



O PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO

Alessandra W. da Cruz

Acadêmica do 10º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Canoas/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Processo de Trabalho na Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil.

Cibeli de S. Prates

Enfermeira Obstétrica. Mestre. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Canoas/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Processo de Trabalho na Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil.

Maria R. B. Figueiredo

Enfermeira. Mestre. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na ULBRA – Canoas/RS. Coordenadora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil/Canoas/RS. Coordenadora da RIS Comunitária. Membro do Grupo de Pesquisa Processo de Trabalho na Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil.

RESUMO

Historicamente, até o final do século XIX, o parto era realizado no domicílio da parturiente. Contudo, com a civilização e a evolução da ciência médica no Brasil, os hospitais passaram a ser recomendados com mais frequência pelos médicos, por ser considerado como um lugar ideal e seguro para as mulheres darem a luz. Diante disso, o parto deixou de ser um evento privativo da mulher e passou a ser medicalizado, transformando a mulher em objeto da parturição e em coadjuvante deste momento. O estudo teve por objetivo geral investigar o protagonismo da parturiente durante o seu parto. E, específicos: identificar de que forma a parturiente exerce sua autonomia na escolha do parto; descrever a experiência das usuárias sobre as decisões relativas às intervenções tomadas no parto; e compreender a influência do modelo biomédico sobre o protagonismo e as decisões das mulheres no processo da parturição. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória seguindo uma abordagem qualitativa, realizada com 11 puérperas pós-parto vaginal, sem intercorrências com a mãe e o bebê. A coleta das informações foi realizada em abril/maio de 2015, através

de entrevistas semiestruturadas em uma Unidade de Alojamento Conjunto, de um Hospital Universitário da cidade de Canoas/RS. A análise das informações foi realizada através de análise temática proposta por Minayo. Esta pesquisa cumpriu os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da ULBRA. Como resultado, sugere-se que a falta de conhecimento sobre o trabalho de parto é o fator que mais interfere no exercício da autonomia e consequentemente no protagonismo da mulher. Durante a gestação as orientações recebidas são insuficientes, o que gera insegurança na mulher para decidir por si mesma. Já no momento do parto, não são raros os profissionais que apenas comunicam o que será realizado, sem dar a oportunidade de escolha. Muitas informações estão comumente restritas ao arsenal de conhecimento médico, o que faz com que elas acreditem que não devem intervir nos procedimentos ou decisões sobre o seu parto. Desta forma, a desinformação da parturiente somada à relação entre profissional e paciente comumente verticalizada, favorece que as mulheres sintam-se menos capacitadas para escolher e assim delegue seu poder de decisão. Logo, devido essa apropriação do parto pela equipe de saúde, a mulher gestante se reelege a um papel coadjuvante e passivo no processo parturitivo, e os profissionais tornam-se os protagonistas do parto. Por fim, a pesquisa pretende promover a reflexão sobre as práticas de assistência ao parto e incentivar o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os profissionais e as mulheres. De modo que a mulher seja protagonista de seu próprio parto e que a equipe de saúde seja o alicerce para a efetivação deste propósito, se preparando para receber a parturiente, educando, orientando, oferecendo e dando a oportunidade de escolha com respaldo e respeito a suas escolhas.

Palavras-chave: Autonomia Pessoal. Gestantes. Parto normal.

INTRODUÇÃO

Em todas as culturas, a gravidez e o nascimento representam mais do que um evento biológico. É uma importante transição caracterizada pela construção de uma nova identidade, o status de ser mãe (FONSECA; JANICAS, 2014). Para a mulher, o parto é um momento de extrema sensibilidade, onde fatores socioculturais e emocionais interferem ativamente no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parturição (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; VELHO; et al., 2012).

Historicamente, até o final do século XIX, o parto era realizado no domicílio da parturiente. Contudo, com a civilização e a evolução da ciência médica no Brasil, os hospitais passaram a ser recomendados com mais

frequência pelos médicos, por ser considerado como um lugar ideal e seguro para as mulheres darem a luz. Diante disso, o parto por sua vez deixou de ser um evento privativo da mulher. Conseqüentemente, passou a ser um evento institucionalizado e repleto de inovações tecnológicas, direcionado a um cuidado técnico “terceirizado” em que o médico assume o comando (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Inicialmente ao entrar na instituição, a mulher não raro, tem o seu corpo “objetificado” por meio da manipulação excessiva e das diversas intervenções realizadas ao longo do trabalho de parto; a relação interpessoal é substituída pelo uso abusivo e rotineiro da tecnologia; os medos, anseios e desejo das mulheres são desconsiderados em prol dos protocolos hospitalares; e seus direitos desrespeitados (SALGADO, 2012).

