

## AÇÃO EDUCATIVA: UMA PERSPECTIVA PARA HUMANIZAÇÃO DO PARTO?

### EDUCACIONAL ATTITUDE: A PERSPECTIVE FOR DELIVERY HUMANIZATION?

### ACCIÓN EDUCATIVA: ¿UNA PERSPECTIVA PARA LA HUMANIZACIÓN DEL PARTO?

Lucineide Frota Bessa<sup>1</sup>  
Marli Villela Mamede<sup>2</sup>

O objeto de estudo é a ação educativa no contexto de resgate à humanização da assistência obstétrica, contemplada no projeto Maternidade Segura. O trabalho tem como objetivo analisar as relações que a mulher estabelece entre a sua experiência no processo parturitivo e o processo educativo. É de cunho qualitativo e foi realizado em uma maternidade do interior paulista. A amostra constituiu-se de mulheres que estavam sendo acompanhadas a partir de 36 semanas de gestação. Ainda foram observados no processo de coleta, acompanhantes e profissionais de saúde. A análise do conteúdo dos depoimentos permitiu apreender-se que as mulheres reconhecem condutas que humanizam e desumanizam a assistência, que são capazes de modificar percepções para fortalecer o cuidado de si e de sugerir mudanças tanto no âmbito assistencial como educativo para a melhoria dos serviços, tendo em vista a humanização.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ação educativa. Humanização do parto. Assistência obstétrica.

*The objective of this study is to strengthen educational values to recover humanized pre-natal care in the project 'Safe Maternity'. The aim of this research is to analyze the effects of pre-natal care on woman during the delivery and educational processes. It is of qualitative feature and it was conducted in a municipality in the state of São Paulo. The data is taken from a group of woman in their 36th week of pregnancy. Companions and health professionals were observed in the data collection process as well. The analysis of the content of depositions has permitted the research to apprehend that women recognize the behavior which humanize and dehumanize the assistance, they are also capable of modifying their perceptions to strengthen their own self-care and to suggest changes in the scope of care as educational in order to improve the services, seeking humanization.*

**KEY WORDS:** Educational attitude. Delivery humanization. Obstetric assistance.

*El objetivo de este trabajo es estudiar la acción educativa en el contexto del rescate de la humanización de la asistencia obstétrica, contemplada en el proyecto Maternidad Segura. El trabajo tiene como objetivo específico analizar las relaciones que la mujer establece entre su experiencia personal en el proceso de parto y el proceso educativo. Dicha investigación es de tipo cualitativa y fue realizada en una maternidad del interior paulista. La muestra fue constituida por mujeres que estaban siendo acompañadas a partir de las 36 semanas de gestación. Fueron observados en los procesos de muestreo, inclusive, los acompañantes y los profesionales de salud, así como la conducta de los*

<sup>1</sup> Professora adjunta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Acre. lucineidefb@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Professora titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. mavima@eerp.usp.br

*mismos. El análisis de las entrevistas nos permitió conocer que las mujeres reconocen las conductas que humanizan y deshumanizan la asistencia, que son capaces de modificar percepciones para fortalecer el cuidado de sí y sugerir cambios, tanto en el ámbito asistencial como en el educativo, teniendo en vistas, la mejoría de los servicios dentro del marco de la humanización.*

*PALABRAS CLAVE: Acción educativa. Humanización del parto. Asistencia obstétrica.*

## INTRODUÇÃO

No âmbito da assistência ao parto, muitas mudanças aconteceram ao longo da história, principalmente no que diz respeito à conduta dos profissionais que o realizam, à concepção da população em torno desse fenômeno, às suas formas de resolução, com inclusão de intervenções muitas vezes desnecessárias. O parto deixou de ser considerado como um processo fisiológico e a mulher perdeu o papel de protagonista da assistência, passando a ser objeto dela, fato que descaracteriza a humanização.

Este estudo evidencia a reprodução do modelo de assistência vigente (medicalizada, intervencionista, altamente tecnológico e inadequado) e fundamenta-se na necessidade de construir um novo paradigma de assistência alicerçado nos princípios da humanização, por considerar-se que a humanização da atenção possibilita o acolhimento, a valorização do outro, as relações interpessoais, a naturalidade do processo de parturição e o protagonismo da mulher.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a humanização pressupõe uma relação de respeito durante o processo de parto, estabelecida entre os profissionais de saúde, as parturientes e os acompanhantes (BRASIL, 2000). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a humanização compreende um conjunto de práticas que incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nas quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos disponíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Por entender-se que a educação para o parto constitui-se numa possibilidade de troca de experiências e saberes e fortalecimento das relações interpessoais entre gestante / família /

profissionais de saúde, acredita-se que as ações educativas favorecem o compromisso com a qualidade de vida, a conquista da cidadania e a humanização do atendimento.

Na concepção de Freire (2005), a educação representa uma busca constante e caracteriza-se como um processo permanente, no qual o homem é sujeito de sua própria educação, com capacidade de dinamizar o processo de mudança social.

