneficiados com o contato pele a pele (CHAIBEN *et al*, 2013). Esse dado é bastante diferente do encontrado nesse estudo, em que 100% das mulheres estudadas do CPN relataram que foram estimuladas a utilizarem essa prática.

Por outro lado, o uso dessa prática esteve, de modo geral, positivamente ligado à prática de cortar o cordão umbilical. Uma mulher relatou que, como estava sem acompanhante, ela mesma cortou o cordão, tornando o momento da experiência do contato precoce e o corte do cordão, ainda mais emocionante.

Eu não sei nem explicar para você a experiência porque é inexplicável, é emocionante. Eu cortei o cordão umbilical dela. (E: Yasmin)

O corte do cordão por um acompanhante também foi lembrado e relatado por outra mulher quando ela estava falando sobre a experiência do contato precoce pele a pele.

Ah! Para mim foi maravilhoso, ter ela no meu colo, sentindo... Foi perfeito! E o meu marido cortou o umbiguinho. Foi tão lindo! (E: Inara)

Portanto, essas experiências consideradas positivas ficam marcadas na memória das mulheres e refletem em um bom desfecho do parto, fazendo com que elas tenham os seus traumas reduzidos e favorecendo uma maior segurança para a vivência de partos posteriores.

É importante considerar que cada mulher reage de uma forma a determinadas práticas. Quando avaliamos a prática do contato cutâneo precoce, foi observado que das 30 mulheres entrevistadas, cinco não gostaram dessa experiência.

Enquanto umas viram o corte do cordão, no momento do contato precoce, como sendo extremamente emocionante, uma mulher não gostou dessa experiência do contato pele a pele devido ao fato de a criança ainda estar, justamente, como o cordão umbilical ligado à sua placenta, como pode ser observado no discurso abaixo:

Eu não gostei não! Estava com o cordão umbilical e eu fiquei muito assustada e ficava gritando:- tira ele daqui! Eu não estava conseguindo segurar ele. [...] Ai depois que tirou ele, que limpou e tudo, ai eu peguei ele. (E: Larissa)

Em outra situação, o contato com a criança imediatamente após o seu nascimento, antes mesmo de limpar, causou mal estar em duas mulheres que referiram não ter gostado desse contato imediato e uma mulher referiu pouca satisfação devido a essa mesma situação.

Eu fiquei com nojo, sei lá... Porque estava toda “melequenta” em cima de mim. Eu fiquei até com medo de pegar. [...] Porque a outra quando nasceu não veio logo para a minha mão. Eles me mostraram e ai foram limpar, foram dar banho. Então achei diferente. (E: Marilda)

Ele estava todo enrugado, a pele quente, aquele negócio “melequento” e eu fiquei assim meio... só segurei mesmo, depois que ela enrolou. Mas o contato com a pele é quente, uma coisa estranha, muito nojento sabe? (E: Marta)

Ela botou em cima de mim assim que nasceu [...] Ah eu não gostei muito não, porque ele estava muito sujo. (E: Augusta)

Vale destacar que as entrevistadas “Larissa” e “Augusta”, não aceitaram ter o contato pele a pele com a criança de imediato, mesmo sendo estimuladas pela equipe de saúde, sendo necessário que a criança fosse limpa e enrolada para depois ir para o seu colo, ou que cortasse o cordão primeiro.

Outras mulheres comentaram sobre o fato de a criança não estar limpa, mas isso não foi impeditivo para que o contato pele a pele ocorresse, conforme relatos abaixo:

Antes de ter filho eu dizia: Deus é mais quando eu tiver filho eu beijar ele todo “melequento”, todo sujo eu não beijo não. Mas, na hora... na hora a emoção é tão grande que a pessoa beija. (E: Rebeca)

Ah uma delicia [risos], apesar de que ela estava toda melada foi gostoso. (E: Rosana)

Independente do caso, o contato precoce pele a pele se deu dentro da primeira hora de nascimento, segundo as depoentes, e elas puderam ter autonomia para rejeitar essa prática no momento que considerou inoportuna. Além disso, as mulheres puderam participar da discussão sobre o melhor momento para iniciá-la. Quando essa prática não ocorreu logo após o nascimento, na minoria dos casos, o início geralmente foi após a criança ter sido limpa, conforme os relatos apresentados.

Em algumas situações a vivência do trabalho de parto é muito negativa para algumas mulheres, pois, por exemplo, a dor exacerbada faz com que elas possam apresentar mudanças comportamentais e emocionais, o que as levam a se isolar da (o) acompanhante, da equipe de saúde ou até mesmo do conceito.

Eu ainda estava retada da vida por causa da dor, eu olhei assim... Eu fiquei emocionada na hora, mas eu preferi ficar com a minha dor, dormir um pouquinho sozinha, com a cara fechada. [...] As pessoas falando e eu calada. Só balançava a cabeça. Se sim ou se não, só a cabeça que balançava. (E: Beatriz)

As mulheres devem ter o seu direito de recusar qualquer procedimento respeitado, ainda que essa prática represente benefícios à mãe e ao bebê, não pode ser imposta. A entrevistada deveria ter sido estimulada a desabafar sobre os seus sentimentos, dúvidas e/ou anseios visando que a experiência do parto atual não reflita negativamente em experiências parturitivas futuras.

Independente de a mulher aceitar ou não a prática do contato precoce pele a pele, o uso dessa de forma consentida acarreta em muitos benefícios para a mãe e para o bebê, conforme já discutido anteriormente, sendo de fundamental importância para que o RN tenha uma amamentação eficaz, pois esse contato melhora a efetividade da primeira mamada e também reduz o tempo para obter uma sucção efetiva pelo lactente (BRASIL, 2011b).

A primeira hora de nascimento é o momento ideal para que a criança inicie a amamentação, pois nesse momento o RN saudável está com o reflexo da sucção ativo (BRASIL, 2003), salvo em casos em que a amamentação está contraindicada. Uma entrevistada confirmou essa informação:

[...] Porque os meus outros filhos, eles mamaram depois de uma hora, todos os dois. Esse [último filho] foi logo de primeira, com menos de uma hora, porque a sugação dele foi melhor do que os outros dois. (E: Augusta)

Os benefícios da amamentação dentro desse espaço de tempo já foram comprovados e os resultados, em curto prazo, para o lactente envolvem a prevenção da morbimortalidade neonatal; e a associação do aleitamento materno logo após o parto, com a maior duração da



amamentação. Já para a mãe, os resultados evidenciam o estímulo da liberação da ocitocina, provocando a contração uterina e o efeito protetor nos transtornos psicológicos maternos (BRASIL, 2011b).

Para que ocorra a prática da amamentação na primeira hora, a mãe deve ter a oportunidade do contato pele a pele para que a criança possa mamar, sempre que possível (BRASIL, 2003). Cabe a equipe de saúde estimular a amamentação logo após o parto. Entretanto, na maioria dos serviços de saúde essa prática ainda não está completamente implementada. Resultados de uma pesquisa em centro obstétrico evidenciaram que esse estímulo foi de 23,2% imediatamente após o parto, esse valor aumentou após o RN ter recebido os primeiros cuidados, passando para 57,9% (CHAIBEN *et al*, 2013).

Outra pesquisa realizada em hospital evidenciou que apenas 18% referiram ter amamentado o bebê na sala de parto, sendo que o principal motivo para esse baixo índice foi devido a equipe de saúde não ter oferecido ou estimulado essa prática (FIGUEIREDO *et al*, 2013). Nesse estudo as mulheres do CPN foram 100% estimuladas a amamentarem na 1ª hora, sendo caracterizada como uma ação dignificante devido a essa relação benéfica entre o serviço de saúde e a usuária, o que é considerado uma situação privilegiada do CPN.

Apenas 5 mulheres não amamentaram, sendo, portanto, 25 as que conseguiram amamentar dentro da primeira hora de nascimento. As primíparas foram as que mais se preocuparam com a importância do aleitamento materno precoce e referiram sentimentos positivos sobre essa experiência, bem como as dificuldades encontradas, conforme relatos:

Você sente quando está com ele no colo que aquela criança é sua, uma coisa que saiu de dentro de você. Você sente muito bem, muito feliz. (E: Maria)

É inexplicável viu. É uma coisa muito boa, uma sensação diferente. Uma sensação que eu não tenho nem como descrever na verdade. (E: Carla)

[...] o meu bico estava fechado ainda, contido assim, sabe? Depois de exercício com ele, aí pegou. Mas eu fiquei preocupada, pois eu queria amamentar. (E: Priscila)

Ela pegou direitinho. Parecia que ela estava ouvindo o que eu estava falando com ela: - tem que pegar assim, assim... (E: Manuela)

As demais mulheres, que já haviam passado pela experiência do aleitamento, de modo geral, não referiram preocupações e/ou dificuldades e nem sentimentos positivos ou negativos sobre essa prática, visto que essa não era novidade para elas. Assim, as não primíparas contentaram-se em relatar apenas sobre se a criança pegou ou não corretamente o peito durante a amamentação, conforme relato:

Pegou, até porque também o meu peito já estava acostumado, dois filhos. (E: Inara)

Uma dor só no bico do peito, mas tranquilo. Ela pegou. (E: Verena)

Logo, independente da visão de primíparas ou não, o contato pele a pele precocemente e a amamentação na primeira hora têm íntima relação e essa associação é muito benéfica para ambos, devendo continuar sendo estimulada pela equipe de saúde do CPN.

Dentre as mulheres que informaram não ter amamentado a criança na primeira hora de nascimento, apontaram os seguintes motivos: a criança não conseguiu pegar a mama; a mesma precisou de fototerapia; a mãe não quis amamentar enquanto se realizava a sutura de laceração. Uma mulher não soube informar o motivo.

Tomou banho de luz e demorou um pouquinho para amamentar. (E: Marilda)

Elas queriam me dar para eu dar mama a ela, mas só que eu fiquei em um desespero tão grande que eu fiquei morrendo de medo de tomar ponto, foi ai que eu fiz um barraco aqui nessa maternidade. [...] Eu que não quis mesmo amamentar. Ai depois disso ai, que costuraram, eu tomei banho, fiquei limpinha, tudo direitinho, ai foi ai que eu fui amamentar ela. (E: Yasmin)

Convém destacar que no caso em que as crianças não conseguiram pegar a mama, as respectivas genitoras reagiram de formas diferentes. Uma insistiu para que a mesma conseguisse amamentar, mas não obteve êxito. A outra mãe não tentou estimular a criança o que foi conveniente, já que essa mãe estava muito cansada pós-parto e preferiu descansar primeiro.

Porque ela não pegou de jeito nenhum. Tentei, mas não consegui. Espremia e nada [...] mas depois ela pegou. (E: Tamires)

Ela mamou depois, ela não quis mamar não. [...] Eu não tentei não porque eu ainda estava meio arrasada ai eu deitei um pouquinho e depois ela mamou. (E: Carolina)

É importante relatar que dentre as mães que amamentaram na primeira hora, uma referiu não ter gostado muito dessa experiência, pois assim como “Yasmin”, enquanto se realizava uma intervenção na mulher, essa era estimulada a amamentar a criança ao mesmo tempo, mesmo que a ela estivesse incomodada e sentindo dor. No entanto, diferentemente da outra entrevistada, essa aceitou amamentar, embora a contragosto. Vide relato a seguir:

Eu queria que esperasse mais um pouquinho, terminar de costurar... porque foi tudo ao mesmo tempo, ai incomoda um pouquinho, porque dói. (E: Mariana)

Embora a OMS considere essa prática como sendo do grupo A e que, portanto, os seus benefícios são claramente observados, o estímulo a essa e a outras práticas devem ser avaliadas caso a caso. Deve haver bom senso por parte das (dos) profissionais de saúde para realizar a implementação dessas, e a opinião das mulheres também devem ser levadas em conta.

De acordo com os depoimentos, foi evidenciado que a assistência prestada às entrevistadas “Mariana” e “Yasmin” fez com que as mesmas não tivessem a autonomia de decidir sobre o momento de iniciar o aleitamento materno ao RN, nem tampouco puderam participar dos processos decisórios.

Foi uma enfermeira que fez a sutura de laceração de “Mariana”. Essa mulher era secundípara e, portanto, tinha experiência em partos anteriores e tomou a decisão de se calar, mesmo diante da dor que estava sentindo. Ressalta-se que muitas mulheres têm dificuldades de assumir um papel participativo em função da cultura de subordinação a que sempre foram submetidas (NASCIMENTO *et al*, 2010). Emerge dessa situação que muitas mulheres precisam ser conscientizadas a lutar pelos seus direitos para poder reivindicar um melhor cuidado.

Quanto à “Yasmin”, não foi possível identificar quem fez a sutura, se foi uma médica ou uma enfermeira. Sabe-se que o parto foi auxiliado por enfermeira, mas nem sempre no CPN as intervenções são realizadas pela mesma profissional. Entretanto, independente da identificação, a mulher era primípara, sem experiência prévia de parto ou de sutura perineal e essa experiência pode acarretar consequências negativas em possível vivência parturitiva futura, devido à memória do desgaste sofrido.

Essas situações são exemplos de um cuidado desumanizado e de uma ausência de ação dignificante de enfermagem em que não houve a valorização da comunicação, e nem tampouco foi favorecido a autonomia e a participação dessas mulheres. A OMS valoriza o aleitamento materno na primeira hora do nascimento, mas pode-se inferir que houve uma imposição dessa prática, pois não foi levada em consideração as suas opiniões. A violência do corpo da mulher e a invasão são ações que revelam atitudes autoritárias das profissionais de saúde, além disso, ao impossibilitar o espaço do parto para a palavra, a enfermeira deu ênfase ao silêncio e a ausência do diálogo (BUSANELLO *et al*, 2011).