De fato, a hospitalização foi responsável, em grande parte, pela queda da mortalidade materna e neonatal. Porém, em contrapartida, ela resultou na medicalização e controle do período gravídico e puerperal, transformando a mulher em objeto da parturição e em coadjuvante deste momento (SANTOS; et al., 2011).

Diante disso, em 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher. Sobretudo, objetiva ainda a reorganização da assistência, ficando esta pautada na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções (MALHEIROS; et al., 2012). Posteriormente em 2011, o Ministério da Saúde (MS) também instituiu a Rede Cegonha como estratégia para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011). Além disso, uma das principais diretrizes da assistência obstétrica no país se baseia no compromisso dos médicos contribuírem para o empoderamento das gestantes, no sentido de uma tomada de decisão consciente (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Nesse sentido se faz necessário estimular o protagonismo da mulher no parto. O protagonismo da parturiente determina-se por sua capacidade de parir sem nenhuma interferência da equipe na maioria das vezes. Entretanto,

frequentemente a mulher contemporânea apresenta uma autonomia limitada que compromete o seu protagonismo no processo da parturição (PEREIRA; et al., 2011).

A proposta deste estudo surgiu durante vivências no atendimento às parturientes, onde percebeu-se que frequentemente as gestantes em trabalho de parto não se veem como protagonistas e o processo de parturição paralelamente é conduzido pela equipe de saúde. Além do mais, a temática autonomia tem sido incluída em fóruns sociais e científicos acerca da humanização do parto e nascimento e das políticas para mulheres no país (PEREIRA; BENTO, 2011).

Logo, descrevendo a experiência de mulheres frente a sua autonomia e as decisões relativas ao parto, acredita-se que o estudo possa promover reflexão dos profissionais sobre o atendimento prestado durante o trabalho de parto. Além disso, a equipe também poderá se instrumentalizar para melhor atender as parturientes, permitindo que o atendimento oferecido seja humanizado e digno, a fim de potencializar o poder da decisão de acordo com os desejos e necessidades de cada mulher.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo geral investigar o protagonismo da parturiente durante o seu parto. E, específicos: identificar de que forma a parturiente exerce sua autonomia na escolha do parto; descrever a experiência das usuárias sobre as decisões relativas às intervenções tomadas no parto; e compreender a influência do modelo biomédico sobre o protagonismo e as decisões das mulheres no processo da parturição.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa.

A pesquisa foi realizada na Maternidade de um Hospital Universitário da cidade de Canoas/RS nos meses de abril e maio de 2015. O Hospital é referência para as gestantes do Município, de forma que o Centro Obstétrico (CO) do local realiza cerca de 320 partos por mês, com aproximadamente 70%

dos partos normais. O atendimento é subsidiado pelo Sistema Único de Saúde, mas também são realizados partos pelo convênio e particular.

Participaram do estudo 11 puérperas. A limitação da amostra foi definida pelo critério de saturação de dados. Os critérios de inclusão foram: pós-parto vaginal, sem intercorrências com a mãe e o bebê. Já os critérios de exclusão para essa pesquisa foram: mulheres que internaram para terem seus filhos de parto cesárea ou puérperas de partos vaginais que tiveram alguma intercorrência durante o trabalho de parto, impossibilitando-as de conduzir o parto e exercer sua autonomia.

Para a coleta das informações foi utilizada a entrevista semi-estruturada. As puérperas foram abordadas no dia seguinte ao parto, na Unidade de Alojamento Conjunto. A entrevista foi gravada e transcrita posteriormente pela pesquisadora.

Para análise foi utilizada a análise temática proposta por Minayo. A análise temática segundo a autora descobre o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. A análise temática de Minayo divide-se em três etapas: pré-análise (leitura flutuante; constituição do corpus; formulação de hipóteses e objetivos); exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012).

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Luterana do Brasil, através da Plataforma Brasil e aprovado com o número de parecer 1.002.718. Todas as atividades foram baseadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Foi fornecido às participantes da pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor, sendo que uma via ficou com a participante e a outra com a pesquisadora. Todas as participantes do estudo assinaram o termo, contendo a solicitação de autorização para a entrevista, bem como autorização para gravação. Além disso, cada participante foi identificada com nome de pedras preciosas como: Ágata, Esmeralda, Pérola, dentre outras; visando manter o anonimato das identidades.