Oliveira, Zampierre e Brugemann (2001) afirmam que a educação tem um papel importante na humanização dos seres humanos e na transformação social.

Fundamentadas nas concepções citadas, considera-se a ação educativa como uma estratégia para a humanização do parto. Nessa perspectiva, acha-se conveniente destacar alguns fatores que se consideram relevantes, a exemplo da necessidade de reconstruírem-se alguns conceitos culturais e socialmente aceitos a respeito do parto, a saber: parto representa risco, envolve sofrimento e medo, significa doença, simboliza dor, é um procedimento médico que ocorre distante da família e que necessita de alta tecnologia; bem como a necessidade de implementar-se ações que possibilitem o conhecimento sobre o processo parturitivo, as rotinas hospitalares e os direitos da cliente como cidadã.

Por outro lado, comunga-se com as concepções que defendem a ideia de que o preparo adequado da gestante e da família com relação ao parto proporciona resultados positivos para a mãe e para o feto. Apoiadas em Freire (2003), entende-se que as ações educativas podem proporcionar ao ser humano a inserção em sua problemática, para que, consciente dela, a clientela tenha coragem para lutar com postura

crítica, reflexiva e com responsabilidade pela sua humanização e libertação. No processo de conscientização, o desafio é ultrapassar o nível da tomada de consciência com uma correspondente ação transformadora.

Deste modo, acredita-se que a ação educativa proposta por Freire (2003) pode contribuir para a reconstrução do atual paradigma de assistência, de forma a ultrapassar as fronteiras da simples informação, estratégia que limita a capacidade da mulher e favorece a condição de paciente controlada passiva e submissa.

Diversos autores e organismos de saúde, a exemplo de Oliveira, Zampierre e Brugemann (2001), Brasil (2003) e Organização Mundial de Saúde (2000), consideram a educação para o parto como uma importante estratégia de atenção, por reconhecerem que o preparo adequado da gestante proporciona resultados positivos para a mãe e para o feto.

Com base nessas concepções, entende-se que a educação para o parto possibilita o respeito aos aspectos emocionais, a auto e co-participação no processo parturitivo e a humanização e naturalização do parto.

Este trabalho tem como objetivo analisar as relações que a mulher estabelece entre a sua experiência no processo parturitivo e o processo educativo.

## METODOLOGIA

Com o apoio teórico de Minayo, Deslandes e Gomes (2002) e Minayo (2004), busca-se subsídios na abordagem qualitativa para melhor compreender o objeto de estudo. A pesquisa qualitativa busca compreender como se dão as relações entre os atores sociais, seja no âmbito das instituições ou dos movimentos sociais, e fundamenta-se na análise dos significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes, questões que não podem ser reduzidas a operacionalização de variáveis.

Fizeram parte desta pesquisa, 10 mulheres que estavam no último mês de gestação, realizando pré-natal em uma maternidade-escola do interior paulista e participando de reuniões de

preparação para o parto no período da coleta de dados. Outros critérios de inclusão foram a participação em no mínimo dois encontros educativos, desejar participar da pesquisa e permitir a presença da pesquisadora durante todo processo de parturição. No puerpério, aceitar receber a pesquisadora em sua residência entre o 7º e o 10º dia de alta hospitalar. A coleta de dados deu-se em três etapas: no decorrer da gestação (por ocasião das atividades educativas, oportunidade em que as mulheres manifestavam suas expectativas frente ao parto e coletavam-se dados sociais e obstétricos); durante o trabalho de parto e parto (observou-se o comportamento das parturientes e acompanhantes, bem como as condutas e intervenções dos profissionais) e no puerpério (buscou-se a concepção da puérpera e acompanhantes a respeito da experiência vivida). A análise e interpretação dos dados apoiaram-se na abordagem da análise de conteúdo, modalidade temática, tendo por referência Bardin (2000) e Minayo, Deslandes e Gomes (2002).

Por tratar-se de estudo que envolve seres humanos, respeitaram-se os princípios éticos garantidos pela Resolução N.º. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de organização e classificação dos dados permitiu a elaboração das unidades temáticas “Revelando expectativas frente ao parto”, “Acompanhando o processo de parturição” e “Revelando o processo de parturição vivido”, as quais emergiram das entrevistas com as mulheres, quando gestantes e puérperas, e dos dados da observação no acompanhamento do processo de parturição.

## REVELANDO EXPECTATIVAS FRENTE AO PARTO

As gestantes pesquisadas, após participarem de ações educativas dirigidas para o parto, demonstraram possuir expectativas e concepções que se afinam com os princípios da humanização, modelo de atenção que considera o parto como processo natural desvinculado do excesso de intervenções e fundamentado na valorização do ser humano e no respeito às suas potencialidades e direitos assegurados.

Quanto à preferência pelo parto, participantes da pesquisa assim se posicionaram: “[...] que seja normal, rápido, porque é melhor, logo a gente pode andar, cuidar do bebê.” (C1). “Normal, porque a dor é só na hora e depois não tem mais. Porque se reabilita melhor.” (C4).