Desta forma, a assistência de enfermagem quando orientada por indicadores de gênero permite revelar, em muitos serviços de saúde, uma atitude autoritária, descompromissada e descontextualizada no tocante ao atendimento às mulheres, implicados nos direitos de cidadãs (NASCIMENTO, 2002).

A Portaria de nº 371 de 07 de maio de 2014, atualiza as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS. Foi apontado que o profissional médico ou de enfermagem deverá exercitar as boas práticas, ou seja, as práticas baseadas em evidências científicas, na atenção humanizada ao recém-nascido, além de assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, exceto em situações em que for contra-indicado, bem como, o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas (BRASIL, 2014b).

Com ampla divulgação das práticas baseadas em evidências científicas há o risco de ocorrer a imposição dessas práticas por profissionais de saúde, o que deixaria de ser benéfico para a mulher e conseqüentemente para o conceito, tornando o cuidado a ambos desumanizado e refletindo o modelo biomédico de assistência, essencialmente técnico. A humanização do nascimento deve englobar vários sentidos, merecendo destaque a escuta sensível, o acolhimento e o respeito, de forma a minimizar os danos e maximizar os benefícios (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

No caso de uma sutura de laceração ou uma episiorrafia, por exemplo, essas situações não poderiam ser postergadas para uma hora após o nascimento, pois acarretaria grande risco às mulheres. Logo, nessas situações, a prática da amamentação de imediato ou o contato cutâneo precoce é que deveriam ser postergados até o fim do procedimento, se assim elas desejarem, respeitando-se o seus direitos de escolha.

As relações entre usuária-profissional algumas vezes tiram da mulher o tão almejado protagonismo na parturição. Em algumas situações as (os) profissionais impõem às mulheres uma postura de mulher forte e feita para parir (GONÇALVES *et al*, 2011). Ademais, a postura rígida de membros da equipe de saúde, que visa apenas o tecnicismo do modelo biomédico, impede que as (os) profissionais façam uma reflexão crítica para saber o que seria melhor para as mulheres. Muitas vezes essa postura as (os) tornam incapazes de pedir a opinião dessas no momento da realização de práticas ou intervenções.

Assim, a atenção qualificada e humanizada à mulher em processo parturitivo é um direito indispensável para que ela possa exercer a maternidade com segurança. O conceito de humanização do parto pode ser bastante diversificado, entretanto é um movimento de valorização do protagonismo da mulher.

O corpo das mulheres há décadas vem sendo objeto de manipulação e controle por parte dos (as) profissionais de saúde, de modo especial pelo profissional médico (a) que detém o poder de escolha do que é melhor para elas. Muitas vezes esse (a) profissional utiliza de condutas agressivas e discriminatórias na assistência das mesmas, não respeitando à condição

de pessoa e nem a autonomia das próprias mulheres de decidirem sobre aspectos da própria saúde.

O modelo de assistência ao parto e nascimento, hegemônico, é tecnocrático e permeado por intervenções desnecessárias. De acordo com Maia (2010), nesse modelo tecnocrático, tanto para as mulheres do setor público ou do privado, existem apenas duas alternativas para as parturientes: ou um parto vaginal traumático, rico em intervenções de rotina e desnecessárias; ou uma cesárea. Neste caso, o parto cirúrgico e hospitalar seria uma diferenciação social e de modernidade, seguro e com ausência de dor.

Atualmente, no Brasil, muitos serviços oferecidos pelo SUS estão melhorando a assistência à saúde das mulheres, principalmente depois do Programa de Humanização do Parto e Nascimento e da divulgação das boas práticas. Porém, ainda há muitos serviços que são pouco apoiados em evidências científicas e inseguros para as mulheres (DINIZ, 2009). As intervenções utilizadas no processo parturitivo e o pouco controle do SUS nas práticas utilizadas rotineiramente de forma prejudicial, acabam por mascarar a realidade da atenção obstétrica. Além disso, a qualidade da assistência nem sempre é medida pela opinião das mulheres e sim pelo resultado final da prática intervencionista.

A OMS considera que as intervenções podem estar presentes nos grupo B e/ou D. Sendo o grupo B as práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas e o grupo D, as práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996). São exemplos de intervenções: a episiotomia/episiotomia, o uso de medicações durante o trabalho de parto, a realização da manobra de Kristeller, o uso de enema, e a realização do exame de toque vaginal repetitivo.

A episiotomia é um procedimento que quando utilizado de forma liberal e rotineira (na maioria das situações) é considerado como uma prática do grupo D. Porém o seu uso rotineiro não resulta em benefícios para a mãe e nem para o bebê. Ao contrário, está mais associado aos maiores coeficientes de traumatismo ao períneo e a menor taxa de mulheres com períneo íntegro (OMS, 1996). Por outro lado, o seu uso restrito apresenta menor risco de trauma de períneo posterior, menor necessidade de sutura e de complicações no processo de cicatrização (CARROLI; MIGNINI, 2009).

O uso da episiotomia, ainda que a evolução do parto ocorra normalmente, englobam três boas e aceitáveis indicações: sinais de sofrimento fetal; progressão do parto insuficiente; e a ameaça por laceração de 3º grau (incluindo aí uma laceração de terceiro grau em parto anterior) (BRASIL, 2003; OMS, 1996). Há alguns fatores que aumentam o risco da episiotomia ocorrer como é o caso da nuliparidade (mulheres sem história de parto vaginal

têm três vezes mais chances), prematuridade e a vitalidade reduzida do concepto (RIESCO *et al*, 2011).

No Brasil, apesar da evidência científica, o uso desse procedimento é rotineiro. Mesmo não existindo evidências suficientes que apoiem o uso de rotina como tendo efeito benéfico, há evidências claras de que podem causar danos (OMS, 1996). Esse procedimento não atenta apenas contra os direitos de pessoa, de forma arbitrária e não comunicada à mulher, mas também contra a sua integridade física.

O Ministério da Saúde não preconiza um número aceitável de episiotomia no parto, mas recomenda cautela e utilização restrita sobre esse procedimento por parte da equipe de saúde. Muitas vezes o dano que essa prática rotineira causa nas mulheres é invisibilizado, pois está associado ao parto em si, a um dano “natural” do processo fisiológico e não devido às intervenções (DINIZ, 2009). Assim, o dano iatrogênico passa a fazer parte como sendo “natural” na cena de parto.

Quando se avaliam as regiões do Brasil e as taxas desse procedimento, nas regiões sudeste, centro-oeste e sul se encontram os maiores coeficientes de episiotomia, correspondendo a 80,3%, 78,8% e 78,5%, respectivamente. Já nas regiões norte e nordeste, as taxas foram menores: 54,8% e 65,5%, respectivamente. As regiões com maior frequência de realização da episiotomia revelam o uso liberal dessa prática e também a predominância do modelo intervencionista na condução do parto normal nesse país (BRASIL, 2008).

Dados de uma pesquisa evidenciaram que essa prática foi indicada por 100% das (os) profissionais nos partos, conforme pesquisa realizada em uma instituição hospitalar (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). Outra pesquisa, também em ambiente hospitalar, identificou um percentual elevado de episiotomia que foi em torno de 90% (SANTOS *et al*, 2008). Esses dados evidenciam a apropriação médica dos corpos femininos como sendo objetos do seu saber.

Estudos informam que os menores índices dessa intervenção ocorrem em Centros de Parto e nos domicílios, e o Canadá e a Suécia representam os países que apresentam as menores taxas do mundo, correspondendo a 3,8% no Canadá e 7,8% na Suécia, ficando atrás da Alemanha (15,7%) e dos Estados Unidos (17,6%) (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Em um CPN de São Paulo a taxa de episiotomia foi de 25,7% (LOBO *et al*, 2010), valor bem diferente de outro centro, também de São Paulo, que foi de 64,9% (MAMEDE *et al*, 2007). Em contrapartida, em CPN do Rio de Janeiro a taxa foi de apenas 3,9% dos partos (PEREIRA *et al*, 2012). Esse dado corrobora com o encontrado no CPN estudado de Salvador que foi de 3,3% (1 mulher).

Na única situação em que a episiotomia foi realizada, a mulher entrevistada relatou que a criança estava com prolapso de cordão e que os batimentos cardíaco-fetais estavam diminuídos, caracterizando um sinal de sofrimento fetal que é uma indicação plausível para justificar a sua realização.

Precisou cortar [episiotomia] porque ela estava enrolada. [...] porque quando ela viu, quando eu estava aqui de cócoras, ela sempre estava olhando o coraçãozinho da criança e estava vendo que estava diminuindo e tal, aí estavam pensando que estava acontecendo alguma coisa, elas perceberam [...] Eu fazia força e doía bastante. Aí quando eu vi, eu acho que foi porque ela estava enrolada com três voltas no pescoço. (E: Roberta)

Como observado, no CPN estudado, a episiotomia relatada pela puérpera foi utilizada de forma restrita e isso demonstra que o cuidado a essa mulher foi baseado nas evidências, entretanto, esse procedimento não deixa de ser intervencionista, devendo, portanto, continuar sendo evitado e o seu uso deve ser bem justificado. A episiotomia não se traduz na autonomia e nem na participação das mulheres, mas como o seu uso foi restrito, dignificou a assistência de enfermagem.

Durante o trabalho de parto/parto, algumas mulheres podem necessitar fazer uso de alguma medicação para aliviar os sintomas como náusea, êmese e dor. Embora as pesquisas demonstrem que são mais indicados os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, existem situações que necessitam de medicações para a analgesia como é o caso dos anestésicos que antecedem uma episiotomia, por exemplo. Entretanto, em um parto normal, fisiológico, quanto menos intervenções melhor.

Nessa pesquisa, oito mulheres informaram ter feito uso de medicações durante o trabalho de parto, dentre as medicações: uma mulher (3,3%) fez uso um anti-hemético, outra usou um anestésico pré episiotomia (3,3%) e seis mulheres (20%) fizeram o uso de ocitocina.

A mulher que referiu ter tomado o anti-hemético justificou o seguinte:

Eu só tomei o Plasil, porque eu estava enjoada, vomitando [...] eles [profissionais de saúde] que me deram durante o trabalho de parto. (E: Rosana)

Em outras situações, o uso de anestésico antes de um procedimento como a episiotomia torna-se necessário, conforme relatado por uma depoente:

[...] aí quando elas viram a posição melhor, elas já estavam preparadas com tudo na hora para dar logo a indução [anestésico] para ajudar no corte [episiotomia], porque senão eu não ia ter passagem sozinha. (E: Roberta)

Em outras situações o uso da ocitocina foi indicado. Entretanto, esse uso também deve ser utilizado com cautela, pois administrar os ocitócicos em qualquer momento antes do parto, sem controle sobre os seus efeitos é considerada uma prática claramente prejudicial e deve ser eliminada, sendo considerada dentro do grupo B. Já quando o ocitócico é utilizado para corrigir a dinâmica uterina, a prática é frequentemente utilizada de modo inadequado, neste caso está presente no grupo D (OMS, 1996).

O uso rotineiro da ocitocina, além de interferir no curso natural do processo parturitivo, pode restringir os movimentos da mulher e o seu uso pode estar relacionado a um trabalho de parto mais doloroso (SCHNECK; RIESCO, 2006). Além disso, as parturientes podem ser acometidas com hiperestimulação uterina, podendo provocar rotura, bem como taquissístolia (CARVALHO *et al*, 2010).

O uso de ocitócicos é um procedimento ainda utilizado de forma rotineira em muitos hospitais. Pesquisa realizada em ambiente hospitalar verificou que 85% das parturientes utilizaram alguma medicação na fase ativa do trabalho de parto e a ocitocina foi a mais utilizada (em 81% dos casos) (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009). Resultado menor foi observado em Centros de Parto, onde foi encontrada uma taxa de 67,5% (MAMEDE *et al*, 2007), 44,5% (SCHNECK; RIESCO, 2006) e 23,5% (LOBO *et al*, 2010). Esse último valor se assemelha ao encontrado nesse estudo que foi de 20%.

De modo geral, a ocitocina é utilizada para induzir o parto. Normalmente ela é utilizada em conjunto com a amniotomia que é a ruptura natural ou artificial das membranas, e essa combinação é normalmente chamada de manejo ativo do trabalho de parto (OMS, 1996). Deve-se levar em consideração o momento certo para se manejar o parto, pois na primeira fase do trabalho de parto, por exemplo, uma avaliação do efeito da deambulação e da ruptura da bolsa amniótica, associado ao uso de ocitócico, não se observou significância em relação à duração dessa fase, ou seja, não reduziu a duração da primeira fase do trabalho de parto (MAMEDE *et al*, 2007).

Quanto às mulheres deste estudo, ao questionar sobre se usaram alguma medicação durante o trabalho de parto, 6 entrevistadas referiram claramente ter feito o uso de ocitocina. Entretanto, não foi possível definir a fase do parto em que o seu uso ocorreu.

De modo geral, o uso estava associado a um trabalho de parto prolongado ou a uma parada da evolução no trabalho de parto, conforme relato abaixo:

[...] quando foi umas 21:30, a médica me examinou, a dilatação continuava a mesma, mas as contrações muito fortes, ai ela resolveu induzir, fazer a ocitocina, ai depois, duas horas depois eu tive neném.  
(E: Inara)



Essa entrevistada referiu ter chegado ao CPN às 15:00, com dilatação de 3cm e foi orientada a dar uma volta e retornar depois para nova avaliação. As 18:00 retornou e ao realizar o exame percebeu que permanecia com 3 cm de dilatação, mas as contrações estavam mais fortes. As 21:30, a dilatação continuava a mesma e as contrações mais fortes ainda. Então a profissional resolveu induzir o parto e a criança nasceu às 23:30. Não se sabe desde quando se iniciou as contrações da mulher em sua residência, mas observa-se que foi um trabalho de parto que apresentou uma parada da evolução, necessitando de intervenção com ocitocina.