As informações geradas pela pesquisa ficarão arquivadas pela pesquisadora durante cinco anos e após esse período destruídas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As puérperas entrevistadas tinham idades entre 20 e 40 anos. Todas as mulheres realizaram consultas de pré-natal, a maioria com 9 (nove) consultas ou mais, conforme preconizado pelo MS (FBAGO, 2006). Em relação ao nível de escolaridade apresentou-se bem variado, havendo desde ensino fundamental incompleto até ensino superior incompleto; todas as mulheres possuíam companheiro e grande parte delas já tinham pelo menos um filho. Todas realizaram parto vaginal sem intercorrências.

Após a análise temática dos relatos das puérperas emergiram as seguintes categorias: “Autonomia na escolha do parto”; “Decisões x Intervenções no parto”; “Modelo biomédico x Protagonismo da mulher no parto”. A seguir serão discutidas as categorias de análise.

AUTONOMIA NA ESCOLHA DO PARTO

Etimologicamente, o termo “autonomia” derivado das palavras Gregas “*autos*” (próprio) e “*nomos*” (lei/regra), pode ser interpretado de forma literal como a “lei do próprio” (LEITÃO; COSTA, 2010). Sua origem linguística, portanto, evidencia a ideia de liberdade de escolha e a capacidade de exercício ativo de si (MALHEIROS; et al., 2012).

A mulher em trabalho de parto passa por uma multiplicidade de situações ao qual poderá exercer sua autonomia. Dentre as decisões relativas ao parto pode surgir à escolha do tipo de parto (cesariana ou vaginal), se gostaria de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, a possibilidade de escolher a posição que prefere ficar, o recurso a técnicas analgésicas e métodos não farmacológicos para alívio da dor, ou mesmo em situações mais simples como a opção pela não realização da episiotomia e indução do parto (LEITÃO; COSTA, 2010). Tais situações podem ser identificadas nas falas abaixo:

[...] Eu não optei por acompanhante. Até meu esposo queria, mas eu acho que é uma hora particular minha né [...] (Cristal).

[...] Eu optei por não ter um parto induzido, eu optei por ter um parto normal, mais humanizado [...] (Turquesa).

Podemos compreender que a autonomia da mulher no trabalho de parto pode ter diversas formas, porém as decisões e as escolhas da parturiente envolvem toda sua percepção sobre a parturição, além de aspectos emocionais e socioculturais que a acompanharam por toda a vida (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; VELHO; et al., 2012).

O protagonismo da parturiente também está relacionado com a oportunidade que lhe é oferecida pelos profissionais de saúde em escolher o que mais lhe convém e de ter seus direitos integralmente respeitados, e consequentemente a sua vontade (LEITÃO; COSTA, 2010; SILVA, 2014).

Diante disso, para facilitar a comunicação entre a mulher e seu cuidador e favorecer que suas escolhas sejam respeitadas no parto, o MS recomenda a elaboração de um plano de parto (BRASIL, 2014). Neste documento a parturiente expõe todos seus desejos para o parto, informando sobre suas escolhas relativas as alternativas disponíveis na assistência, com ou sem intercorrência (SODRÉ; et al., 2010). Desta forma, a responsabilidade pelas escolhas é compartilhada, e a mulher é vista como agente apta a tomar decisões, junto com o profissional que a atende, sobre os procedimentos de seu atendimento (PIMENTEL; et al., 2014).

Apesar da autonomia no parto ser estimulada pelo MS, a escolha pelo tipo de parto ainda não é um direito exercido pela mulher no Sistema Único de Saúde – SUS (MACEDO; ARRAES, 2013). Este assunto foi destacado pelas entrevistadas, e podem ser observadas em suas falas:

[...] Se não for particular ela não tem (direito à cesárea), se for particular até vai, chega na hora ali, tá com aquela dor “ai me passa pra cesárea”, daí é claro, daí fazem [...] (Ágata).

[...] Não tem essa daí de tu escolher se cesárea ou normal [...] o corpo é meu, e eu tava pedindo uma cesárea. E eles falaram que não, que eles não iam fazer cesárea, por que eles não podiam fazer. Por que eles não podiam fazer? Daí até meu esposo perguntou “ta, mas até quando, ela vai ter que ganhar parto normal? Ela é obrigada a ganhar parto normal?” [...] (Ametista).