Acredita-se que a escolha pelo tipo de parto foi influenciada pelas orientações recebidas no grupo de preparação para o parto natural e humanizado, o qual oferece informações a respeito das suas vantagens e das desvantagens do parto cirúrgico, quando não tem uma indicação precisa.

Também foram reveladas preocupações e medos com relação à competência técnica e assistencial, à imprevisibilidade do processo de parturição, à ausência de serviços essenciais, e à dor proveniente do próprio trabalho de parto, como expressam as falas: “[...] se me largar lá, deixar sofrendo [...] maltratada [...]” (C8); “É tanto medo que tenho [...] não quero sofrer muito e quero que o bebê não sofra nada [...] A gente escuta tanta coisa, ouvi falar que tentam o normal até o último [...]” (C6).

A não delimitação do tempo de duração do trabalho de parto e parto, que é imprevisível, também traz algumas inquietações. Deste modo, as gestantes esperam que essa fase de sua vida transcorra no menor espaço de tempo. As falas são ilustrativas: “[...] meu parto seja rápido, calmo [...]” (C3); “[...] e que não demore muito.” (C4).

Para amenizar o desconforto da dor e do sofrimento, já esperado e temido pelas gestantes, algumas mulheres manifestam o desejo de receber analgesia: “[...] quero analgesia.” (C2); “Quero anestesia para ter parto sem dor.” (C8).

Quanto ao tratamento e qualidades esperadas dos profissionais que iriam assisti-las, assim se posicionam: “[...] profissionais atenciosos, que atendam as nossas necessidades [...]” (C2); “Quero um tratamento mais humano, com mais carinho [...] mais pessoal.” (C6).

Outras necessidades foram expressas pelas gestantes, como o respeito à privacidade e ao pudor no decorrer do atendimento: “[...] nem com muitas pessoas na sala. De preferência, quero mulher fazendo o meu parto [...]” (C2).

Ainda manifestaram o desejo de receber informações que possibilitassem compreender o que estava acontecendo com os seus corpos: “Quero ser informada das coisas [...]” (C6).

O desejo de alimentar-se no pré-parto também foi manifestado: “[...] não quero ficar com fome.” (C7). Este fato provavelmente tem relação com a manutenção do jejum no pré-parto, prática não mais considerada adequada na atenção obstétrica.

Revelaram negação a alguns procedimentos que consideram desnecessários: “[...] não quero sofrer muito, nem cesárea, nem fórceps, só no caso de emergência mesmo.” (C1); “[...] não quero pique<sup>3</sup> [...]” (C5).

Expressaram o desejo de ter acompanhante, principalmente o marido, para oferecer suporte emocional e psicológico no período da internação: “[...] que dê tempo de meu marido acompanhar.” (C10); “[...] se eu pudesse estar com o meu marido, mas ele não quer.” (C7).

A necessidade de autodesempenho também foi verbalizada. Elas querem reconhecer o momento ideal da internação, bem como contribuir para evolução normal do processo de parto: “Só quero vir para [...] quando já tiver para nascer [...]” (C4); “[...] quero colaborar.” (C2); “[...] vou fazer de tudo para que o bebê não sofra na hora.” (C3).

<sup>3</sup> Refere-se à episiotomia.

Para tanto, buscaram informações em diversas fontes, através de leituras, de orientações das amigas, da participação no curso de preparação para o parto e no pré-natal.

#### ACOMPANHANDO O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Ao serem acompanhados no processo parturitivo, observou-se que as parturientes e acompanhantes mantiveram-se tranquilos e confiantes, utilizando os recursos terapêuticos naturais disponíveis para o alívio de desconforto próprio do processo do parto, até aproximadamente 7 cm de dilatação do colo uterino. A partir desse momento, a maioria optou pela analgesia de parto, solução farmacológica oferecida pela instituição pesquisada.

O banho morno, os exercícios respiratórios e a deambulação parecem ter sido os recursos mais apreendidos pela clientela estudada, pois tiveram maior aceitabilidade e credibilidade, tendo os acompanhantes incentivado sua utilização por acreditar que proporcionavam melhor evolução do trabalho de parto, alívio da dor e relaxamento. O tempo ideal do banho morno ou banho de chuveiro é de uma hora, entretanto respeitou-se o limite e individualidade de cada mulher.

Quanto aos exercícios respiratórios realizados no pré-parto (respiração lenta, com inspiração pelo nariz e expiração pela boca), todas as parturientes procuraram realizá-los, entretanto, ressalta-se a importância do acompanhante para monitorizar e estimular a utilização desse recurso.

A deambulação é menos aceita no final do processo de dilatação, ocasião em que as contrações uterinas tornam-se mais intensas. Nessa fase são frequentemente utilizados a massagem, a respiração e o banho morno. Contudo, houve quem recusasse a massagem por opção individual, por não gostar de ser massageada quando a dor se manifesta. O uso do banco<sup>4</sup> como recurso que

contribui para a evolução do parto também foi recusado, sendo justificado, para tal conduta, o incômodo proporcionado por seu uso. Esse incômodo é esperado, tendo em vista a pressão da apresentação (cabeça fetal) sobre o reto, quando a mulher faz uso do banco.

