

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL

KARINA SCHWETER PEREIRA

**PERCEPÇÃO DO CUIDADO ASSISTENCIAL POR PACIENTES E
MÉDICOS NO PRÉ-PARTO E PARTO**

Rio de Janeiro

2016

Karina Schweter Pereira

PERCEPÇÃO DO CUIDADO ASSISTENCIAL POR PACIENTES E
MÉDICOS NO PRÉ-PARTO E PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE-ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PERINATAL

Percepção do cuidado assistencial por pacientes e médicos no pré-parto e parto

Karina Schweter Pereira

Orientadora: Mestre Luciana Ferreira Monteiro

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Barros da Cunha

Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Psicologia na Saúde Perinatal.

Aprovada por:

Mestre Luciana ferreira Monteiro

Mestre Helder Camilo Leite

Mestre Nina de Siqueira Kuperman

Rio de Janeiro, Fevereiro de 2016.

Agradecimentos

À Deus pela oportunidade de realizar esta residência com saúde e sabedoria.

À Maternidade Escola da UFRJ por me receber de braços abertos e disponibilizar o programa de residência multiprofissional valorizando-a.

Ao meu pai Paulo Pereira pelo apoio e carinho.

Ao meu namorado Guilherme Freire pelo amor, companheirismo e cumplicidade ao longo da residência e que foram essenciais para o término deste trabalho.

À minha orientadora Luciana Ferreira pela enorme paciência, dedicação e esforço que fizeram este trabalho possível e por ter acreditado na minha capacidade.

À minha co-orientadora Ana Cunha pela objetividade, paciência e apoio ao longo da realização deste trabalho.

À minha amiga e colega de profissão Irene Navarro pelo companheirismo e amizade ao longo destes dois anos que tornaram a residência mais prazerosa e alegre.

Às pacientes e aos médicos que aceitaram participar desta pesquisa com todo carinho, compreensão e respeito.

Às pacientes que pude atender nesses dois anos de residência contribuindo para minha formação e me dando o prazer do cuidado.

À Ana Gabriela Telles e Natércia Rebello pelo apoio na confecção deste trabalho.

Aos amigos residentes multiprofissionais pelos dois anos incríveis que passamos juntos.

Aos profissionais e funcionários da ME pelo profissionalismo e companhia que pude vivenciar ao longo deste tempo. E pela experiência que tive com cada um.

À equipe de psicologia, de uma forma geral, por dois anos trabalhados com muita dedicação e respeito às pacientes. Pelo aprendizado que tive com cada psicóloga e pela confiança depositada em mim.

“E acredito que pra paciente é muito melhor, ela saber naquele momento que é tão importante, que é o nascimento do filho dela, ela tá a par de tudo o que tá acontecendo.

E não ser um momento exclusivamente onde o médico vai, faz alguma coisa com ela pro neném dela nascer... E não, o médico tá ali auxiliando ela a ela mesmo fazer o parto do filho dela, ela protagonizando o nascimento do filho dela.”

(Relato do Médico E.)

RESUMO

O cuidado assistencial durante os períodos de pré-parto e parto propriamente dito são os temas principais do presente trabalho devido à relevância e repercussão destes momentos na vida da mulher e de todos os envolvidos. Nessa perspectiva, nosso **objetivo geral** foi investigar a percepção do cuidado assistencial por pacientes e médicos, comparando a percepção de ambos sobre a atenção prestada nos períodos de pré-parto e parto. Como **objetivos específicos** pretendíamos: a) identificar e analisar as percepções e concepções (significados atribuídos) das parturientes e profissionais médicos sobre o momento do pré-parto e parto; b) comparar e analisar as diferenças de percepções e concepções de ambos, parturientes e profissionais médicos, sobre o cuidado prestado; c) analisar como essas possíveis diferenças podem se relacionar ao cuidado profissional e à vivência da parturiente. O **delineamento** desta pesquisa foi descritivo e qualitativo com uma amostra de conveniência de 20 participantes, sendo 10 pacientes em puerpério imediato, ainda internadas e que aceitaram participar da pesquisa, e 10 médicos residentes que assistiram às respectivas pacientes no Centro Obstétrico da Maternidade-Escola da UFRJ. Após autorização dos participantes, com assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, foi utilizado como **instrumento** um roteiro de entrevista semi-estruturada elaborado para esta pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise dos dados, utilizando-se **para processamento e análise dos dados** a metodologia de conteúdo de L. Bardin, quando foram extraídas do relato verbal dos entrevistados as seguintes categorias: a) Para as puérperas: “Percepções sobre o processo de parir”; “Avaliação da assistência”. b) Para os médicos: “O cuidar das pacientes”; “Percepção da mulher sob sua assistência”; “A interferência do médico na vivência da paciente”. c) “Análise comparativa entre relatos da paciente e do médico sobre a vivência do parto.” Como **resultados** podemos perceber que o relato mais recorrente entre as puérperas foi a percepção da dor no trabalho de parto e parto. O uso da anestesia foi citado como alívio da dor. A duração do tempo do pré-parto e parto também foi muito mencionado pelas mulheres. Experiências anteriores também foram citadas, assim como outras percepções. A equipe de saúde foi