Embora a fala das parturientes demonstrem que a opção pelo parto cesáreo não é uma escolha delas, deveríamos refletir sobre os critérios para realização deste procedimento cirúrgico. Existem situações para indicação da cesariana, tanto durante trabalho de parto quanto eletivamente. As indicações mais comuns são: cesariana prévia, distócia ou falha de progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica, condições fetais não tranquilizadoras, dentre outras (FREITAS; et al., 2011).

Contudo, quando não estão presentes os critérios elegíveis para a ocorrência da cesárea, a mulher não teria direito ao procedimento, pois a autonomia das mulheres perpassa pelo seu direito de cidadania. Ou seja, aquilo que não é de direito, não pode-se considerar o poder de decidir (SILVA, 2014).

A cesárea por outro lado, pode surgir como uma solução que a parturiente encontra no momento de medo da dor e repercussões do parto (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011; SILVA, 2014). Sua opinião e decisão sobre a via de parto tornam-se, então, manipuláveis pelo medo do desconhecido e do sofrimento imposto pela dor (PEREIRA; et al., 2011). O que pode ser observado no diálogo que segue:

[...] Queria uma cesárea pra que aquilo ali passasse rápido, ai eu quero meu bebê, eu quero ver ele, o que ta acontecendo [...] (Ametista).

[...] Não, é que na hora eu perguntei se podia ser cesárea, eles falaram que não, que já tava quase nascendo [...] sim, por que eu tava com muita dor, eu tava desesperada [...] (Coralina).

O medo da dor e a desinformação acabam sendo fortes elementos na opção pelo parto cesáreo (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Assim, para que a mulher possa ter autonomia de fazer uma escolha consciente e não pautada no medo, a informação recebida é bastante relevante (SILVA, 2014).

Um estudo mostra que a mulher informada sobre o parto, ainda durante a gestação, apresenta-se mais segura durante a evolução do trabalho de parto e tem maior possibilidade de participar da tomada de decisão. Desta forma, o profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de oferecer informações claras e completas sobre os cuidados, tratamentos e alternativas, dando a oportunidade da mulher participar das decisões do que lhe foi informado, no entanto sem deixar de estimulá-las a seguir as boas práticas (SODRÉ; et al., 2010).

Nessa perspectiva, dizemos que o acesso às informações possibilita que as mulheres tornem-se empoderadas (SILVA, 2014). Este fato pôde ser observado quando as puérperas foram questionadas se as mulheres possuem autonomia no processo de parturição e se existem fatores que interferem no poder de escolha. Grande parte referiu a falta de conhecimento como um empecilho na tomada de decisão, conforme os relatos abaixo:

[...] Tem algumas coisas que a gente não tem como ter autonomia, por que a gente não tem conhecimento. Então a gente precisa desse suporte, muitas vezes acatar uma decisão alheia também [...] (Esmeralda).

[...] Mas é que nem eu te falei, não acontece (autonomia) por que tu não sabe [...] Então como é que a gente vai querer decidir? [...] (Espinela).

O princípio da autonomia, dentro da liberdade individual, preconiza que a pessoa saiba o que é melhor para si, devendo decidir com pleno conhecimento e consciência (MACEDO; ARRAES, 2013). Percebe-se, contudo, que a falta de orientação e conhecimento, também identificada nas falas das puérperas, diminui a autonomia da mulher nas escolhas do parto (WEIDLE, 2014).

Uma outra situação consiste nas informações recebidas que são muitas vezes contraditórias e dificultam que a mulher identifique as melhores opções para seu parto. Nessas condições a autonomia torna-se limitada pela incapacidade de compreender a sua situação de saúde no momento, (LEITÃO; COSTA, 2010) conforme destacado por Ametista na fala abaixo:

[...] Mas também foi um pouco por causa que um profissional falava uma coisa, outro profissional falava outra coisa diferente, mandava embora, outro mandava ficar. Então aquilo ali, eu me senti bem insegura, aquilo ali foi me atacando dos nervos, e acho que fez até mal pro bebê um pouco também [...].

Portanto, a mulher em trabalho de parto, depende frequentemente das informações que vêm da equipe de saúde (LEITÃO; COSTA, 2010). As práticas educativas e de orientação durante todo pré-natal e também durante o trabalho de parto são estratégicas essenciais no cuidado que permitem o exercício da autonomia pela mulher, possibilitando o acesso informações e conhecimentos indispensáveis para a escolha e decisão sobre o que é melhor para si no parto e para o nascimento de seu filho (PEREIRA; BENTO, 2011).