Quanto à alimentação, observou-se grande aceitação por parte das parturientes, independente da fase de dilatação, tendo, contudo, diferenciação no que se refere à quantidade e consistência dos alimentos. No final do trabalho de parto, há melhor aceitação dos alimentos de consistência líquida ou semilíquida oferecidos em pequenas quantidades. Todavia, o Ministério da Saúde adverte que é preciso estar alerta para as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos ou parto cirúrgico, as quais devem permanecer em jejum durante o trabalho de parto, evitando-se, inclusive, a ingestão de líquidos (BRASIL, 2003).

Vale ressaltar que os comportamentos apresentados pelas mulheres sujeito deste estudo diferenciavam-nas das demais parturientes. Elas eram mais comunicativas, procuravam explicações a respeito das condutas adotadas pelos profissionais, tomavam decisões, tinham iniciativas de aceitar ou recusar procedimentos. Sendo assim, pode-se afirmar que o saber apreendido pelas parturientes, nos cursos ou em outras experiências vivenciadas, possibilitou-lhes uma atitude mais ativa.

Todos os acompanhantes (esposo, mãe, avó, prima) procuraram compartilhar o processo de parturição de diversas formas: oferecendo apoio emocional e espiritual, procurando atender solicitações das parturientes, acompanhando-as durante o banho de chuveiro e a deambulação, realizando massagem, estimulando-as e encorajando-as a utilizar os recursos terapêuticos naturais, comunicando-se com elas, tocando-as, acarinhando-as, abanando-as e demonstrando segurança e confiança na própria parturiente.

Deste modo, ressalta-se a importância dos acompanhantes no Centro Obstétrico, tendo em

<sup>4</sup> Banco, também chamado de banquinho, com a forma de um caroço de feijão ou de um rim, é um recurso natural utilizado para ampliar o canal parturitivo, favorecer a descida do feto e a evolução do processo de parto.

vista o bom desempenho deles e a evolução satisfatória do trabalho de parto e parto das mulheres sujeito deste estudo. Os acompanhantes foram dinâmicos, participativos, colaborativos e controlados, contribuindo, deste modo, com todo o processo e com a equipe.

A despeito do suporte emocional oferecido na instituição pesquisada, os acompanhantes foram considerados como *figuras invisíveis*. Os profissionais de saúde dificilmente dirigiam-se a eles e, ao realizar qualquer procedimento de rotina com a parturiente, em geral, desconsideravam a sua presença.

Após o parto, entretanto, parece ter havido uma interação maior entre acompanhante e profissionais, tendo em vista que, em geral, os últimos solidarizavam-se, parabenizando a mãe e o esposo pelo nascimento do filho. Esse comportamento talvez se justifique porque, com a conclusão satisfatória do processo de parto, termina ou diminui a ansiedade do profissional.

Contudo, é necessário lembrar que, historicamente, a gravidez, o parto e a maternidade foram considerados como atributos de exclusividade do mundo feminino, não sendo permitida a participação dos homens nele, a não ser como procriadores, provedores e possuidores de uma descendência (JONES, 2002), fato que, provavelmente, tem repercussões até os dias de hoje e serve de alerta para a necessidade de mais reflexões sobre o tema e para mudanças de atitudes no contexto institucional e assistencial.

No que diz respeito à interação entre clientela e profissionais de saúde, notou-se que é preocupação da maioria realizar um atendimento acolhedor e humano, embora tenham sido observadas situações que os profissionais apresentaram comportamentos grosseiros e tratamento desumano, os quais se confrontam com os princípios da humanização. Os fragmentos a seguir são ilustrativos: “[...] deixa ela continuar dando escândalo aí, que vou colocar para andar até não aguentar mais [...]”; “Eu não disse [...], se eu disse para ficar do lado esquerdo não foi por acaso.”

Esses comportamentos desconsideram as diferenças individuais e constituem-se em desrespeito e violência contra a mulher, já que

a humanização do parto incentiva a deambulação e assegura a liberdade de escolha de posições cômodas e naturais durante o pré-parto e parto, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal.

Além disso, foi observada desarticulação entre os discursos apresentados na instituição estudada e a conduta dos profissionais que prestam assistência. A mulher é orientada, no pré-natal e no curso de preparação para o parto, a utilizar recursos naturais de alívio de desconforto e que promovam a progressão natural do parto. Entretanto, a atitude acima referida define a deambulação como castigo para as mulheres que apresentam descontrole emocional no trabalho de parto.

Por outro lado, observou-se certa resistência dos profissionais da instituição pesquisada em incentivar os recursos terapêuticos naturais que favorecem o alívio da dor e a evolução do processo de parturição (exercícios respiratórios, banho de chuveiro, massagens e uso do banquinho). Em muitas situações, as parturientes foram convidadas a interromper tais estratégias, tendo em vista a realização de procedimentos de rotina. A deambulação, mesmo não sendo um recurso incentivado por todos os profissionais, foi o que teve maior adesão.