muito elogiada em sua assistência pelas pacientes, sendo caracterizada como muito atenciosa e prestativa. Aspectos como o toque do colo uterino, episiotomia, pré-natal e as orientações fornecidas pela equipe também aparecem nos relatos. Já os médicos disseram que a orientação à mulher é a principal atribuição da equipe médica. Aspectos técnicos e o conforto da paciente também foram fatores importantes mencionados. A equipe multidisciplinar também apareceu nos relatos, assim como a integralidade da assistência neste momento e a amamentação. Os médicos relataram a cooperatividade e a felicidade das pacientes. As principais intervenções destacadas pelos médicos foram acalmar as pacientes e as orientações fornecidas à elas. Ao final, foi feita uma análise dos discursos das pacientes e dos médicos que as atenderam a fim de comparar suas percepções de acordo com um objetivo específico.

Palavras-chave: 1) Pré –parto 2) Parto; 3) Pacientes; 4) Médicos; 5) Assistência.

ABSTRACT

The assistance care during periods of pre -natal and childbirth itself are the main themes of this work due to the relevance that these moments represent the experience of pregnancy for the woman and everyone involved . From this perspective, our overall objective was to investigate the perception of welfare care for patients and health care physicians, comparing the perception of both on the attention paid during the periods of pre -natal and childbirth. The specific objectives intended to: a) identify and analyze the perceptions and conceptions (assigned meanings) of medical professionals and mothers on the timing of pre -natal and childbirth; b) to compare and analyze the differences in perceptions and conceptions of both , mothers and medical professionals on the care provided ; c) analyze how these possible differences can relate to professional care and the experience of laboring women. As a result we can see that the most frequent reports of the mothers was the perception of pain in labor and delivery. The use of anesthesia was cited as pain relief. The duration of the pre - delivery and delivery time was also very mentioned by women. Previous experiences were also mentioned as well as other perceptions. The health team was praised for its assistance for patients characterized as very friendly and helpful. Looks like the touch of the cervix, episiotomy , prenatal care and guidance provided by the staff were cited.

Since the doctors said that the direction the woman is the primary responsibility of the medical team . technical aspects and comfort of the patient were also important factors mentioned. The multidisciplinary team also appeared in the reports as well as comprehensive care at this point and breastfeeding. Doctors reported the cooperativeness and happiness of patients. The main intervention of doctors was calm patients and guidance provided to them. Finally, a comparison was made of the speeches of the patients and the doctors who attended to compare their perceptions according to a specific goal.

Keywords : 1)antepartum; 2)Parturition; 3)Patients ; 4) Doctors; 5) assistance.

SUMÁRIO

1. Apresentação	12
2. Marco teórico	14
2.1 Histórico.....	14
2.2 Equipe de saúde.....	16
2.2.1 O cuidado em saúde perinatal e humanização.....	16
2.2.2 Qualidade do atendimento prestado à parturiente e seus aspectos sociais.....	20
2.2.3 Percepção e sentidos que a mulher atribui ao parto.....	23
2.2.4 A equipe como holding.....	25
2.3 O Parto.....	28
2.3.1 A preparação para o parto no pré-natal.....	32
2.3.2 Autonomia da mulher no processo de trabalho de parto e parto.....	33
2.3.3 Parto, maternidade e sexualidade.....	35
2.3.4 Repercussão da vivência do parto para a mulher e para a criança.....	37
2.3.5 Medo da dor do parto.....	39
2.3.6 Violência obstétrica, parto traumático e distúrbios psicológicos no puerpério: consequências de uma vivência de parto negativo.....	41
3. Objetivo	48
3.1 Objetivo geral.....	48
3.2 Objetivos específicos.....	48
4. Metodologia	49
4.1 Participantes.....	49
4.2 Critérios de exclusão.....	49
4.3 Instrumentos de coleta.....	49
4.4 Local.....	50