A fala das entrevistadas abaixo revela que as orientações recebidas facilitam as escolhas realizadas:

[...] Então acho que explicando com certeza a gente sempre vai escolher o que for melhor né [...] (Pérola).

[...] Acho que orientando, explicando, deixando ela ciente de quais vão ser os procedimentos [...] (Rubi).

Dessa forma, educar a mulher nas escolhas possíveis é essencial, mas além disso também é preciso apoiá-la quando não conseguir ou puder decidir (LEITÃO; COSTA, 2010). Muitas vezes a mulher não se sente à vontade para expressar suas vontades ou decidir sobre os procedimentos referentes ao seu parto (SILVA, 2014). Quando internada, frequentemente a mulher sente-se sem controle da situação, onde não pode prever nem determinar o próximo instante,

e nesse momento a capacidade de tomar decisões encontra-se diminuída (LEITÃO; COSTA, 2010).

DECISÕES X INTERVENÇÕES NO PARTO

No Brasil, o modelo predominante de assistência ao parto é extremamente intervencionista. As rotinas institucionais frequentemente são priorizadas, desrespeitando a fisiologia do parto e desviando o foco das necessidades da mulher (SODRÉ; et al., 2010; SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Como consequência desse modelo assistencial, as intervenções que visam acelerar o parto passaram a ser a regra nos hospitais (SILVA, 2014). São intervenções como a ruptura da bolsa amniótica (que a partir disso marcaria um tempo máximo para o nascimento do bebê), a inserção de um medicamento que visa dilatar o colo do útero (conhecido como misoprostol), a aceleração das contrações com o uso de ocitócitos, um fórceps e por fim uma episiotomia com o intuito de “favorecer” a saída do feto (RODRIGUES, 2013).

Diante disso, houve um grande movimento para resgatar o parto humanizado e o mais natural possível. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o parto normal não seja medicalizado, e que seu acompanhamento deve se dar com o mínimo de intervenções, que sejam realizadas quando realmente necessárias. Igualmente, o MS ainda salienta que a gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como um processo fisiológico e natural (BRASIL, 2014).

Apesar da indicação da OMS e do MS, durante as entrevistas, percebeu-se que as intervenções ocorreram durante o trabalho de parto de quase todas as entrevistadas, podendo ser observado em algumas falas:

[...] Ai depois às 11h ela me deu o soro, e a ocitocina pra poder induzir [...] ai quando era uma hora e quinze mais ou menos, uma e vinte, ela estourou a bolsa pra ser mais rápido [...] (Espinela).

[...] Aí eles começaram a indução na sexta feira, com comprimido, ai colocaram quatro (comprimidos) na sexta e não dilatou nada, ai

colocaram mais um no sábado, foi ai que rompeu a bolsa de tarde [...] (Safira).

Todavia, as intervenções quando utilizadas de forma rotineira dificultam a promoção de um parto saudável, fisiológico e da prevenção de possíveis agravos, inclusive aqueles resultantes da assistência como a dor iatrogênica e a lesão genital da episiotomia desnecessárias, dentre outras (SANTOS; OKAZAKI, 2012). Além disso, as situações decorrentes de um parto cheio de intervenções, sem informações, repleto de condutas autoritárias dos profissionais, pode gerar medo e ansiedade, interferir na fisiologia do parto e até oferecer riscos materno-fetais, pois as relações de vínculos ainda são frágeis (SODRÉ; et al., 2010).

Grande parte das intervenções realizadas são pautadas na lógica do risco e da incerteza, justificando assim o enquadramento da gravidez numa noção de patologia, o que colabora para a realidade obstétrica atual (PIMENTEL; et al., 2014). Contudo, a menos que haja desvios da normalidade, constatado através dos meios de controle maternos e fetais, com continua avaliação de riscos, não se justifica qualquer tipo de intervenção nesse processo (BRASIL, 2014). Atualmente, o MS passou a preconizar a utilização do partograma, um documento onde são registradas todas as etapas do trabalho de parto da gestante. Através deste instrumento que mostra todo desenvolvimento do parto e o estado do bebê, a gestante pode ter mais segurança para a decisão sobre o seu parto, além de estar melhor orientada sobre possíveis riscos (BRASIL, 2015).

Sabemos que são inegáveis as contribuições dos avanços técnico-científicos que, ao reduzir os riscos maternos e fetais, tornaram o parto mais seguro. Entretanto, apesar disso, a prática cada vez maior de intervenções desnecessárias mostra o quanto a população é carente de informação e de educação em saúde (BRASIL, 2014).