Quase todas as parturientes foram submetidas a algum tipo de anestésico, bloqueio local, analgesia de parto e analgesia peridural ou raqueanestesia para os partos cirúrgicos. Essa situação demonstra que o direito à analgesia de parto foi assegurado e a medicação foi supervalorizada. Esses fatos demonstram a contradição existente nos discursos contidos em documentos oficiais de saúde que contemplam a humanização, ao defenderem, por um lado, o respeito ao processo natural, fisiológico e sem intervenção e, por outro, assegurarem a analgesia de parto como um direito das parturientes. Contudo, é importante lembrar que a analgesia de parto não foi imposta a nenhuma parturiente e a decisão de recebê-la ou não ficou a cargo das próprias mulheres.

Os toques vaginais foram realizados o mínimo necessário, resguardando os casos com risco

de infecção e respeitando a privacidade das parturientes. Apesar disso, esse procedimento não é bem aceito pelas mulheres, as quais, frequentemente, reclamam do incômodo causado, queixam-se de dor e relatam que não conseguem relaxar.

Segundo algumas mulheres, existem profissionais que conseguem realizar o toque obstétrico de maneira rápida, com menos trauma e menos dor, porém é difícil analisar a intensidade da dor e do trauma decorrente dessa conduta profissional, tendo em vista os diversos fatores e variáveis que influenciam no limiar da dor, não analisados neste estudo.

Durante a observação no centro obstétrico, as mulheres manifestaram o desejo de ser informadas a respeito da progressão da dilatação e evolução do trabalho de parto, embora a informação solicitada tenha sido ignorada por muitos profissionais, que fizeram do *silêncio a resposta*. Negar à mulher o direito de saber sobre a evolução do seu parto demonstra falta de envolvimento e de compromisso dos profissionais para com a humanização, além de revelar presença de estratégias de poder que dificultam o exercício da cidadania feminina. É preciso resgatar o poder da mulher em relação ao seu corpo e recuperar sua participação no processo do nascimento.

Com base no que foi exposto, pode-se afirmar que atitudes simples, tais como respeito, tratamento humano e valorização do outro, favoráveis ao bom desempenho da parturiente e à humanização do cuidado, são muitas vezes negligenciados pelos profissionais de saúde. Todavia, ressalta-se a importância das profissionais enfermeiras na maternidade estudada, que se mostraram envolvidas e comprometidas com a perspectiva da assistência humanizada.

Sendo assim, vale lembrar o que dizem Oliveira, Zampierre e Brugemann (2001), ao afirmarem que humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde e a clientela e depende da atitude de cada um e do modo como interage com os outros. Entretanto, a questão da desumanização é muito mais complexa e tem raiz no modelo de atenção vigente; sendo assim, é preciso compreendê-la numa

perspectiva histórica e não natural. Para superá-la, é necessário, portanto, mobilização e luta (DAMKE, 1995).

## REVELANDO O PROCESSO DE PARTURIÇÃO VIVIDO

Nesse processo reflexivo de explanar sobre a experiência da parturição vivenciada, as mulheres, de forma geral, a qualificaram como boa. Veja-se o que falaram a respeito: “[...] foi rápido, dor forte só na contração; eu estava bem calma [...] o parto mesmo foi uma beleza, uma maravilha [...]” (C2); “Quanto ao parto [...] eu acho natural [...] é uma coisa muito perfeita [...]” (C10). A despeito da boa qualificação, a dor é lembrada por elas e identificada como fator estressante: “[...] mas antes do parto eu senti muita dor [...] eu não pensei que [...]” (C5); “Ah! no começo eu achei meio difícil [...] o meu maior medo era ter filho. Na hora do parto mesmo só incomoda [...] mas não é uma dor como da [...] é diferente.” (C7).

A dor, segundo as puérperas, foi componente presente no trabalho de parto e parto de quase todas, variando a depender de sua intensidade e capacidade de tolerância. Contudo, o período de dilatação do colo uterino, de acordo com os depoimentos da maioria das parturientes, parece ter sido a experiência mais dolorosa.

É preciso lembrar que o ato de parir sempre esteve associado à dor, ao sofrimento, ao medo e à punição pelo pecado. Além disso, a violência institucional tem contribuído para que a percepção da dor seja ampliada e propagada.

Ao avaliarem o parto, algumas mulheres configuram-no como um processo fisiológico e, como tal, tratado sem intervenção quando sua evolução acontece naturalmente: “[...] acho melhor esperar o tempo para ter dor, sem ter lá aquele soro, sem ter a injeção [...] eu acho que tem que ser natural.” (C6). “Se você tem tudo pra acontecer um parto normal sem anestesia eu acho que não tem porque tomar anestesia [...] também vai de pessoa pra pessoa [...]” (C10).