A indução do parto é aceitável desde que exista uma indicação contundente para o seu uso. Não se deve induzir um parto apenas por conveniência de profissionais de saúde ou parturientes com o objetivo apenas de encurtar o trabalho de parto (BRASIL, 2003). Em alguns Centros de Parto, o fato de haver necessidade de acelerar o trabalho de parto é considerado um motivo para se transferir a paciente para um local onde ela possa realizar uma cesárea, se houver necessidade. (SCHNECK *et al*, 2012).

Essa situação levou uma entrevistada a criticar o cuidado recebido por profissionais de saúde no CPN do estudo, devido ao fato de não ter recebido o “soro” com ocitócico para acelerar o parto.

Ah! Eu achei muito seco, o parto muito seco! Porque como eu tive a minha menina me botaram no soro para ser mais rápido. [...] Para acelerar, porque eu fui sem dor. Ai eu cheguei lá [na maternidade X], me botaram no soro e foi rapidinho para mim. Ai “panhou” de dor [doeu bastante] rápido e saiu. E aqui demorou, demorou e eu sentindo dor e elas fazendo exame, exame e não estava na hora ainda. [...] Eu acho que o parto seco tem que ser na nossa casa mesmo que não tem jeito, nasceu ali, mas no hospital [referindo-se ao CPN] eu acho que deveria ter mais um cuidadinho. (E: Marilda)

De acordo com o relato dessa entrevistada, podemos observar que muitas mulheres estão arraigadas no modelo biomédico, medicalizado e intervencionista. Devido a isso, muitas delas preferem sentir mais dor e correr riscos com o uso de ocitócicos, em troca de um trabalho de parto mais abreviado. Nessas situações é que esse modelo de assistência segue perpetuando-se, pois mesmo não sendo seguro para a mulher, as intervenções iatrogênicas caem na conveniência de profissionais e de muitas mulheres.

Quanto ao exame vaginal, é essencial para a avaliação do início e da progressão do trabalho de parto e deve ser realizado por profissionais de saúde treinados. No caso de observar uma diminuição na frequência das contrações, presença de tampão mucoso e o uso

antes de analgesia ou de ocitócicos, há indicação expressa da realização do toque vaginal. (OMS, 1996). Dessa forma, assim como é relevante o controle da dinâmica uterina e a ausculta do batimento cardíaco-fetal, o exame vaginal, também conhecido como toque vaginal, é muito importante na atenção ao parto normal (SCHNECK; RIESCO, 2006).

É interessante que a parturiente seja acompanhada pela (o) mesma (o) profissional durante todo o trabalho de parto e parto com vistas a manter um vínculo de confiança entre essa (e) e a mulher, evitando-se assim técnicas sucessivas desnecessárias e desgastantes para a mesma, como o toque cérvico-vaginal de repetição. Esses exames repetidos ou frequentes, realizados por mais de um profissional de saúde é uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado, presente no grupo D (OMS, 1996).

No Brasil não existe um padrão limitando a quantidade de toques e nem a frequência desses exames. Entretanto a OMS considera que o número desses deve ser limitado ao extremamente indispensável. Os resultados desse estudo evidenciaram que o número de toques vaginais variaram de 1 a 5, sendo que a maior parte das mulheres, em número de 11, receberam 2 toques. Esses exames, de modo geral, não foram realizados por profissionais diferentes.

Uma mulher pode passar horas em trabalho de parto ativo. Como o trabalho da equipe de saúde ocorre continuamente, sem intervalo, pode ocorrer de uma mulher passar por exames vaginais realizados por diferentes profissionais, devido ao horário da troca da equipe de plantão. O tempo da admissão até a ocorrência do parto variou entre 1 a 6 horas para 22 mulheres, entre 6 a 12 horas para 5 e mais de 12 horas para 2 mulheres. Uma mulher referiu-se ter demorado apenas 5 minutos, pois foi admitida no período expulsivo. Portanto, pode se dizer que à medida que aumenta o tempo do trabalho de parto, proporcionalmente aumenta a frequência dos toques vaginais.

Esse procedimento é considerado para muitas mulheres como sendo um exame incômodo e doloroso, conforme relato de uma entrevistada: “[...] porque o meu medo não era parir, era o exame de toque que incomodava” (E: “Larissa”). Independente da periodicidade dos exames e das (os) profissionais envolvidas (os), as mulheres têm o direito de recusar esse procedimento. Ademais, profissionais de saúde tanto de hospitais, quanto de Centros de Parto devem orientá-las quanto a técnica e a motivação para a realização dessa intervenção, na tentativa de diminuir medos e sanar dúvidas que porventura possam surgir, tornando-as seguras para a vivência do parto.

Além da realização do toque vaginal, muitas vezes utilizado repetidamente e por profissionais diferentes, em muitas instituições de saúde é comum a prática de se fazer uma

pressão no fundo do útero com a intenção de acelerar o parto durante o período expulsivo o que é conhecido como Manobra de Kristeller. Porém não há evidência suficiente que apoie o seu uso, necessitando ser utilizada com cautela (OMS, 1996).

O uso dessa manobra faz com que a parturiente chegue ao final do processo desgastada, mediante os esforços repetitivos durante a fase ativa do trabalho de parto, acelerando o nascimento e reduzindo o contato da mulher com a fisiologia do nascimento (SANTOS; PEREIRA, 2012). Algumas mulheres têm conhecimento sobre esse procedimento e são contra essa intervenção desnecessária no processo natural do parto, como relatado pela entrevistada:

Primeiro que eu vejo o que as pessoas hoje estão falando que muitas das vezes as mulheres são induzidas de uma forma mais violenta a parir mais rápido, mesmo que seja normal. O médico aperta a sua barriga, ele fica naquela pressão, naquela agonia toda. Então eu fui super tranquila. Eu senti a minha dor, mas pelo menos Ana Luiza nasceu no tempo dela. (E: Vanusa)

Porém, outras mulheres acreditam que todos os procedimentos utilizados nos serviços de saúde são necessários e indispensáveis, mesmo que algumas práticas rotineiras estejam contra-indicadas (VELHO *et al*, 2012). Parece que algumas têm medo de vivenciar o parto e acreditam não serem capazes de se responsabilizar pelo nascimento sozinhas, colocando-se em uma posição de passividade em relação ao poder da equipe de saúde.

Eu não estava tendo mais força, aí ela me ajudou [referindo-se à manobra de Kristeller]. A minha salvação foi essa. Porque gente eu não tinha mais força para nada, estava cansada. (E: Vanessa)

Somente uma mulher entrevistada relatou ter recebido uma pressão no abdome com o intuito de se chegar logo ao nascimento. Muitas vezes a dor no parto ou desconforto é justificada por iatrogenia e por práticas utilizadas desnecessariamente, como a episiotomia e a episiorrafia, o uso de ocitocina artificial, a manobra de Kristeller, dentre outras (DINIZ, 2005). Nesse contexto, as mulheres devem ser orientadas a lutar pela preservação da sua integridade corporal, na medida do possível, ainda que possa existir dor ou desconforto durante o processo parturitivo.

Assim como as outras intervenções, citadas anteriormente, o enema, ou também chamado de enteroclisma, ainda continua sendo utilizado nos serviços de saúde. Os benefícios quanto ao seu uso estão associados à facilidade para a descida do feto e a influência positiva sobre a contração uterina (BRASIL, 2003). Porém o uso rotineiro dessa prática é prejudicial e deve ser eliminada.

Atualmente observa-se que essa prática está entrando em desuso, talvez devido ao fato desse procedimento apresentar algum risco de lesão intestinal, além de ser constrangedor para a mulher (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). Por outro lado, nem sempre a equipe de saúde está preparada para lidar com a situação em que a mulher evacua enquanto faz força, o que pode gerar ainda mais constrangimento (BRASIL, 2003).

Em uma pesquisa realizada em um hospital, 17% dos profissionais relataram que indicam o enema em todos os partos, entretanto apenas 3% das puérperas informaram ter realizado essa prática (SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009). Já em outra pesquisa, também no ambiente hospitalar, foi evidenciado que o emprego do enema no pré-parto está em desuso na Unidade, pois apenas um profissional (4,34%) informou que essa prática é realizada como rotina (CARVALHO *et al*, 2010).

No estudo do CPN de Salvador não houve informação de que em alguma mulher tenha utilizado o enteroclima. Essa informação demonstra que o CPN está seguindo as recomendações propostas pelo Ministério da Saúde quanto ao uso restrito dessa prática.

Portanto, de acordo com o uso de todas essas práticas intervencionistas citadas, a exceção do enema, que não foi utilizado, tornou-se possível perceber que, embora o uso dessas práticas tenha sido restrito e com base nas evidências, o que foi considerado um fator positivo, por promover a dignificação das mulheres, muitas vezes não representou a autonomia das mesmas e nem a participação.

Desta forma, as depoentes não participaram dos processos decisórios quanto a implementação das intervenções e muitas vezes não receberam informações suficientes sobre os malefícios da utilização de algumas práticas de forma rotineira, como o uso da ocitocina, o que gerou em uma mulher a insatisfação com a assistência recebida no CPN, por não ter utilizado esse medicamento para acelerar o parto, conforme relatou: “Eu achei muito seco [o parto]. Se eu engravidasse de novo aqui eu não teria não!” (E: “Marilda”)

Assim, devido a experiência parturitiva anterior, a mesma tinha em mente que a ocitocina de uso rotineiro era uma coisa boa; e ao ser admitida no Centro parece que ela não foi ouvida sobre os anseios e expectativas acerca do seu parto. Assim sendo, alguns temas deixaram de ser desmistificados, não promovendo a ela a oportunidade de participar do planejamento das suas práticas de cuidado. Ademais, quando não se tem acesso às informações, as mulheres não exercem o direito de decidir conscientemente, levando-as a uma vivência passiva do trabalho de parto/parto sem autonomia.

### 4.3 A AUTONOMIA E A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES

A promoção da autonomia esteve relacionada à visão de mundo das mulheres, a escolha pelo tipo de parto, ao poder de escolha de ter ou não um acompanhante na cena do parto, às relações livres de coerção e ao acesso às informações. Já a participação esteve relacionada às práticas de cuidado utilizadas pelas mulheres, promovendo o seu protagonismo no parto.

#### Visão de mundo

A visão de mundo das mulheres é influenciada pelo seu próprio estilo de vida, sua religiosidade e à opinião de familiares e/ou amigas. No tocante ao estilo de vida, foi destacado o naturismo.

Eu sou vegetariana, sou assim saudável no sentido que eu não tomo remédio nenhum, não uso químicos, não uso nada e eu não queria ter a minha filha em uma clínica comum que botassem ela, que botassem coisas que eu sei que não é bom para ela. (E: Manuela)

Porque eu tenho alergia a remédio e eu ia curar as minhas dores como? E a cesárea depois... Depois que a raqui [anestesia] sai, como é que eu ia tomar remédio se eu tenho alergia? (E: Luciana)

Quando é respeitado esse direito da mulher de poder ter um parto natural, com o mínimo de intervenção possível, podendo a mesma decidir sobre o que considera ser saudável para ela e para a criança, podemos dizer que houve um processo de autonomia entre ela, usuária, em relação ao serviço de assistência à saúde.

A religiosidade também é um fator que influenciou tanto na escolha pela instituição de saúde quanto pelo tipo de parto. Como o CPN em questão faz parte de uma instituição que é espírita, as mulheres tiveram a autonomia de poder escolher o local para parir, de acordo com os seus dogmas e convicções. A religiosidade aqui destacada não visa identificar qual seria a religião das depoentes, mas de considerar que o fato de acreditarem em um Ser divino, define a sua visão de mundo e como tal deve ser respeitada.

[...] eu via o fato de ter uma instituição e como eu sou espírita e tudo, então eu vi que esse era o lugar ideal para mim. (E: Camila)

Por ser mais natural. Deus mandou a gente fazer normal. Por que vai se cortar? (E: Tatiana)

Porque eu acho que é de Deus. Eu não queria nada interrompido assim, nem muito com pressa e nem atrasado. Eu queria no tempo certo. Ai queria um parto como antigamente. (E: Priscila)

O parto natural também pode estar relacionado à religiosidade e na crença em um Deus que criou todas as coisas, como visto nas falas anteriores. Assim, houve relato de mulheres que escolherem o parto normal por ser mais natural e porque “vem de Deus”.

Ademais, a influência de familiares e amigas (os) ajuda a compor a visão de mundo delas. Merece destacar que, como a maioria das puérperas entrevistadas eram primíparas, ou seja, não tinham experiência em partos anteriores, então a escolha delas pelo tipo de parto foi influenciada por opiniões e/ou experiências de outras mulheres. Sendo comum referenciar informações recebidas principalmente por familiares.

A grande maioria das mulheres foi ao CPN diretamente após começarem a sentir os sinais/sintomas do trabalho de parto, mas a não preferência inicial por esse Centro esteve presente nos relatos de quatro mulheres. Uma dessas pariu no CPN do estudo porque ouviu comentários de terceiros de que a sua maternidade de preferência poderia não admiti-la, por ser considerada uma maternidade que atendia preferencialmente gestantes de alto risco obstétrico. Essa situação demonstra que a vinda para esse Centro de Parto não foi a sua primeira escolha, como relatado abaixo:

Eu pensei assim de ir para a maternidade nova no Pau Miúdo [...] mas só que disse que para ter lá só com parto arriscado. (E: Marilda)

O depoimento abaixo também evidencia que a parturiente não imaginava parir nesse CPN e essa situação inesperada poderia gerar na mesma uma sensação de insegurança e ansiedade e impactar negativamente no desenrolar do trabalho de parto/parto, o que não aconteceu.