Os diálogos das entrevistadas destacaram que alguns profissionais até ofereciam a informação durante o trabalho de parto, contudo percebe-se que a informação é no sentido de deixa-la ciente e não de lhe permitir escolher ou

decidir o que é melhor para si. O que pode ser observado nos diálogos que seguem:

[...] É, mas tudo a doutora, tudo que ela foi me dando, medicamento, tudo que ela foi dando, ela foi (explicando), eu não precisei ficar perguntando para que é isso e para que é aquilo [...] (Ágata).

[...] Mas eles não chegam e te explicam “ah, tu quer fazer desse jeito ou não, ou por que vamos fazer assim”, entendeu? [...] No caso eles não dão opções, eles só vão fazendo na hora entendeu. Eles não perguntam se tu quer ou não fazer [...] (Perola).

[...] Só me botaram soro e mandaram esperar, só o que aconteceu [...] (Jade).

O MS alerta que infelizmente muitas intervenções desnecessárias até são informadas, mas muitas vezes apenas no momento em que serão realizadas, sem nunca antes terem sido mencionadas, impossibilitando uma real escolha por parte da mulher (BRASIL, 2014). Neste sentido, as puérperas também relataram que aceitavam as intervenções, pois acreditavam ser o melhor, já que havia sido indicado pelos profissionais que estavam presente.

[...] Aí só me botaram no soro. Aí eu concordei né, que era melhor me colocar no soro [...] E só isso também. Por que o resto eu concordei com tudo [...] (Coralina).

A relação entre profissional e paciente, comumente verticalizada, faz com que as mulheres, sintam-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, conseqüentemente elas apresentam dificuldades em participar da decisão diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2014). A representação do profissional para as parturientes também é um fator que influencia no poder de decisão da mulher, que em nome da segurança, delega o comando do processo ao profissional especializado (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

MODELO BIOMÉDICO X PROTAGONISMO DA MULHER NO PARTO

Culturalmente a sociedade dá créditos ao modelo de assistência que é centrado no especialista, estes frequentemente se tornam o elemento através do qual as mulheres procuram a sua segurança e aos quais entregam a sua autonomia (LEITÃO; COSTA, 2010).

No Brasil, a carência de informações desde o pré-natal, junto com o modelo de assistência e a hospitalização do parto, contribui para que o médico receba o comando e o poder de decisão sobre o processo da parturição. Ocorrendo deste modo, um fenômeno cultural em que transforma um comando de natureza fisiológico exercido pela mulher grávida, para um comando técnico, do médico (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

[...] No momento que ele (médico) achar que o que ela quer pode deixar em risco a saúde dela, a mulher perde a autonomia, por que em primeiro lugar é o médico né [...] (Rubi).

[...] Quando tu cai na mão do médico, o médico vai escolher por ti, a tua vida ta nas mãos dele, e ele vai decidir, o que ele quiser fazer ele vai fazer [...] (Ametista).

Sobretudo, a medicina sempre agiu de forma paternalista. Os cuidados prestados de modo geral são feitos de forma a tratar o paciente como alguém incapaz de cuidar e decidir por si mesmo, sendo necessária sua tutela (RODRIGUES, 2013). Diante disso, as mulheres tendem a crer em sua falsa incapacidade de dar à luz na ausência do médico e de seu aparato técnico e, apesar de todas as intervenções, desconfortos, violências e dores iatrogênicas proporcionadas em ambiente hospitalar, mantém-se culturalmente viva a ideia de que o único local seguro para o parto é o hospital e a de que “médico bom é médico ativo”, o médico que intervém (PIMENTEL; et al., 2014).

Este assunto foi destacado pelas entrevistadas, e podem ser observadas em suas falas, quando referem que o médico deve deter o comando do parto:

[...] O médico estudou pra aquilo ali, então provavelmente ele sabe o que ele ta fazendo. Então, como é que a gente vai querer decidir “ah

não, não vou tomar esse remédio, não vou fazer isso”, o médico sabe né? [...] (Espinela).

[...] Mas eu acredito que esse poder (autonomia) teria que ser dado ao médico, por que ele sabe, ele ta te avaliando, ele sabe se tu tem condições ou não [...] (Rubi).

Na instituição hospitalar, é o profissional de saúde - principalmente o médico - que detém o saber científico e a técnica para controlar os acontecimentos (RODRIGUES, 2013). No entanto, simultaneamente a mulher fica destituída de poder, pois o especialista é considerado o detentor do conhecimento (PIMENTEL; et al., 2014).