Além da concepção do parto como processo fisiológico, as mulheres identificaram benefícios no parto normal, tais como recuperação rápida

e processo saudável: “Eu gostaria que fosse parto normal por causa da recuperação, eu queria sempre parto normal [...]” (C4); “[...] o parto normal recupera mais rápido, no mesmo dia, eu tava andando, indo pro banheiro [...]” (P5).

Esta forma de configurar o trabalho de parto revela o quanto essas mulheres refinaram suas percepções e atitudes que favorecem a consciência de seu papel no processo de parturição, com possibilidades de transformação de uma realidade institucional. Todavia, reconhecem que, para amenizar a dor proveniente da contração da musculatura uterina, intervenções como analgesia de parto e cesariana são procedimentos eficazes para o alívio do sofrimento. Deste modo, entendem que os serviços devem ser estruturados e organizados de forma que a analgesia, direito assegurado às parturientes, seja oferecida: “[...] não justifica passar tanta dor, só pela falta de um pouco de anestesia [...] Acho que deveria ser oferecida anestesia para todas as mulheres [...]” (C8). Depois que aplicou nas minhas costas foi um alívio, vixe! ma-ra-vilha!” (P6). Aconselho [...] analgesia, principalmente quando é mulher do primeiro parto [...] pra mim [...] gostei demais [...] deu pra mim, dá uma descansada da dor por muito tempo.” (P7).

É bom lembrar que o medo da contração dolorosa, ou “dor do parto”, que se intensifica no final do trabalho de parto, foi um dos principais fatores que favoreceu a opção da mulher pela analgesia de parto, revelando que tal procedimento parece estar impregnado de valores culturais: “[...] a primeira coisa que perguntei foi pela anestesia, ele disse não dá tempo mãe, já vai nascer, ah! mais não vai me dar? Fiquei desesperada, pensei que ia sofrer até [...]” (C2).

Os depoimentos destacados reforçam a convicção de que essas construções sociais que concebem o parto como experiência sofrida e com atuação passiva da mulher precisam ser reconstruídas por meio de uma educação transformadora, crítica e reflexiva, bem como de uma assistência que privilegie a humanização e o direito da pessoa humana. Como afirma Freire (2005), a educação não é um processo de adaptação do indivíduo à sociedade e a uma realidade

desumanizante, mas de transformação da realidade para ser mais, para crescer, relacionar-se, inserir-se e refletir sobre sua própria realidade.

Mesmo considerando os benefícios proporcionados pela analgesia, acredita-se que sua indicação deve ser sempre avaliada, devido aos efeitos colaterais indesejados que qualquer substância farmacológica pode proporcionar. Por outro lado, de acordo com Osava (1997), a analgesia favorece a medicalização do parto e descaracteriza a normalidade do processo parturitivo. Contudo, entende-se que deve ser avaliada a indicação de sua administração, quando as medidas naturais de alívio não apresentarem o efeito esperado e a parturiente solicitar um conforto maior, por constituir-se num recurso de valor considerável. Todavia, é necessário que, durante as ações educativas, sejam fornecidas informações a respeito da naturalidade do processo parturitivo, enfatizando as diversas estratégias que podem aliviar ou diminuir o desconforto e a dor, evitando que as mulheres entrem em desespero e reforcem a tendência intervencionista do modelo vigente. As falas das mulheres evidenciam esse entendimento: “Desde o começo eu queria sempre parto normal.” (C4); “[...] eu falei não, não vou tomar anestesia, eu acho que a gente tem que evitar [...] ser o mais natural possível [...]” (C10).

Quanto à presença do acompanhante no processo de parto, as puérperas avaliaram como altamente significativa, revelando que o resgate desse direito, associado ao suporte emocional e psicológico dos familiares, é uma das facetas do cuidado a ser observada conforme as políticas internacionais e nacionais em prol do parto e nascimento humanizados. As falas das mulheres confirmam essas observações: “[...] foi bom a presença dele [...] ver o quanto a gente sofre na hora, ver tudo o que está acontecendo.” (C2); “O principal motivo que eu fiz o curso, foi pra alguém assistir o meu parto.” (C4); “[...] permitiram a presença do meu esposo, eu achei aquilo como uma bênção de Deus, meu esposo, me segurando, me dando força, acompanhando do começo ao fim [...]” (C6); “[...] meu marido me deu



mais segurança ele [...] observando, deveria ter assistido das três.” (C8).

Entretanto, observou-se certa resistência dos profissionais em valorizar essa iniciativa, de forma que a mulher e o acompanhante fossem vistos como sujeitos do processo. Como afirma Foucault (1997), o relacionamento médico-paciente é um procedimento preciso de poder, estabelecido segundo normas e regras construídas ao longo de um processo histórico e cultural. Entende-se, no entanto, que essas regras nem sempre coincidem com as necessidades e os interesses de parturientes e acompanhantes. Deste modo, é preciso escutar a mulher e seu acompanhante, privilegiando a natureza e a cultura, ou seja, é preciso estreitar as distâncias entre profissionais de saúde e clientela, romper com as diferenças e jogo de poder, favorecer a comunicação, o respeito aos valores culturais, aos direitos humanos e ao direito de comunicar-se sem barreiras.