Na verdade eu não tinha nem pretensão de ter o meu filho aqui. Eu tinha que ter na maternidade [x]. Só que eu não senti dor dele. Eu comecei botando uma gosma e dessa gosma a contração começou a vir muito forte e eu resolvi passar para fazer um exame só de toque. Eu já cheguei aqui parindo. [...] Então eu terminei tendo aqui, mas foi ótimo. Não tenho do que me queixar. (E: Marta)

Vale a pena destacar que essa mulher não fez o pré-natal no complexo do CPN, mas referiu-se ter feito em uma clínica conveniada com o SUS, no próprio bairro de Pau da Lima. A vontade dela era ir para uma maternidade para ter o parto e ser submetida a uma laqueadura. No entanto, a mesma relatou ter passado no CPN apenas para ser avaliada, devido estar sentindo fortes dores. Porém, já chegou em estágio avançado de trabalho de parto e acabou tendo o seu conceito ali. Contudo se sentiu satisfeita em ter tido o parto nessa instituição. Em outras duas situações as mulheres referiram ter passado por uma ou duas maternidades antes da admissão no CPN.

Eu me senti mal, quer dizer, eu estava sentindo as contrações ai eu fui para outra maternidade. Porque como eu estava próximo de lá, da casa da minha mãe, ai fui para o [maternidade x]. Cheguei na [maternidade x] ai recebi o exame de toque e me mandaram ir para casa. Ai eu não fui. Fui para outra maternidade, mas estava superlotada lá no Pau Miúdo e o atendimento também não estava legal. Ai eu peguei fui para casa, tomei o meu banho, peguei as minhas coisas e vim para aqui. (E: Verena, passou por duas maternidades)

Eu me acordei quatro horas da manhã sentindo umas colicazinhas fracas e ai eu não consegui dormir mais, e foi o dia todo assim. Ai eu fui para uma maternidade, chegou lá estava cheio. [...] ai o meu esposo me pegou e me trouxe para cá. A gente lembrou e ai veio para cá. [...] Porque lá estava mais perto e eu achei que eu não ia ter naquele dia, só para ver o porquê da dor. Ai eu só fui por causa disso. (E: Augusta, passou por uma maternidade)

“Verena” e “Augusta” fizeram o pré-natal no próprio complexo do CPN. Devido à proximidade a outras maternidades, no momento do trabalho de parto, optaram por irem buscar assistência ao parto em Unidades de Saúde diferentes da referência que seria o CPN. Essas citações acima refletem a peregrinação das mulheres no momento do parto e evidenciam que a assistência obstétrica em Salvador ainda permanece preocupante, tendo em vista a superlotação nas maternidades do SUS. Embora a admissão no Centro de Parto não tenha sido a primeira opção de escolha, a entrevistada “Verena” informou ter gostado do atendimento.

Esses quatro relatos evidenciam que, mesmo tendo parido no CPN e até sentirem satisfação com o atendimento recebido, elas não tiveram autonomia para escolher onde gostaria de ter sido realizado o parto. Mesmo com a progressiva implantação da Rede Cegonha no Brasil, o fato de ainda haver superlotação nas maternidades de Salvador, conforme relatado por depoentes, também contribui para que muitas mulheres permaneçam sendo conduzidas a atuarem passivamente no processo de parturição.

Por outro lado, o relato de uma entrevistada abaixo também revela que a mesma foi a outro CPN antes da admissão no Centro de Parto estudado, mas diferente do que ocorreu com as outras mulheres, ela teve autonomia para decidir o que queria e pôde ter o parto em um tipo de instituição que desejava. A mesma fez o pré-natal em um Posto de Saúde de Lauro de Freitas, haja vista que ela residia naquela cidade, e foi orientada por enfermeiras do posto a procurar aquela instituição.

Eu estava em casa, fui deitar. Ai ela mexeu, depois deu outro chute, ai a bolsa rompeu. Ai quando a bolsa rompeu eu fui ao banheiro, ai já estava saindo bastante líquido mesmo e começou vir as dores. Uma cólica fraca, mas de dois em dois minutos vinha aquela dor bem forte.

Ai eu fui a outro CPN [na região metropolitana de Salvador], fiz a avaliação. Já estava com 4 para 5 [de dilatação] que eles falaram lá. Que era para mim procurar uma maternidade. Ai eu ainda falei que vinha para cá. Ai eles falaram que não. Que talvez eu não ia ser internada também. Que eu tinha que procurar uma maternidade. Mas mesmo assim eu decidi vim para cá. Ai chegou aqui e já estava com 9 de dilatação. No caminho dilatou 5 cm! Ai cheguei aqui, me internaram. (E: Tatiana)

De acordo com ela, as membranas amnióticas já haviam sido rompidas espontaneamente e devido a isso, o protocolo da instituição não permitia a admissão de pacientes nessa condição. Sendo então orientada pelas enfermeiras daquele CPN a se direcionar até uma maternidade. Por fim, a mesma chegou em período expulsivo no Centro de Parto de Salvador e foi admitida.

Este caso evidencia a determinação de uma mulher que sabia o que queria e a motivação em querer parir em um CPN, por ser uma instituição plausível de se fazer um parto normal, humanizado e natural, evidenciando a visão de mundo dela. Essa mulher tinha trabalho fixo, ganhava um salário, renda familiar de quatro salários mínimos e nível de escolaridade: ensino médio completo.

Pode-se afirmar que as mulheres de classes sociais mais favorecidas, que têm acesso a fontes de informações diversas, são consideradas privilegiadas por ter como concepção a reapropriação na cena do parto e conseqüentemente a experiência de participar de forma ativa, como protagonista nesse processo (BASSO; MONTICELLI, 2010).

O respeito à visão de mundo das mulheres, de acordo com os seus princípios, convicções ou até de conhecimentos advindos do senso comum, são ações que promovem a autonomia das mulheres nas instituições de saúde. A promoção da autonomia das mulheres é o primeiro passo para se modificar o modelo de assistência obstétrica hegemônico e favorece a sua vivência ativa em todo o seu ciclo gravídico puerperal.

### A escolha pelo tipo de parto

Durante as entrevistas, foram questionadas as mulheres sobre o porquê de elas terem decidido ter o parto normal ou se, de fato, não foi opção delas. Para 27 mulheres (90%) o parto normal foi a opção de escolha.

Os motivos que justificaram a preferência da maioria das mulheres pelo parto normal basearam-se, principalmente, à rápida recuperação, ao retorno precoce da mobilidade e às



experiências positivas em partos normais anteriores. Os motivos abaixo exemplificam a opção pelo parto normal.

Eu acho melhor [parto normal]. Sentido até de ficar curada logo, até para fazer as coisas assim... por cima. (E: Marilda)

Porque o primeiro foi normal, sempre é bom... Eu não quis ter cesáreo não. (E: Paula)

Todos os meus partos foram normais, então como foram tranquilos, sempre quis ter normal [...]. (E: Inara)

As mulheres que disseram não ter pensado em passar por um parto cesáreo justificaram principalmente por ser um procedimento invasivo que ocorre avesso ao natural; e, por não promover a dor no momento do parto.

[...] eu tenho medo de fazer cirurgia, essas coisas... e a cesariana é um procedimento muito invasivo até mesmo para o bebê, eu acho (E: Samanta).

Dizem que cesárea não sente dor, porém para ser mãe tem que sentir a dor né (risos) [...] (E: Maria).

A concepção que as mulheres têm sobre a dor é variável. Para algumas, a dor no trabalho de parto é impeditivo para a escolha de um parto normal, sendo eleita a cesariana. Para outras, a presença da dor é intrínseca, para que ocorra o nascimento, conforme abordou uma entrevistada: é a dor “para ser mãe” (E: “Maria”) e justificou a não preferência pelo parto cesáreo. Nesses casos a dor não é avaliada apenas com base nas sensações percebidas, mas também no significado no processo de nascimento (GAMA *et al*, 2009).

Sentir dor faz alusão a um parto mais natural em que as mulheres se tornam ativas para vivenciar o trabalho de parto/parto, de forma que sentem as contrações e as dores na expulsão da criança de dentro do seu ventre e conseqüentemente, tornam-se protagonistas do evento parturitivo.

Por outro lado, o fato de algumas mulheres não mais perceberem o parto normal como sendo um evento natural e, por isso, necessitarem de auxílio de profissionais para passar por esse momento, e de preferência sem sentir dor, acarreta na opção pelo parto cesáreo (VELHO *et al*, 2012). Sabe-se que o temor da dor do parto leva muitas mulheres a escolherem o parto cirúrgico ainda que este não esteja claramente indicado (SILVA; SIQUEIRA, 2007).

Desse modo, o medo da dor no parto foi relatado por uma mulher do estudo que preferia ter sido submetida ao parto cesáreo. Todas as mulheres foram questionadas sobre a intenção em fazer o parto cesáreo. Três (10%) responderam que sim. Além da dor, outro motivo foi a vontade de realizar a laqueadura, optada por duas mulheres.

Pensei. Por medo da dor. Só por medo da dor (risos). Ai depois que eu vi como é uma cesárea. É uma cirurgia... ai eu disse: - não. Prefiro ter normal. (E: Tatiana)

Eu pensei assim de ir para a maternidade nova, porque eu queria ir para lá para “ligar” [ser submetida a uma laqueadura] [...] (E: Marilda)

Na realidade se eu conseguisse eu preferia ter cesariana porque eu tinha pretensão de me “ligar” [...] era tudo um corte só. (E: Marta)

Nessas situações, poderia se imaginar que essas mulheres não tiveram autonomia para escolher o tipo de parto que fosse mais conveniente para elas. “Tatiana”- como era primípara - recebeu informações de pessoas que a referiram ser a dor mais forte no parto normal. Ainda assim, ao ser informada sobre os tipos de parto disponíveis, a mesma optou pelo parto normal. Nesse caso, não houve perda da autonomia, ao contrário, a mesma recebeu informações e pôde decidir sobre os processos que envolveram o seu parto.

Mesmo as mulheres tendo recebido diversas informações sobre o parto normal ou cesárea, independente de critérios clínicos ou informações de risco, caso elas tiverem condições de escolher, essa decisão fatalmente será mais baseada em aspectos psicossociais do que em informações sobre o risco (MCGRATH; RAY-BARRUEL, 2009).

No caso das outras duas mulheres que gostariam de ter realizado uma laqueadura, ambas tinham mais de 25 anos e estavam no segundo parto. A lei do Planejamento Familiar nº 9.263 (BRASIL, 1996) define que a esterilização voluntária é permitida às maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, com prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. De acordo com as entrevistadas, as mesmas não informaram se durante o pré-natal haviam passado por outra (s) instituição (ões) para receberem informações sobre a possibilidade de realizarem uma laqueadura pós cesariana.

Além disso, a entrevistada “Marilda” fez o pré-natal dentro do complexo onde o CPN está localizado e recebeu orientações sobre os critérios para admissão no Centro. Logo, não se pode afirmar que elas não tiveram autonomia de decidir pelo tipo de parto, pois, se não respondessem aos critérios elegíveis para a ocorrência da laqueadura, não teriam direito ao procedimento. A autonomia das mulheres perpassa pelo seu direito de cidadania. Logo, onde não é de direito, não se considera o seu poder de decidir.

Os resultados deste estudo indicam um número expressivo de mulheres que preferiram o parto pela via vaginal, paradoxalmente ao crescente aumento no número de partos cesáreos. Resultado esse que corrobora com as pesquisas de que a maioria das mulheres prefere o parto normal (GAMA *et al*, 2009; MELCHIORI *et al*, 2009; BASSO; MONTICELLI, 2010). Esse

fato leva a crer que a escolha pela cesárea está mais relacionada à opção dos (as) profissionais de saúde do que das próprias parturientes, mesmo que não haja indicação formal para a indicação para o parto cirúrgico.

Nas situações em que a escolha pelo tipo de parto é, de fato, feito pelas próprias mulheres, os motivos elencados pela preferência do parto normal e a não preferência pela cesárea, citados nesse estudo, corroboram os encontrados na literatura.

Segundo pesquisas, são preferências pelo parto normal pelos seguintes motivos: rápida recuperação para locomoção e trabalho; dor restrita ao parto; pós-parto mais fácil, sem utilização de anestesia e incisão pélvica; ser mais natural e ser mais saudável para a mãe e o bebê. Já a preferência pelo parto cesáreo se justifica pela possibilidade de realizar uma laqueadura; evitar o medo do parto; por ser um procedimento mais rápido; e ausência de dores no trabalho de parto (GAMA *et al*, 2009; VELHO *et al*, 2012; MELCHIORI *et al*, 2009).

A Organização Mundial de Saúde recomenda o máximo de 15% de partos cesáreos. No Brasil esses índices são alarmantes. Observa-se um crescente número de cesarianas em todas as regiões. Dados presentes no DATASUS evidenciam que de 2007 a 2011 todas as regiões apresentaram crescimento considerável na proporção de partos cesáreos por residência. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentaram os maiores índices desse tipo de parto. A região que apresenta a menor taxa é o norte, seguida do nordeste (BRASIL, 2014a).

A grande proporção de partos cirúrgicos, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, onde se localizam os grandes centros urbanos, a alta tecnologia, e Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) elevados, podem justificar a valorização do modelo biomédico de assistência à saúde nessas regiões. Nesse modelo de atenção há valorização da medicalização e das intervenções na cena do parto, tudo em nome de um parto rápido e seguro, com total controle pelo profissional médico.