[...] Por que eu to preocupado com ela, to preocupado com o bebe (acompanhante questionou), [...] “a gente que sabe o que é melhor pro paciente, o que não é melhor pro paciente”, foi respondido assim pra ele [...] (Ametista).

É neste sentido que foi sendo construída socialmente a ideia de que é o médico quem faz o parto, transformando a mulher num sujeito passivo e o corpo feminino visto como algo defeituoso que precisa ser consertado e controlado (PIMENTEL; et al., 2014).

Por outro lado, todo o desenvolvimento da medicina visava fornecer ao médico autonomia suficiente para decidir o que fosse melhor para o paciente, sem que este possuísse meios e oportunidades de expressar sua própria autonomia (RODRIGUES, 2013).

Uma vez que o médico recebeu uma formação das mais prestigiadas pela sociedade, dele se esperam respostas exatas e procedimentos garantidos que “ajudarão” a mãe na sua decisão (PEREIRA; et al., 2011). O que pode ser observado nos diálogos que seguem:

[...] Eu respeito a opinião do doutor entendeu. Tudo que o doutor me fala pra mim, eu não vou discordar com ele, eu acho que ele ta mais certo que eu, entendeu? [...] (Coralina).

[...] Ah ela falou em fazer, e eu achava que tinha que fazer o que é certo, o médico que entende [...] (Espinela).

Sobretudo, o fato das informações estarem restritas ao arsenal de conhecimento médico, e poucas chegarem de fato ao conhecimento da mulher que deveria ser a principal conhecedora do processo que ela protagoniza, contribui para que a parturiente deposite suas decisões na equipe de saúde (PEREIRA; et al., 2011).

Sugere-se pelas entrevistas que esta delegação de autonomia é uma escolha frequente por parte da parturiente, que confia nos profissionais e pretende muitas vezes ser conduzida neste processo. Todavia, apesar do desejo de não decidir, isso não impede que ela tenha o direito a conhecer toda a evolução do seu trabalho de parto e possa a cada momento decidir sobre ela e o ambiente que a rodeia (LEITÃO; COSTA, 2010).

Neste sentido, alguns autores referem que a autonomia é tanto decidir, como decidir não decidir, desde que se faça em confiança e conhecimento (LEITÃO; COSTA, 2010; RODRIGUES, 2013). Entretanto, é importante destacar que durante todo o estudo as parturientes relataram que não têm conhecimento e se sentem inseguras. E, embora exista autonomia mesmo quando a mulher decide delegar suas decisões a equipe de saúde, o real protagonista desta cena passa a ser o profissional e não mais a mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo possibilitou identificar pela fala das puérperas, que a falta de conhecimento sobre o trabalho de parto é o fator que mais interfere no exercício da autonomia e conseqüentemente no protagonismo da mulher durante o parto.

Percebe-se que durante a gestação as orientações recebidas são insuficientes, o que gera insegurança na mulher para decidir por si mesma. Ao chegar no hospital, a gestante passa a depender das informações que vem da equipe de saúde, no entanto não são raros os profissionais que apenas comunicam o que será realizado, sem dar a oportunidade de escolha.

Por outro lado, o medo do desconhecido, o sofrimento imposto pela dor, e a ideia de falsa incapacidade para tomar decisões favorece que a mulher delegue sua autonomia para a equipe de saúde. O fato de muitas informações estarem restritas ao arsenal de conhecimento médico, também faz com que elas acreditem que não devem intervir nos procedimentos ou decisões sobre o seu parto. Com isso, mesmo sem compreender, as parturientes confiam que as intervenções indicadas pelos profissionais estão sendo realizadas por que é o melhor para elas.

Contudo, considerando o princípio da autonomia que preconiza que as decisões sejam feitas com pleno conhecimento e consciência, entende-se que essas mulheres não conseguem de fato exercer sua autonomia durante o trabalho de parto. Logo, devido essa apropriação do parto pela equipe de saúde, a mulher gestante se reelege a um papel coadjuvante e passivo no processo parturitivo, e os profissionais tornam-se os protagonistas do parto.

Assim, fica evidente ao longo deste estudo, a importância dos profissionais de saúde em estimular o empoderamento das mulheres, não apenas durante o parto, mas principalmente durante todo o pré-natal. É indispensável que a mulher seja acompanhada ao longo de sua gravidez, com informações disponíveis e completas a respeito das etapas do trabalho de parto e cuidados que irá receber, permitindo então, decidir o que é melhor para ela e seu filho.