As mulheres não querem muito; elas querem ser compreendidas, informadas, acolhidas e valorizadas como seres humanos. Sendo assim, revelaram a necessidade da companhia constante de um profissional de saúde para atendê-las com competência técnica e de forma personalizada: “[...] é uma hora que a gente fica tão fragilizada sabe, que deixa a gente mais segura ter um acompanhante e ter alguém do cursinho que a gente já conheceu antes.” (C9); “[...] ficou a [...] comigo lá, quase que exclusiva só cuidando de mim, me dando atenção, achei excepcional.” (C10). Elas necessitam da disponibilidade constante de um profissional de saúde de sua confiança, para interagir com elas, compartilhar o momento, tomar decisões conjuntas, atender as suas necessidades e responder perguntas e dúvidas, explicando o que está acontecendo com o seu corpo.

Essas reflexões que as puérperas fazem evidenciam que essas atividades a elas consagradas, durante o trabalho de parto e parto, não se constituem um exercício de solidão, mas sim de uma verdadeira prática social, em que a ajuda de outros é fundamental e tem grande significado em determinadas situações: “Dos profissionais [...] eu gostei muito, foram bem abertos né, me

deixaram bem calma, tranquila, eles sempre me apoiaram.” (C2); “[...] me davam comida, me trataram com educação. Eu achei muito bom.” (C5).

Ao conviver com a realidade, algumas vezes desumanizante, as mulheres apresentaram sentimentos e comportamentos ambivalentes, tendo em vista que, em geral, avaliaram o atendimento como bom ou excelente, embora deixassem registrado seu descontentamento com alguns profissionais, por terem apresentado comportamentos que elas consideraram inadequados: “[...] o entendimento que eu tive, foi que aquela primeira errou a anestesia, me deu muito nervoso e a pressão subiu mais e foi aí que deu aquela complicação [...]” (C4); “[...] eu achei ele [...] insensível na hora da dor, falou reza mais baixo que é pra não tirar a minha concentração; puxa vida, ele é um homem né, nunca teve dor de parto [...]” (C4); “[...] disseram que estava nascendo, e rasgou. É horrível!” (C8). Essas atitudes revelam sinais de violência, desrespeito e falta de compromisso dos profissionais para com a clientela, o que caracteriza a *desumanização da assistência* no ambiente hospitalar.

A limpeza do ambiente, o silêncio, o preparo e sabor das refeições, bem como a temperatura apresentada no momento de consumi-la, foram atributos institucionais que, segundo as pessoas estudadas, qualificam o atendimento na maternidade: “[...] comida que é gostosa, quando está com fome vem comida [...] tudo é limpinho, novinho.” (C8); “A higiene é excelente [...] as enfermeiras são atenciosas, o atendimento é de hospital particular, não de rede pública.” (C9).

Ao se reportarem à participação no grupo de preparação para o parto, as mulheres e acompanhantes classificaram o curso como proveitoso, por fornecer-lhes oportunidades para aprender questões relacionadas à gestação, parto e puerpério, além de ter favorecido o desenvolvimento de autoconfiança e tranquilidade, deixando transparecer que funciona como grupo terapêutico: “[...] me ajudou bastante o cursinho... tem coisas que eu achei que sabia e não sabia.” (C8); “[...] gostei... aprendi muita coisa... minha mãe também [...]” (C5); “[...] o curso foi excepcional, é muito válido. Você tem o conhecimento de

tudo que tá acontecendo com você... isso, mais tranquilidade. Eu fiz dois dias de curso e acho que fez muita diferença. Eu não sabia que banho quente ajudava na dilatação, entendeu? E ajuda, é uma coisa que relaxa, o banquinho, andar, ah! eu acho que isso é muito válido [...]” (C10); “Tudo que eu aprendi no curso, no pré-natal, tudo me ajudou a ficar preparado, eu estava calmo, tranquilo.” (A2).

De acordo com Oliveira, Zampierre e Brugemann (2001), o processo educativo pode ser terapêutico, quando favorece o enfrentamento de situações de estresse e crise, permitindo viver de forma mais saudável as etapas da vida.

As puérperas revelaram ainda preocupação com seu autodesempenho e suas limitações: “[...] fiz tudo que me ensinaram no curso, andei, fiquei no banquinho, tomei banho morno e queria ficar só debaixo do chuveiro, porque eu relaxava mais, diminuía a dor, mas quando eu saía, a dor vinha mais forte [...]” (C5); “[...] não consegui fazer o que foi ensinado, como fazer a força [...]” (C1) Demonstraram preocupação em participar do seu cuidado, interferir e responsabilizar-se por ele, colocando-se, assim, como sujeito do processo e não como objeto da assistência: “[...] aí eu sentia uma responsabilidade muito grande. Então, eu tenho que dar tudo de mim [...]” (C6); “[...] toda maneira mais fácil eu procurava fazer pra adiantar, porque eu queria que nascesse mais rápido.” (C7); “[...] na hora, eu não quis massagem [...]” (C4).