O IDH é formado por três componentes: renda, longevidade e educação, e tem o objetivo de mensurar a qualidade de vida da população. O resultado varia de 0 a 1 e é classificado como baixo, médio e elevado. Nas regiões norte e nordeste o IDH é médio, ou seja, a população tem menor qualidade de vida, se comparado às outras regiões, e conseqüentemente menor acesso à educação e menor renda. Além disso, a grande maioria são usuárias do SUS (BOLETIM REGIONAL DO BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2009).

Assim, as regiões norte e nordeste correspondem, respectivamente, a 85,4% e 88,2% de usuárias do SUS no serviço de parto, contra 70,4%, 73% e 73,5%, das regiões sudeste, sul e centro-oeste (BRASIL, 2008). No SUS é valorizado o parto fisiológico que promove o

empoderamento das mulheres no processo parturitivo, e coloca “em xeque” o modelo biomédico de assistência. Logo, os índices de partos cirúrgicos são menores nas instituições públicas de saúde.

A opção pelo parto normal promoveu a autonomia das mulheres na instituição de saúde pesquisada. Pois não apenas ocorreram partos pela via vaginal como queriam, mas também partos naturais onde foi valorizado a humanização nas ações e serviços disponíveis, sendo respeitado o seu direito de decidir.

#### Poder escolher se quer ter ou não acompanhante

Neste estudo todas as mulheres tiveram o direito de ter um acompanhante de sua escolha respeitado. No entanto, uma relatou não ter tido acompanhante.

Não. Porque não tinha ninguém. Porque eu sou sem minha mãe, meu irmão veio, mas não fica né, porque não tem coragem e minha mãe mora em São Paulo e eu moro só eu meu irmão. Não tive ninguém. (E: Yasmin)

Com a fala dessa entrevistada, não quer dizer que ela não teve o seu direito de ter um acompanhante. Ela teve a autonomia de decidir se queria ter ou não um acompanhante, conforme reza a Lei 11.108 sobre a presença do (a) acompanhante (BRASIL, 2005). Nesse caso, a mesma não teve essa presença por motivos pessoais.

A escolha do (a) acompanhante por parte das mulheres tem que ser bem pensada, pois algumas mulheres informaram não ter gostado dessa experiência, conforme vimos a seguir:

É bom, mas o negócio é que minha irmã ficou no telefone ai eu fiquei nervosa com ela [...]. Porque eu queria apertar a mão dela por causa da dor e ela não quis deixar. (E: Rebeca)  
Eu não gostei não. Ele me deixou mais nervosa ainda! (E: Augusta)

A entrevistada “Augusta” se restringiu a dizer apenas isso em relação ao acompanhante, demonstrando irritação ao se lembrar do fato. Essa insatisfação ou decepção por não ter tido um (a) acompanhante a contento pode refletir na evolução de um trabalho de parto menos tranquilo e mais sofrido para as mulheres que buscaram um apoio, como um “pegar na mão” de outra pessoa. Contudo, não se sentiram atendidas em suas necessidades emocionais e essa situação pode influenciar negativamente em suas experiências futuras.

A possibilidade de se ter alguém do seu convívio marca positivamente a vida da mulher e da sua família. No entanto, a participação de acompanhante no processo de

parturição necessita de mudanças por parte das (os) profissionais de saúde para que a implementação da Lei 11.108 se efetue (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Nesse contexto, a inclusão de um (a) acompanhante proporciona a ele (a) o exercício de cidadania através da assistência fornecida por profissionais de saúde, especialmente, as enfermeiras obstétricas (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010; MILBRATH; AMESTOY; SIQUEIRA, 2010). É fundamental que todas (os) as (os) profissionais de saúde lutem para que esse direito da mulher seja plenamente conquistado. Por conseguinte, a equipe de enfermagem tem plenas condições de fazer valer essa lei, principalmente por se encontrar respaldada legalmente para atuar no processo parturitivo, e mais especificamente, na assistência ao parto normal em um CPN, haja vista que nesse local elas têm muito mais autonomia para atuarem.

Ter acompanhante é fundamental para o suporte emocional (NASCIMENTO *et al*, 2010), além de proporcionar à mulher um maior conforto e segurança durante o trabalho de parto/parto e pode trazer benefícios para mesma, conforme relatado no capítulo anterior. A possibilidade de ter um acompanhante foi considerado um fator que motivou a procura pelo CPN, conforme afirmou a entrevistada abaixo:

Como eu tive dois partos normais, assim foram bons, mas não foram... o meu marido não participou, essas coisas... e aqui eu fiquei sabendo que o pai participava, aí eu preferi fazer aqui. Aí eu trouxe toda a documentação, fui aceita e pari aqui. (E: Inara)

O (a) acompanhante pode participar de todo o processo de parturição, devendo receber as orientações necessárias para se comportar da melhor forma possível em benefício da mulher. Se não for bem informado (a), pode acabar interferindo negativamente no processo, pois o seu comportamento exerce influência no modo de agir do (a) mesmo (a). (GONÇALVES *et al*, 2011). Orientações quanto ao uso de massagens, exercícios respiratórios, a prática do diálogo e o estímulo à deambulação, são possíveis de serem fornecidas por enfermeiras aos (as) acompanhantes.

Foi que ensinou ao meu esposo a como fazer a massagem. [...] ela [a enfermeira] ensinou o movimento da massagem, de baixo para cima, até onde eu estava sentindo a dor. No caso era do meio das costas para baixo. (E: Jéssica)

Ela [a enfermeira] orientou todos os processos... a tomar banho de chuveiro, relaxar, respirar, fazer a massagem que o meu esposo fez. (E: Samanta)

O (a) acompanhante treinado (a) deve fornecer informações à parturiente sobre toda a evolução do trabalho de parto, orientando para que a mesma assuma a melhor posição que a

torne mais confortável e repassando as informações sobre intervenções e procedimentos necessários, facilitando a participação da mesma na tomada de decisões (BRASIL, 2003).

Portanto, poder escolher um (a) acompanhante foi reflexo da autonomia das mulheres em decidir sobre essa presença, sendo possível escolher até dois acompanhantes para o trabalho de parto, independente do sexo, sendo respeitada a privacidade entre as usuárias.

### Relações interpessoais livres de coerção e o acesso às informações

No caso das mulheres do CPN, de acordo com as falas abaixo, foi evidenciado que elas puderam expressar a sua opinião livremente, sem receio do que as enfermeiras poderiam pensar. Independente se a conduta que as profissionais estavam sugerindo fosse benéfica, as mulheres deram o seu ponto de vista e explicitaram as suas necessidades e dificuldades sentidas no momento. Nesse caso, elas poderiam aceitar as condutas ou rejeitá-las, caso as explicações dadas pelas profissionais não fossem convincentes ou se os benefícios não superassem as dificuldades apresentadas.

Porque foi assim, a enfermeira sugeriu, ela falou assim: - você não quer ficar acorçada não? Ai eu falei que não e que eu não vou aguentar. Mas aí na hora foi melhor. (E: Samanta)

Foi porque eu pedi para ficar sentada né, mas como eu não conseguia levantar, fiquei o tempo todo nessa posição mesmo [semi-sentada]. (E: Tatiana)

“Samanta” recebeu uma sugestão para ficar na posição de cócoras em um parto verticalizado. De início relutou em aceitar, mas foi convencida e resolveu aceitá-la. Já a entrevistada “Tatiana” também recebeu uma sugestão para modificar a posição no parto, escolhendo uma posição sentada. Entretanto, devido ao desconforto físico, provocado pela dor, preferiu permanecer na mesma posição. Nesta situação, mesmo a posição sentada tendo os seus benefícios, as dificuldades apresentadas por essa mulher fez com que ela rejeitasse a conduta sugerida pela enfermeira. Em ambas as situações o direito de escolha das mulheres foi respeitado e elas tiveram autonomia na tomada de decisões.

Por outro lado, as enfermeiras forneciam opções para que as parturientes pudessem escolher livremente o que fosse mais conveniente ou confortável para a promoção do próprio bem-estar. Não seria uma situação de aceitar ou rejeitar condutas, mas de agir conforme as suas necessidades, livres de imposição ou coerções.

A enfermeira. Ela perguntou primeiro o que queria. Eu disse a ela que eu preferia na bola e já tinha me dito que era bom. Ai ela falou: - você prefere ficar na bola debaixo do chuveiro ou aqui fora? Eu prefiro

ficar debaixo do chuveiro que eu tomo logo banho. Eu fiquei lá 1 hora. (E: Tamires)

Ela, a enfermeira, ficou falando para que eu prove, para que eu fique olhando qual era para mim a melhor posição para eu usar. Ai eu ia mudando. (E: Manuela)

Em uma pesquisa realizada, o uso das práticas e atitudes foi considerado benéfico para as mulheres e essas relataram que os seus potenciais internos foram fortalecidos ao realizar a tomadas de suas próprias decisões (NASCIMENTO *et al*, 2010).

Para que haja a promoção da autonomia da mulher, as relações estabelecidas entre profissionais e usuárias devem ser livres de coerção. O cuidado fornecido deve ser proporcionado com relações não autoritárias para que as mulheres possam tomar uma decisão com liberdade, sem medo de pré-julgamentos ou rótulos que, porventura, as mesmas possam receber da equipe. Elas querem poder negociar os cuidados recebidos sem se sentirem intimidadas diante do autoritarismo profissional (BASSO; MONTICELLI, 2010). Devido a isso, o cuidado direcionado às mulheres deve ser compartilhado com elas, dando a oportunidade de escolherem o que mais lhe convier, sem, no entanto, deixarem de ser estimuladas a seguir as boas práticas.

Para que a mulher possa ter a autonomia de fazer uma escolha consciente, a informação recebida é fator bastante relevante. Nessa perspectiva, dizemos que o acesso às informações faz com que as mulheres tornem-se empoderadas. O empoderamento é um processo educativo destinado às usuárias e usuários dos serviços de saúde, com o objetivo de ajudá-las (os) a desenvolver os conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento necessário para que possam assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões a serem tomadas no tocante à sua saúde (TADDEO *et al*, 2012). A fala da entrevistada abaixo revela que a mulher recebeu orientações que facilitaram as escolhas realizadas.

Dentro do quarto, eu recebi orientações, tomei banho o tempo que eu quisesse ficar. Podia escolher o local onde eu ia ter o meu filho, porque tem várias opções. (E: Jéssica)

É pertinente destacar que as orientações devem ser administradas com segurança, para que seja possível o entendimento, tanto pela parturiente quanto por acompanhante (FIGUEIREDO *et al*, 2013). Além disso, é preciso que haja *feed-back* por parte das mulheres para que a equipe de saúde entenda se a informação ou orientação repassada foi recebida corretamente por elas.

Para que a educação em saúde seja transformada em uma tomada de consciência crítica e com autonomia, é preciso haver a presença da comunicação, por meio do diálogo

aberto e da escuta ativa (TADDEO *et al*, 2012). Como já dito anteriormente, a comunicação faz parte do processo de acolhimento e é uma ação dignificante de enfermagem. No entanto, se não existir informação de qualidade, “o direito de decidir adequadamente torna-se inexistente” (MACHADO; PRAÇA, 2006, p. 277). Quando há um diálogo capaz de promover a segurança nas mulheres, elas associam à boa assistência recebida por profissionais de saúde. Conforme relatos:

Ai ela [a enfermeira] ensinou tudo e sempre ia na sala, sempre perguntando se eu estava sentindo alguma coisa, se eu estava melhor, observava e a assistência foi muito boa aqui. (E: Jéssica)  
Eu conversei com a enfermeira que estava acompanhando o meu parto, perguntei a ela, tirei todas as minhas dúvidas... (E: Rosana)

“O empoderamento compreende a alteração radical dos processos e estruturas que reduzem a posição de subordinada das mulheres como gênero” (COSTA, 2013, p.07). Logo, tirar as dúvidas das mulheres fornecendo-as informações adequadas e instituindo um ciclo de confiança, têm como conseqüências relações mais harmoniosas e a possibilidade de fazer escolhas com mais autonomia, favorecendo o protagonismo no processo de parto.

#### Participação ativa das mulheres no uso da tecnologia do parto normal

A participação ativa nas fases do parto é considerada neste estudo como um dos aspectos do exercício da autonomia.

Para que as orientações à participação das mulheres possam trazer benefícios às mesmas, é fundamental que a equipe de saúde apresente possibilidades de práticas com algum embasamento científico, a fim de as mesmas não se tornem apenas “tarefeiras,” na realização de atividades que não irão causar nenhum impacto na evolução do seu trabalho de parto/parto.

Os depoimentos a seguir, destacam que as enfermeiras, ao convidarem as gestantes a participarem de algumas práticas, informaram sobre o porquê de estar indicando e não meramente fazendo a indicação das práticas sem fundamento ou de acordo com anseios próprios, conforme as falas abaixo:

Foi a enfermeira [x] que escolheu o cavalinho, mas é porque também ficava mais confortável. Eu estava assistindo a televisão e ela botou o cavalinho na frente. (E: Inara)  
Ai teve uma enfermeira que perguntou se eu queria sentar no banquinho para relaxar... Eu sentei no banquinho, para mim foi a melhor posição. (E: Priscila)



Pediram para mim fazer. No início foi a caminhada para ir dilatando e depois mandou eu fazer uns exercícios, ficar na bola e no cavalinho. (E: Simone)

Desta forma, as enfermeiras obstétricas do CPN favoreceram a participação das mulheres nas práticas de conforto ao estimularem o uso do cavalinho e do banco obstétrico, com a justificativa de promover um bem-estar, por ser mais confortável, e um relaxamento com o uso dessas respectivas práticas. Estas também podem ser utilizadas como terapias não farmacológicas para o alívio da dor e são amplamente estimuladas pelo Ministério da Saúde e pela OMS. Quanto ao estímulo à caminhada para favorecer a dilatação, conforme foi relatado, foi comprovado que a deambulação reduz a duração do trabalho de parto (MAMEDE *et al*, 2007).