Por fim, pretende-se com os resultados desta investigação, promover a reflexão sobre as práticas de assistência ao parto e incentivar o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os profissionais e as mulheres. De modo que a mulher seja protagonista de seu próprio parto e que a equipe de saúde seja o alicerce para a efetivação deste propósito, se preparando para receber a parturiente, educando, orientando, oferecendo e dando a oportunidade de escolha com respaldo e respeito a suas escolhas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Resolução normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015. **Agência Nacional de Saúde**, 2015. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892>. Acesso em 15 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 02 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Biblioteca Virtual de Saúde**, Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em 01 jun. 2015.

FBAGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Assistência Pré-Natal**. Junho/2006. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/02-AssistPre.pdf>>. Acesso em 30 out. 2014.

FONSECA, Ariadne da Silva; JANICAS, Rita de Cássia Silva Vieira. **Saúde Materna e Neonatal**. 1. ed. São Paulo: Martinari, 2014. 233 p.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 904 p.

LEITÃO, Felipe João Correia; COSTA, Paulo. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. 2010, 103 f. Tese. Universidade de Lisboa, Lisboa (POR), 2010. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2212/1/596873_Tese.pdf>. Acesso em 07 nov. 2014.

MACEDO, Juliana Gabiatti; ARRAES, Roosevelt. Autonomia da gestante na escolha de parto na realidade da prestação de assistência médico-hospitalar brasileira. **VII Jornada de Sociologia da Saúde/ Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura**. Nov, 2013. Curitiba (PR). Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2013/12/AUTONOMIA-DA-GESTANTE-NA-ESCOLHA-DE-PARTO.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2015.

MALHEIROS, Paolla Amorim; et al. Parto e Nascimento: Saberes e Práticas humanizadas. **Texto contexto – Enferm.**, Florianópolis, v 21, n. 2, p. 329-337, Jun 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes; 2012. 108 p.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; BENTO, Amanda Domingos. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 471-477, Jul-Set 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-682146>>. Acesso em 07 nov. 2014.

PEREIRA, Raquel da Rocha; et al. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, Set. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2014.

PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 61, n. 3, p. 382-388, Jun 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2014.

PIMENTEL, Camila et al. Autonomia risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. **REALIS**, v. 4, n. 1, p. 166-185, Jan-Jun 2014. Disponível: <<http://www.nucleo decidania.org/revista/index.php/realis/article/view/122/109>>. Acesso em 02 jun. 2015.

RODRIGUES, Raphaela Rezende Nogueira. **O parto é nosso: Autonomia, poder simbólico e violência no parto humanizado sob a perspectiva de médicos**

humanistas em Florianópolis, SC. TCC. 143 f. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Graduação em Ciências Sociais. Florianópolis, SC, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/105117/TCC%20Raphaela%20R%20a5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 02 jun. 2015.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento.** 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-28012013-160810/>>. Acesso em 30 out. 2014.

SANTOS, Isaqueline Sena; OKAZAKI, Egle de Lourdes Fontes Jardim. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev Enferm UNISA.**, Santo Amaro, v. 13, n.1, p. 64-68, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf>>. Acesso em 03 jun. 2015.

SANTOS, Luciano Marques; et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **Rev. Enf. UFSM.**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 225-237, Mai-Ago 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2588/1635>>. Acesso em 07 nov. 2014.

SILVA, Andréa Lorena Santos. **Dignificação, participação e autonomia de mulheres atendidas por Enfermeiras em um Centro de Parto Normal.** Salvador, 2014. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2014. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16830/1/Silva%2c%20Andrea%20Lorena Santos Dissertacao.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16830/1/Silva%2c%20Andrea%20Lorena%20Santos%20Dissertacao.pdf)>. Acesso em 02 jun. 2015.

SODRÉ, Telma Malagutti; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; BONADIO, Isabel Cristina. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc. Cuid. Saúde.**, Londrina, v. 11, p.

115-120, 2012.. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062/pdf>>. Acesso em 02 jun. 2015.

SODRE, Thelma Malagutti et al . Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 452-460, set. 2010 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 jun. 2015.

VELHO, Manuela Beatriz; et al . Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.**,

Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 458-466, Jun 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 out. 2014.

WEIDLE, Welder Geison et al . Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, Mar. 2014 .

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 jun. 2015.