Essa independência do sujeito no direcionamento de seu cuidado, de acordo com Foucault (1985), possibilita ao indivíduo o exercício do poder sobre si mesmo, ao tempo que o responsabiliza pela soberania do cuidado.

Por outro lado, o processo educativo deve ser realizado para ajudar o ser humano a ajudar-se, a transformar-se, de modo que as pessoas possam se sentir agentes de sua própria mudança e do ambiente em que estão inseridos (FREIRE, 2005).

Ressalta-se ainda que o grupo estudado percebe a desarticulação no atendimento, reivindica uma assistência humanizada e oferece sugestões para a melhoria da assistência obstétrica e das ações educativas que visam preparar gestante e

acompanhante para o parto humanizado: “[...] o médico do pré-natal tem que estar por lá. Isso passa segurança pra mulher. Tem que ter algum esquema, porque quando a gente paga, tem o médico que acompanhou lá, na hora certa.” (A8); “É desumano; ou o acompanhante fica internado e inclui comida, ou avisa que não tem alimentação.” (C10); “[...] a gente tem que ser encaminhada bem antes.” (C1); “[...] aulas de vídeo, principalmente quando é o primeiro filho; algum informativo, algum demonstrativo [...]” (C3); “[...] não ser um tema único, mas falar um pouco de tudo; não pode perder conteúdo sobre o parto e como ajudar [...]” (C6); “[...] sempre pela mesma equipe, porque a gente pega mais intimidade [...] e fica mais à vontade pra perguntar, expor as dúvidas [...]” (C9); “[...] fossem incluídos mais profissionais. Psicóloga. a gente fica muito depressiva durante a gestação, assistente social, um pediatra, um trabalho interdisciplinar.” (C10).

As contribuições oferecidas pelo grupo para melhorar a assistência obstétrica e a eficácia das reuniões de preparação para o parto demonstram que ambos, mulheres e acompanhantes, estão sensibilizados para a importância da humanização da assistência ao parto e reconhecem que as ações educativas durante a gestação configuram-se em práticas do cuidado de si. Segundo Foucault (1985), a prática de si implica que o sujeito constitua-se face a si próprio, não como um indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado, instruído, mas sim como indivíduo que sofre certos males e deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo, seja por alguém que para isso tem competência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação das expectativas das mulheres frente ao parto e ao modo como as gestantes, parturientes, acompanhantes e profissionais de saúde incorporaram as ações educativas por ocasião do trabalho de parto possibilitou a reflexão dos principais protagonistas da humanização do parto, além de ter favorecido um repensar sobre a necessidade de adaptação às exigências da demanda atendida, as quais devem ser levadas em

consideração para a sistematização da assistência humanizada implementada pelo SUS.

Os depoimentos das participantes da pesquisa demonstraram que são capazes de reconhecer condutas que humanizam ou desumanizam a assistência, modificar percepções para fortalecer o cuidado de si e de sugerir mudanças, tendo em vista a humanização. Entretanto, o reconhecimento do modelo ideal de assistência não necessariamente promove mudanças; é preciso que toda a sociedade bem como todas as categorias profissionais responsáveis pelo cuidado estejam sensibilizados e dispostos a participar da construção desse novo paradigma de assistência, o da humanização, para que, de forma harmônica e dialética, a humanização do parto torne-se realidade.

Se, por um lado, as mulheres manifestam uma visão crítica da assistência e demonstram envolvimento com o cuidado de si, por outro, demonstram preocupação em atender os padrões de comportamento vigentes e estereótipos de boa paciente, educada e conformada com a situação.

Diante dessa realidade, é preciso refletir sobre a postura autoritária dos profissionais de saúde que, geralmente, se apresentam como donos da verdade e do saber, criando inúmeras barreiras que dificultam uma relação de confiança, credibilidade e respeito aos direitos da mulher como cliente e cidadã. Nesse sentido, a humanização constitui-se em um desafio para as organizações hospitalares, para os profissionais de saúde e para a própria sociedade.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência ao pré-natal*. Manual técnico. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2003.

DAMKE, I.R. *O processo do conhecimento na pedagogia da libertação*. As ideias de Freire, Fiori e Dussel. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. *Educação e mudança*. 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

\_\_\_\_\_. *Historia da sexualidade 3: o cuidado de si*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

JONES, R.H. *Pai e paternidade*. 2002. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.hpg.ig.com.br/saude/10/ac007.html>>. Acesso em: 11 dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

\_\_\_\_\_; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (Coord.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERRE, M.F.M.; BRUGEMANN, O.M. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento*. Florianópolis: Cidade futura, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Maternidade segura*. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

\_\_\_\_\_. *Paquete madre/bebê: implementando la maternidad segura em los países*. [Genebra], 2000.

OSAVA, R.H. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não-médicos*. 1997. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.