Em uma pesquisa, comparando o parto normal à cesárea, as mulheres entrevistadas referiram existirem maiores vantagens para o parto normal e, dentre os motivos desencadeantes para essa constatação, o respeito ao protagonismo da mulher e a qualidade da relação com o conceito mereceram destaque (GAMA *et al*, 2009). Tudo isso corrobora com o que foi encontrado em uma revisão integrativa, em que a preferência pelo parto normal se deu devido à maior satisfação ao parto e a garantia do protagonismo da mulher (VELHO *et al*, 2012).

A parturiente se sente mais segura e confiante quando a ela é dada a possibilidade de participar das práticas e procedimentos que envolvem o parto (FRELLO; CARRARO, 2010). Ao se falar da participação ativa das mulheres, fica implicada a necessidade de haver, previamente, uma tomada de consciência dessas sobre as práticas que serão utilizadas e também de receberem estímulos por parte da equipe de saúde para participarem. Para isso, as mulheres devem ser encorajadas a atuar como peça-chave do evento parturitivo.

Como visto nesse estudo, algumas depoentes preferiram o parto normal à cesariana por ser mais natural, com possibilidade de atuarem como protagonistas do nascimento do conceito. Contudo, para haver a participação das mulheres, o conhecimento deve permear as condutas indicadas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados deste estudo houve a constatação de que as mulheres usuárias do CPN de Salvador são privilegiadas, quando se leva em conta algumas características sociodemográficas, tais como nível de escolaridade, presença de esposo/companheiro, renda pessoal e familiar. No entanto, pôde-se observar que não existe um perfil das usuárias desse Centro devido à heterogeneidade do grupo.

A grande maioria possuía, minimamente, o ensino médio completo, chegando a ter nível superior completo de escolaridade. Apesar de a maioria ser casada civil ou consensualmente, algumas possuíam renda pessoal, demonstrando uma relação de independência com o esposo, sendo uma situação diferenciada quando comparada com os resultados de outros Centros de Parto do Brasil que evidenciavam maior dependência financeira aos seus parceiros. A renda familiar também apresentou diferenças significativas em relação a outros serviços, chegando a seis salários mínimos e meio.

Quanto ao quesito raça/cor a grande maioria se auto declarou de cor preta ou parda, sendo, portanto, consideradas negras, confirmando assim o perfil de mulheres que frequentam os serviços públicos de Salvador. Grande parte das usuárias do CPN residia na própria cidade, outras pertenciam à Região Metropolitana e conviviam apenas com o esposo/companheiro ou em conjunto com outros membros da família. Importante destacar a presença de uma mulher Argentina, evidenciando a visibilidade e a valorização desse Centro por diferentes mulheres, culturas e nacionalidades.

Quando se leva em conta as características clínicas e obstétricas das usuárias, tanto os dados sobre os antecedentes obstétricos quanto os da gestação atual, coincidem com os encontrados em outros CPN do Brasil. Em relação à paridade houve predominância de primíparas entre as puérperas, e houve predomínio de mulheres que tiveram os seus direitos assegurados no tocante ao mínimo de consultas de pré-natal realizadas, que foram seis. Algumas chegaram a participar de onze consultas, demonstrando o compromisso e a preocupação dessas mulheres com a própria saúde e a do seu concepto.

Nenhuma mulher havia passado pela experiência de parto anterior no Centro e, por isso, a maioria só o conhecia por meio de indicações de amigas, familiares e/ou profissionais de saúde. As razões para a escolha do CPN, em síntese, ocorreram por meio de experiências positivas relatadas por outras mulheres, pela credibilidade no serviço e por meio das consultas de pré-natal realizadas dentro do complexo do CPN ou externamente a esse local, em que eram orientadas por médicos ou enfermeiras sobre a existência do Centro.

As mesmas se dirigiam à instituição para conhecê-lo e levaram em consideração a ótima estrutura física que permitiam a privacidade das parturientes; o atendimento satisfatório das funcionárias e profissionais de saúde, diferenciado em relação a outras instituições; o ambiente aconchegante; a presença de mobiliários que permitiam utilizar diferentes práticas durante o trabalho de parto/parto; e por ser um serviço humanizado e natural.

Todas as mulheres entrevistadas tiveram o parto por via vaginal e a grande maioria relatou a preferência pelo parto normal por inúmeros motivos, com destaque pela evocação sobre a recuperação ser melhor e mais rápida quando comparada à cesariana. Entretanto, algumas referiram que embora estivessem em um CPN, relataram a predileção pelo parto cesáreo devido ao medo das dores do parto e pela possibilidade de se realizar uma laqueadura após o procedimento cirúrgico. Contudo as razões que circundam a mente das mulheres, quando informam a preferência pelo tipo de parto, em síntese são no sentido de minimizar o medo, os anseios e retornar mais brevemente às atividades.

As práticas de cuidado utilizadas no CPN, de modo geral, são baseadas em evidências científicas, conforme preconiza a OMS, e reflete em uma atenção à saúde da mulher de qualidade, humanizada, satisfatória e com redução das intervenções, conforme o próprio relato das mulheres.

As práticas utilizadas englobam os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, tais como o banho no chuveiro, o uso do cavalinho e a deambulação, nesta ordem, como sendo as mais relatadas. A possibilidade de ter um (a) acompanhante de sua escolha também foi considerada uma prática benéfica e que permitiu que as mesmas tivessem o seu direito assegurado e possibilitaram que os esposos, que foram os que mais acompanharam, pudessem fazer parte do processo de parturição, sendo isso considerado uma ação dignificante de enfermagem.

Quando as enfermeiras favorecem a presença desses, é torna-se possível modificar as relações de poder existentes entre homens e mulheres que definem que elas são as responsáveis pela reprodução e os homens os provedores do lar, havendo assim, uma construção social entre os gêneros. A aproximação do homem, nesse momento, é uma estratégia muito importante, ao considerar que os dois são co-responsáveis pela reprodução e pelo parto e nascimento saudáveis, minimizando assim o impacto que as questões de gênero têm na saúde das mulheres.

A possibilidade de escolher a posição durante o parto evidencia que as mulheres tiveram autonomia para decidir sobre o que seria melhor para elas naquele momento, ainda que essa escolha nem sempre fosse a mais adequada. Compete às enfermeiras incentivar as

parturientes sobre os benefícios das posições verticais, bem como, promover que as mesmas conheçam outros locais para parir, como é o caso da utilização do “cavalinho”, do banco de parto, ou até mesmo da banheira, já que a maioria teve o parto realizado em cama. Esse fato ocorreu devido ao medo de modificar o local tradicional parturitivo ou pela impossibilidade de se movimentarem por causa das “dores do parto”, conforme informaram.

Vale ressaltar que o total desuso referido pelas mulheres em relação à posição de decúbito lateral esquerdo (DLE), principalmente em primíparas, em detrimento da grande quantidade de uso da posição semi-sentada, pode ser uma das razões que justificam o alto índice de lacerações perineais quando comparadas com os resultados de outros centros de parto normal desse país. Pois, foi evidenciado que em Centros de Parto, onde a posição de DLE foi uma das mais utilizadas, tiveram menores índices de traumas perineais que necessitassem de sutura.

Outras questões podem estar envolvidas no tocante à presença de lacerações; mas as enfermeiras devem ser responsáveis por minimizar o aparecimento dessas ocorrências. As mesmas devem estimular as mulheres a variarem as posições até encontrar a posição que seja mais confortável. Sem, no entanto, deixar de fornecer outras opções, como é o caso da posição de DLE.

Ademais, a posição adotada para o parto deve levar em consideração a escolha das mulheres e não a facilidade para as profissionais de saúde. Diante disso, de acordo com os relatos foi possível perceber que foi respeitado o direito de escolha de todas elas em relação à posição, independente do local e da posição adotada. O ambiente do Centro favoreceu a utilização dessas práticas; e a disponibilidade de recursos, possibilitou que as mulheres pudessem participar e vivenciar ativamente do momento parturitivo, o que dignificou o cuidado oferecido a elas.

No pós-parto, todas elas foram estimuladas a manter o contato cutâneo precoce pele a pele com o concepto dentro da primeira hora de nascimento. Embora muitas tenham se referido a essa prática como sendo maravilhosa e emocionante, algumas referiram-se não ter gostado por considerar que a criança estava suja e que, portanto, deveria ser limpa primeiro. Em outra situação, a mulher referiu-se ao fato de ainda estar ligada à criança pelo cordão umbilical, fazendo com que ela negasse o uso dessa prática até que o cordão fosse cortado.

Quanto à amamentação na primeira hora de nascimento, as mulheres também foram estimuladas, mas nem todas aceitaram essa prática de imediato. Para quatro mulheres essa prática não se consumou dentro desse espaço de tempo, devido a motivos que envolvem a criança e à própria mãe. Em relação à criança, uma precisou fazer uso de fototerapia de

imediate e duas não conseguiram amamentar nesse momento, conseguindo depois. Já em relação à uma das mulheres, a mesma não quis amamentar, por estar sofrendo uma intervenção de sutura ao mesmo tempo.

É preciso haver bom-senso por parte da equipe de saúde, de modo que as profissionais possam avaliar qual é o momento ideal para a sua utilização, respeitando a individualidade de cada mulher e atentando para as suas necessidades pessoais. Há de se considerar que foi observada uma imposição da prática da amamentação, pois a partir do momento em que não se considera a opinião dessas mulheres, a prática se torna mecanizada, não permitindo a participação das mesmas dentro dos processos decisórios.

Como não se pode adiar uma sutura, devido ao risco de complicações, as enfermeiras devem questionar as mulheres para saber se elas aceitam ou não alguma prática durante o momento de intervenção. Pois as (os) profissionais devem sempre preocupar-se mais com o ser que estar sendo cuidado do que com as práticas implementadas.

Entretanto, as práticas utilizadas nesse CPN são individualizadas e menos intervencionistas. Verificou-se que o cuidado prestado no Centro favoreceu a redução dos índices de episiotomia e do uso de ocitócicos, quando comparado com outros Centros de Parto. A episiotomia, por exemplo, atingiu índices abaixo dos registrados em países desenvolvidos como é o caso do Canadá. O uso de enema está em desuso nas instituições de saúde, porém ainda é observado em alguns hospitais. Contudo, no CPN estudado, essa prática se encontra totalmente em desuso. Nenhuma mulher referiu o uso dessa prática intervencionista.

A manobra de Kristeller só foi referida por uma mulher. Esse fato deveu-se à mesma ter informado que estava exausta com o trabalho de parto e acreditava ser difícil ocorrer o nascimento sem a ajuda profissional. Esse fato evidencia que algumas mulheres ainda não se consideram como protagonistas do processo de parto, e não percebem que esse é um evento natural e como tal, passível de participação ativa das mesmas.

Essa visão acaba por perpetuar o modelo biomédico de assistência à saúde em que todas as intervenções profissionais são justificadas como sendo naturais e decorrentes desse processo parturitivo. Além disso, acabam por manter em voga as questões de gênero reveladas aqui pelas relações de poder existentes entre profissionais e usuárias.

Diante do foi apresentado, a utilização dos conceitos de dignificação, autonomia e participação foi um recurso útil que permitiu perceber como foi o cuidado prestado por enfermeiras obstétricas às mulheres do CPN e revelou um cuidado que tem como base as evidências científicas, a humanização do atendimento e o enfoque centrado nas necessidades

das usuárias. Embora se fale de autonomia e participação, o que mais se observou foram as práticas dignificantes, talvez por serem mais perceptíveis para as mulheres e devido a isso relataram com mais intensidade.

A dignificação é considerada um ponto básico, que deve existir em todos os serviços de saúde, de modo que as mulheres possam ser atendidas em um ambiente adequado, com acolhimento, com a utilização de práticas eficientes e aceitáveis etc. Essa ação dignificante diz respeito principalmente ao próprio serviço de saúde. Por outro lado, o CPN estudado precisa avançar mais em relação aos meios de promoção do protagonismo da mulher e do seu empoderamento por meio de cuidados de enfermagem que favoreçam a sua autonomia e participação ativa. Essa promoção é considerada um ponto-chave e diferencial nos serviços de saúde.

Acresce frisar que, com a utilização desses conceitos, revelou-se uma situação de alerta ao observar que, mesmo em poucas situações, houve uma supervalorização das práticas baseadas em evidências, sem, no entanto, evidenciar uma consciência crítica por parte das profissionais envolvidas, e nem utilizado o bom-senso para se verificar o momento adequado para a utilização dessas práticas.

Contudo, para que as enfermeiras prestem um atendimento de qualidade é indispensável considerar a integralidade no cuidado às mulheres e possibilitar a desconstrução do viés de gênero, que coloca as mulheres em situação de subalternidade frente às relações existentes entre homens-mulheres e profissionais-usuárias, sendo esse um determinante biológico que as impedem de fazerem uma escolha consciente e de terem o controle sobre o seu próprio corpo.

## REFERÊNCIAS

- BAHIA. Secretaria da saúde. **Rede Cegonha inaugura em Salvador o primeiro Centro de Parto Normal do país**, 26 ago. 2011. Disponível em: < [http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2686&catid=1&Itemid=14](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2686&catid=1&Itemid=14) >. Acesso em 12 dez. 2012.
- BASILE, Anatólia Lopes de Oliveira. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2001.
- BASSO, Joéli Fernanda; MONTICELLI, Marisa. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 18, n. 3, p.390-397, jun. 2010.
- BIROLI, Flávia. Agentes imperfeitas: contribuições do feminismo para a análise da relação entre autonomia, preferências e democracia. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, n.9. Brasília, set./dez., p. 7-38, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm) >. Acesso em: 21 jan. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 888**, de 12 de julho de 1999. Institui o Projeto Casas de Parto e Maternidades Modelo no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): 1999a. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/parto-normal/Portaria\\_888.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/parto-normal/Portaria_888.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 agosto. 1999b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm) >. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PNDS 2006** – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República [Internet]. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília (DF): IPEA, 2010a. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/4\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1459**, de 24 de junho de 2011a. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 27 de junho de 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 15 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência**: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. IDB 2012. In: DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. [site de internet]. Indicadores de cobertura – **Proporção de partos cesáreos**. Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>>. Acesso em: 22 jan. 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=08/05/2014>>. Acesso em 15 maio 2014b.

BOLETIM REGIONAL DO BANCO CENTRAL DO BRASIL. **Evolução do IDH das Grandes Regiões e Unidades da Federação**, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/boletimregional/port/2009/01/br200901b1p.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

BRANDÃO, Sandra Maria Oliveira Caixeiro. **Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto David Capistrano Filho à unidade de referência**. 2008. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=897](http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=897)>. Acesso em: 22 mar 2013.



BRUGGEMANN, Odaléia Maria; OSIS, Maria José Duarte; PARPINELLI, Mary Angela. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 1-9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5409.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BUSANELLO *et al.* Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev. Gaúcha. Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 807-814, dez. 2011.

CAMPOS, Sibylle Emilie Vogt; LANA, Francisco Carlos Félix. Resultados da assistência ao parto no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, 2007.

CARROLI, G; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, CD000081, n.1.; 2009.

CARVALHO, Vanessa Franco de *et al.* Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev Rene**, v. 11, Número especial, p.92-98, 2010.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.

CHAIBEN, Maira Oliveira *et al.* Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança do sul do Brasil. In: SENPE – SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 17., 2013, Natal. **Anais...** Natal, 2013. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abeneventos.com.br%2Fanais\\_senpe%2F17senpe%2Fpdf%2F0506co.pdf&ei=Cgd2U8\\_tH4yHqgaEn4DgCg&usg=AFQjCNEqiUHYcrHyjtWdwwQBXdbyBf-lnw&bvm=bv.66699033,d.b2k](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.abeneventos.com.br%2Fanais_senpe%2F17senpe%2Fpdf%2F0506co.pdf&ei=Cgd2U8_tH4yHqgaEn4DgCg&usg=AFQjCNEqiUHYcrHyjtWdwwQBXdbyBf-lnw&bvm=bv.66699033,d.b2k)>. Acesso em: 02 fev. 2014.

CHRISTENSSON, K *et al.* Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. **The Lancet**, 352:1115, 1998.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n.1, p. 154-160, jan./mar., 2009.

COSTA, A. A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres.** Disponível em: <[http://www.agende.org.br/docs/File/dados\\_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf](http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/Empoderamento%20-%20Ana%20Alice.pdf)>. Acesso em 25 nov. 2013.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa *et al.* Banho no chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 10, n. 3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf)>. Acesso em: 8 ago. 2013

- DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Janmilli da Costa. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p.438-445, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.313-326, 2009.
- DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 959-966, 2010.
- FIGUEIREDO, Mariana da Silva de *et al.* Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturientes em uma maternidade escola. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 4, p.722-728, ago. 2013.
- FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Rev. Eletr. Enf.** [online], v. 12, n. 4, p. 660-668, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>>. Acesso em: 08 dez. 2013.
- GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.
- GAMA, Andréa de Sousa *et al.* Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, 2009.
- GAYESCKI, Michele Ediane; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 152-159, 2009.
- GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GONÇALVES, Roselane *et al.* Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.
- HODNETT, ED *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Syst. Rev.**, n. CD003766; 2012.
- HOGA, Luiza Akiko Komura. Estágio em uma casa de parto do Japão: relato de experiência. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 18, p. 611-620, 2005.
- HOGA, Luiz Akiko Komura; PINTO, Cleusa Maia de Souza. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 25, n. 1, p.74-81, mar. 2007.

IMAS - Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde e aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **A realidade do aborto inseguro na Bahia**: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. 2008. Disponível em: <[http://www.aads.org.br/arquivos/dados/BA\\_dossie.pdf](http://www.aads.org.br/arquivos/dados/BA_dossie.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

KIMBER, L *et al.* Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. **European Journal of Pain**, v. 12, n. 8, p. 961-969, 2008. Available in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18304848>>. Access in: 20 dec. 2012.

LEMES, Conceição. **Rede Feminista de Saúde Alerta: a Rede Cegonha é retrocesso de 30 anos**, 5 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

LOBO, Sheila Fagundes *et al.* Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.812-818, 2010.

LONGO, Cristiane Silva Mendonça; ANDRAUS, Lourdes Maria Silva; BARBOSA, Maria Alves. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.** [online], v. 12, n. 2, p. 386-391, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5266/6945>>. Acesso em: 5 nov. 2013.

MACHADO, Nilce Xavier Souza Machado; PRAÇA, Neide de Souza. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 2, p. 274-279, 2006.

MAIA, Mônica Barra. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

MACGRATH, P; RAY-BARRUEL, G. The easy option? Australian findings on mother's perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section. **Int J Nurs Pract.** v. 15, n. 4, p. 271-279, Aug. 2009.

MAMEDE, Fabiana Villela *et al.* O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.466-471, set. 2007.

MANSÃO DO CAMINHO. **Centro de parto normal Marieta de Souza Pereira**, 2011? Disponível em: <<http://www.mansaodocaminho.com.br/mansao/saude-centro-de-parto-normal.php>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

MANSÃO DO CAMINHO. **Atividades realizadas no 1º Centro de Parto Normal da Rede Cegonha no Brasil**, 24 dez. 2012. Disponível em: <[http://mansaodocaminho.com.br/acontece/noticiasd.php?id\\_noticia=23](http://mansaodocaminho.com.br/acontece/noticiasd.php?id_noticia=23)>. Acesso em: 01 fev. 2013.

MANSÃO DO CAMINHO. **Centro de parto normal Marieta de Souza Pereira - Mansão do Caminho**, 2012?. Disponível em: <<http://www2.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/APRESENTA%C3%87%C3%95ES/191%C2%B0%20Reuni%C3%A3o%2011.10.2012/MANS%C3%83O%20DO%20CAMINHO%20VISITA.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2013.

MELCHIORI, Lígia Ebner *et al.* Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p.13-23, 2009.

MILBRATH, Viviane Marten.; AMESTOY, Simone Coelho; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 462-467, 2010.

MOLINEUX, Maxime. **Mobilización sin participación?** Los intereses de La mujer, estado y revolución en Nicaragua. CEDE, Local, n. 13, p. 179-195, 1984.

MOREIRA, Karla Abreu Peixoto *et al.* O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 720-728, 2009.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **A assistência de enfermagem na perspectiva de gênero: concepções de mulheres em um centro de saúde**. 2000. 223f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Construção de indicadores de gênero para avaliação da assistência de enfermagem: aspectos teóricos e metodológicos. In: FERREIRA, Sílvia Lúcia; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, 2002, 268p.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; OLIVA, Talita Andrade. Indicadores de gênero da assistência de enfermagem às mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 565-568, 2004.

NASCIMENTO, Natália Magalhães do *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.

NUNES, Isa Maria *et al.* **A Construção coletiva do saber extramuros o os projetos de extensão desenvolvidos pelo GEM**. In: FERREIRA, Sílvia Lúcia; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos (Org.). 1.ed.Salvador: EDUFBA, v. 15, p. 117-130, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996.

PEDROLO, Edivane *et al.* A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 760-763, 2009.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo *et al.* Assistência materna e neonatal na casa de parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, v. 4, n. 2, p.2905-2913, abr./jun. 2012. Disponível em:

<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1659/pdf\\_512](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1659/pdf_512)>.

Acesso em: 5 jun. 2013.

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

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 1, p.759-768, 2009b.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez *et al.* Centros de parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, p. 1297-1302, 2009.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez *et al.* Episiotomia, laceração, e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. Esc. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.77-83, jan./mar. 2011.

RODRIGUES, Quessia Paz; DOMINGUES, Patricia Mallú Lima; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.242-248, abr./jun. 2011.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira et al. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.658-663, dez. 2008.

SANTOS, Luciano Marques dos. **Análise da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal**. 2010. 277f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SANTOS, Luciano Marques dos et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 2, p.225-237, maio/ago. 2011.

SANTOS, Luciano Marques dos; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SCHIRMER, Janine; FUSTINONI, Suzete Maria; BASILE, Anatólia Lopes de Oliveira. Perineal outcomes on the left lateral versus vertical semi-sitting birth positions: a randomized study. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 6, p. 745-750, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600002&script=sci_arttext)>.

Acesso em: 10 dez. 2012.

SCHNECK, Camilla Aleksandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Reme**, v. 10, n. 3, p.240-246, jul.2006. Disponível em:

<<http://www.dendimim.com.br/public/Material%20Rebeca/Interven%E7%F5s%20no%20CPN.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2012.

SCHNECK, Camilla Alexandra *et al.* Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 77-86, 2012.

SILVA, Flora Maria Barbosa da; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006.

SILVA, Ana Verônica R.; SIQUEIRA, Arnaldo A. F. de. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Hum.**, v. 17, n. 1, p. 126-135, 2007.

SILVA, Lucas Barbosa da *et al.* Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p.102-106, fev. 2007.

SILVA, Lia Mota *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.

SMITH, CA *et al.* Complementary and alternative therapies for pain management in labour. **Cochrane Database of Syst. Rev.**, v. 18, n. 4, 2006. Available in: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054175>>. Access in: 20 Dec. 2012.

SOUZA, Kleyde Ventura de; ALMEIDA, Maria Rita de Cássia Barreto de; REIS, Romana. Mulheres e profissionais de saúde: a assistência ao parto normal com enfoque nas evidências científicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL: Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido, 6., 2009, Teresina, PI. **Anais... Teresina**, 2009.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscila Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p.479-486, set. 2011.

TADDEO, Patricia da Silva *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p.2923-2930, 2012

TELES, Liana Mara Rocha *et al.* Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. **Rev. Enferm. UFPE** [online], v. 4, n. 2, p. 498-503, 2010. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/643/pdf\\_40](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/643/pdf_40)>. Acesso em: 15 dez. 2013.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul./ago 2010.

VELHO, Manuela Beatriz *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p. 458-466, 2012.

**APÊNDICE A – IMAGENS DO AMBIENTE E DOS MÓVEIS PRESENTES NOS APARTAMENTOS DO CPN <sup>1</sup>**



Banheira



Cavalinho



Banco Obstétrico



Poltrona para acompanhante



Escada de Ling



Bola Suíça

---

<sup>1</sup> Fotos tiradas com autorização prévia da instituição

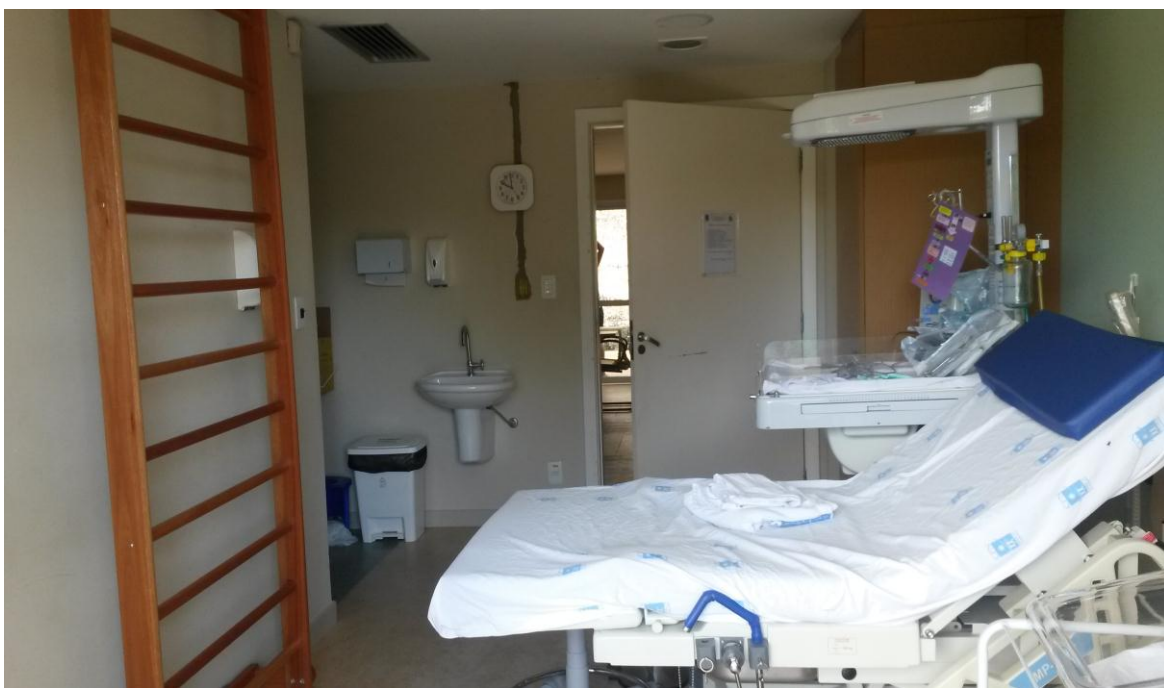




Vista da varanda



Pufe na varanda



Perspectiva geral de um apartamento



## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Título do projeto: **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal.**

### *Dados sócio-demográficos*

- 1 - Idade: \_\_\_\_\_
- 2 - Reside em Salvador? ( ) Não ( ) Sim Bairro: \_\_\_\_\_
- 3 - Cor (auto-referida): ( ) branca ( ) parda ( ) preta ( ) amarela ( ) indígena
- 4 - Escolaridade:
- ( ) Analfabeta ( ) Ensino médio completo
- ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Nível superior incompleto
- ( ) Ensino fundamental completo ( ) Nível superior completo
- ( ) Ensino médio incompleto
- 5 - Atividade:
- ( ) Estuda ( ) Trabalho assalariado ( ) Estuda e trabalha
- ( ) Dona de casa ( ) Outro, especificar: \_\_\_\_\_
- 6 - Estado Civil:
- ( ) Solteira
- ( ) Casada / União consensual
- ( ) Separada
- ( ) Viúva
- 7 - Com quem convive: \_\_\_\_\_
- 8 - Renda Familiar: \_\_\_\_\_ Renda pessoal: \_\_\_\_\_

### *Condições clínico-obstétricas:*

Antecedentes obstétricos

- 09 - N° gestações: \_\_\_\_\_
- 10 - N° partos normais: \_\_\_\_\_
- 11 - N° partos cesáreas: \_\_\_\_\_
- 12 - N° abortos: \_\_\_\_\_

Dados da gestação atual

- 13 – Realizou consulta durante o pré-natal: NÃO ( ) SIM ( )
- 14 – Se SIM, quantas consultas? \_\_\_\_\_
- 15 – Se SIM, em que Unidade de Saúde as consultas foram realizadas?
- 

- 16 – Por que você decidiu ter o parto normal?
- 17 – Por que você decidiu parir aqui nessa instituição?

***Dados sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto***

18 – Quanto tempo em média se passou entre o momento em que você foi admitida aqui na instituição até o momento do parto? \_\_\_\_\_

19 – Fale-me do seu parto, desde os primeiros sinais/sintomas que levaram você a ser admitida no Centro de Parto Normal até agora.

20 – Quais foram as práticas utilizadas durante o trabalho de parto:

- bola suíça  banco obstétrico  cavalinho  banho na banheira  
 banho no chuveiro  massagem  aromaterapia  deambulação  
 musicoterapia  Outro (s), especificar: \_\_\_\_\_

Fale-me dessa experiência. Você acha que poderia ter sido diferente? Como?

21 – Teve a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto:

NÃO  Por que? \_\_\_\_\_

SIM  Quem? \_\_\_\_\_ Fale-me dessa experiência.

22 – Qual foi a posição escolhida por você para o parto:

**Parto vertical:**  parto sentada  parto semi-sentada  parto de cócoras  
 parto 4 apoios  parto Gaskin

**Parto horizontal:**  litotomia  lateral esquerda – SIMS

**Local:**  parto na água  outro - onde? \_\_\_\_\_  Nenhuma das anteriores  
 Porque escolheu esta posição? Você sugeriria outra posição para parir?

23 – Intervenções realizadas:

Teve corte na vagina – episiotomia?  SIM  NÃO  Não sabe informar

Levou ponto na vagina  SIM  NÃO  Não sabe informar

Teve laceração vaginal  SIM  NÃO  Não sabe informar

Tomou soro na veia – infusão endovenosa?  SIM  NÃO  Não sabe informar

Alguém empurrou a sua barriga para baixo durante o parto – Kristeller?  SIM  NÃO  
 Não sabe informar

Foi realizada lavagem do intestino – enema?  SIM  NÃO  Não sabe informar

Foi realizado toque vaginal?  SIM  NÃO  Não sabe informar. Se SIM  
 quantos? \_\_\_\_\_ Foram realizados por profissionais diferentes?  SIM  NÃO  
 Não sabe informar

24 – Para o alívio da dor, fez uso de alguma medicação?  SIM  NÃO  Não sabe informar

25 – Utilizou alguma técnica que não fosse medicação para o alívio da dor?

SIM  NÃO. Em caso afirmativo, fale-me sobre essa experiência.

26 – Quando a sua filha (o) nasceu, você teve o contato pele a pele de imediato com ela (e):

SIM  NÃO  Se “não”, informe o motivo. Se “sim”, fale-me sobre essa experiência.

27 – Houve aleitamento materno na 1ª hora:  SIM  NÃO

Em caso afirmativo, fale-me sobre essa experiência.

28 – Conte-me como foi para você ter tido o parto feito por enfermeira?

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### INFORMAÇÕES À COLABORADORA

A senhora está sendo convidada para participar de uma pesquisa intitulada: **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por enfermeiras em um centro de parto normal**, com o objetivo geral de analisar as experiências de mulheres com o cuidado de enfermagem em um Centro de Parto Normal. Trata-se de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFBA a ser desenvolvida pela mestranda Andréa Lorena Santos Silva, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Enilda Rosendo do Nascimento.

A sua participação é voluntária. Para que você não seja identificada, garantiremos a sua privacidade (será entrevistada em espaço reservado) e o anonimato (seu nome não aparecerá e usaremos um código para citar o seu depoimento). A senhora terá o direito de aceitar ou não a participar dessa pesquisa e poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da entrevista, sem qualquer prejuízo ou penalização. Se a senhora permitir, esta entrevista será gravada em fita de áudio, podendo ser modificada se for o seu desejo. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (05) cinco anos, sendo posteriormente incinerado.

Os riscos para a sua participação na pesquisa podem estar relacionados ao desgaste físico decorrente do tempo que levará para responder as perguntas do roteiro de entrevista e o constrangimento ou mal-estar causado por lembrar momentos que, porventura, não tenham sido bons. Para minimizá-los, a entrevista será conduzida de forma breve e objetiva, visando evitar o desgaste físico, podendo ser interrompida a qualquer momento ao observar o desgaste psicológico. Os benefícios dessa pesquisa serão o de conhecer as experiências de mulheres cuidadas por enfermeiras em um Centro de Parto Normal (CPN), bem como, as práticas baseadas em evidências científicas utilizadas no centro.

Os resultados servirão para que as enfermeiras, que trabalham tanto nos hospitais, como nos Centros de Parto Normal, melhorem as suas práticas assistenciais com base no relato de mulheres, tendo em vista, a assistência centrada nas necessidades da parturiente. A senhora será convidada, através de contato telefônico, para uma sessão científica, em um local definido posteriormente, aonde os resultados dessa pesquisa serão apresentados. As pesquisadoras não estão sendo remuneradas para a realização desse estudo, assim como você não receberá benefícios financeiros para a participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo das responsáveis pela pesquisa.

Todas essas recomendações estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Qualquer dúvida que venha ocorrer durante este estudo, a senhora poderá entrar em contato com a pesquisadora Andréa: (71) 9187-6314 e (71) 3347-7547, lore\_enfermeira@yahoo.com.br ou com o Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, responsável pela análise desse projeto: cepee.ufba@ufba.br.

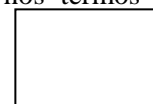
Após esses esclarecimentos, solicitamos a sua permissão para participar dessa pesquisa. Caso aceite, a senhora assinará esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Informo que tive conhecimento das informações aqui descritas que li/que foram lidas para mim. Estou informada sobre a pesquisa e concordo em participar da mesma, nos termos aqui assumidos. Reforço que não fui submetida à intimidação, coação ou indução.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_ (Impressão digital)



\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

**APÊNDICE D – CARTA DE SOLICITAÇÃO À INSTITUIÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS**

Data: 25/04/2013

Ilmo. Sr. Demétrio Ataíde Lisboa

Presidente do Centro Espírita Caminho da Redenção

Assunto: Autorização para realizar pesquisa no CPN Marieta de Souza Pereira

Sr. Presidente

Venho através desta, solicitar autorização para a realização do desenvolvimento do projeto de pesquisa, intitulado: **“Cuidado de Enfermagem às Mulheres em um Centro de Parto Normal”**, em Salvador, no Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira.

Este projeto possui como pesquisadoras: **Andréa Lorena Santos Silva, Nelcimara Souza de Jesus e Laianne Grasielle de Jesus Batista**, orientadora: **Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento**.

Vale reiterar que a realização do mesmo não acarretará nenhum custo para a instituição, somente para as orientandas em questão, assim como as mesmas comprometem-se a entregar a cópia do trabalho após a sua conclusão. Nos comprometemos a manter todos os depoimentos e entrevistas no anonimato.

Atenciosamente,

*Andréa Lorena S. Silva*  
Assinatura da pesquisadora 1

*Enilda*  
Assinatura da orientadora

*Nelcimara Souza de Jesus*  
Assinatura da pesquisadora 2

*Laianne G. de Jesus Batista*  
Assinatura da pesquisadora 3

## ANEXO 1 – FIGURAS QUE REPRESENTAM POSIÇÕES PARA O PARTO<sup>2</sup>

**Figura 1**

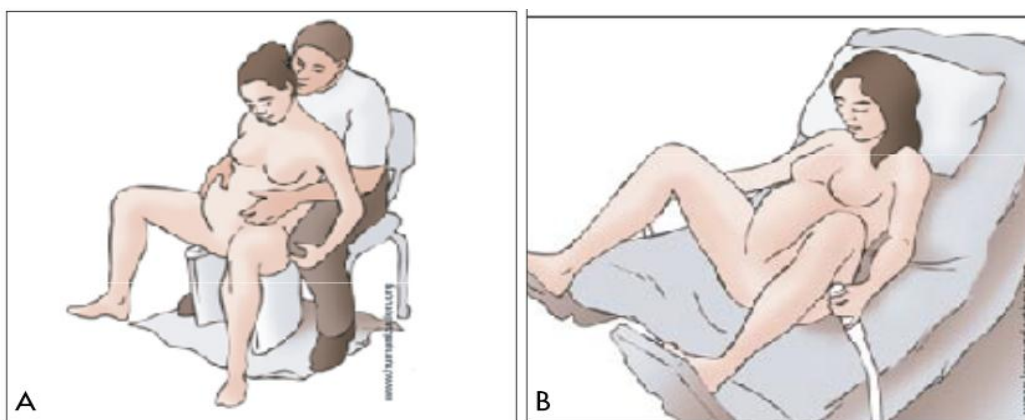


Figura 1, letra A: posição sentada em banco de parto e letra B: posição semi-sentada em cadeiras de parto (ou na cama obstétrica que se transforma em cadeira).

**Figura 2**



Figura 2: Posição indígena ou de cócoras

**Figura 3**



Figura 3: Posição de quatro apoios

**Figura 4**



Figura 4: Posição de Gaskin (posição inglesa)

**Figura 5**



Figura 5: Decúbito Lateral Esquerdo (DLE) ou Sims


<sup>2</sup> Fonte: SILVA, Lucas Barbosa da *et al*, 2007.

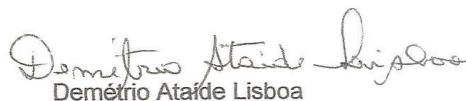
**ANEXO 2 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE PESQUISA****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Eu, José Carlos Jesus Gaspar, responsável pelo Centro de Parto Normal Marieta de Souza Pereira, estou ciente e autorizo as pesquisadoras: **Andréa Lorena Santos Silva, Nelcimara Souza de Jesus e Lianne Grasielle de Jesus Batista** a desenvolverem nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado **“Cuidado de Enfermagem às Mulheres em um Centro de Parto Normal”**.

Declaro conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 196/96 e estar ciente das co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, bem como do compromisso com a segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados, dispondo da infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Salvador, 25 de abril de 2013

  
Dr. José Carlos Jesus Gaspar

  
Demétrio Ataíde Lisboa

**ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA DA EEUFBA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Direção

(71) 3283-7604/7603/ FAX: 55 (71) 3283-7609

[eenfba@ufba.br](mailto:eenfba@ufba.br)

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Pelo presente, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sediada na Rua Basílio da Gama s/n – Canela, na cidade de Salvador, do estado da Bahia, aqui representada por Profa. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, SIAPE nº0534516, e-mail: [eenfba@ufba.br](mailto:eenfba@ufba.br), telefone(s) 3283-7604/7603/7632, atualmente exercendo a função diretora declara, para os devidos fins: ter conhecimento do projeto de pesquisa enviado ao Edital PPSUS, pedido número 8161/2013, intitulado “Cuidado de Enfermagem às Mulheres em um Centro de Parto Normal”, sob a coordenação da Profª Drª Enilda Rosendo do Nascimento, estando de acordo com sua execução e confirmando o apoio institucional para o desenvolvimento do mesmo.

Salvador, 29 de agosto de 2013.

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Diretora

Heloniza O.G. Costa  
Diretora E. E. UFBA  
COREN 10087

## ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DO CEP – EEUFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Cuidado de Enfermagem às Mulheres em um Centro de Parto Normal

**Pesquisador:** Andréa Lorena Santos Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18037513.1.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 367.461

**Data da Relatoria:** 04/09/2013

**Apresentação do Projeto:**

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013.

**Objetivo da Pesquisa:**

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

vide PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP Nº325.057 EMITIDO EM 3/7/2013

**Recomendações:**

NENHUMA

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

CONSIDERANDO QUE O PROTOCOLO ATENDEU ÀS RECOMENDAÇÕES DETERMINADAS NO PARECER DO CEP, SOU FAVORÁVEL À SUA APROVAÇÃO.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
Bairro: Canela CEP: 41.110-060  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br



ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 367.461

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A plenária homologa o Parecer de APROVADO emitido pelo relator.

SALVADOR, 21 de Agosto de 2013

Assinador por:

**DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
Bairro: Canela CEP: 41.110-060  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br