4.5	Procedimentos.....	50
4.6	Processamento e Análise dos Dados.....	51
5.	Resultados e Discussão.....	52
5.1	Resultados das entrevistas das mulheres que vivenciaram parto normal.....	52
5.1.1	Percepções sobre o processo de parir.....	52
5.1.2	Avaliação da assistência.....	58
5.2	Resultados das entrevistas com os médicos que assistiram as mulheres que vivenciaram parto normal.....	61
5.2.1	O cuidar das pacientes.....	61
5.2.2	Percepção da mulher sob sua assistência.....	66
5.2.3	A interferência do médico na vivência da paciente.....	67
5.3	Análise comparativa entre relatos da paciente e do médico sobre a vivência do parto.....	69
6.	Considerações Finais.....	78
	Referências Bibliográficas.....	80

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas.....84

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....85

1. APRESENTAÇÃO

O parto é um momento crítico na vida da mulher porque marca uma série de mudanças e envolve diferentes níveis de simbolização psíquica. Momento de rápidas e intensas mudanças, envolve a transformação rápida do corpo ao longo da gestação, além de alterações na rotina familiar com a vinda do bebê. Desta forma, o parto é o primeiro passo que marca o início de uma mudança física e psicológica, quando dois seres literalmente unidos se separam. Tal separação implica em uma tarefa psicológica muito importante que é sentir o filho como alguém separado de si. No parto, a separação física e emocional se integram, tendo como característica principal a irreversibilidade devido ao nascimento envolver uma ruptura física definitiva que deverá ser enfrentada da melhor forma possível. Além disso, o parto é um momento imprevisível e desconhecido, não sendo possível saber como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o que implica na impossibilidade de controlar o processo de parir (MALDONADO, 1997).

Diante deste contexto característico do parto, afirmamos que a assistência prestada neste momento é fundamental para uma boa vivência do processo de parir. Segundo Oliveira, Rodrigues, Guedes e Felipe (2010), não são as rotinas e estrutura física que determinam o cuidado e o acolhimento às mulheres em trabalho de parto e no parto, mas as relações interpessoais entre paciente e parturiente que se relacionam através de satisfação para que a vivência deste momento componha a humanização do acolhimento na assistência à saúde.

O parto é um evento de significância psicológica e não só o momento que a mulher se torna mãe. Cada parto pode acarretar benefícios ou danos psicológicos mostrando que há mais do que apenas a integridade física da mãe e bebê. As memórias do parto influenciam as percepções das mulheres sobre esta vivência por muito tempo, tendo impacto positivo ou negativo durante toda a vida. (MARIN; DONELLI; LOPES; PICCINI, 2009).

Estas memórias são de extrema importância para a confiança da mãe na própria capacidade de desempenhar esta função e de cuidar de seu filho, já que o desenrolar do trabalho de parto e do parto afetam as primeiras relações da mãe com seu filho (LOPES; DONELLI; LIMA; PICCINI, 2005). Assim, podemos dizer que uma boa vivência da

parturiente em seu pré-parto e parto contribui para a formação do vínculo entre mãe e bebê favorecendo o desenvolvimento emocional saudável da criança.

A partir da minha experiência como psicóloga residente na Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a prática no Centro Obstétrico me chamou muito atenção. Um cenário dentro de uma instituição hospitalar vivido de forma intensa e com muitas emoções. Ao constatar a necessidade de uma atuação mais direta da psicologia nesse setor, me fiz mais presente e assim, pude vivenciar a rotina desse ambiente. Ao presenciar tantos pré-partos e partos, pude perceber os sentimentos das parturientes em seu processo parturitivo e a emoção de ver seus filhos pela primeira vez, pude conversar com acompanhantes e saber o significado daquele momento pras famílias, e pude lidar com os profissionais atuantes no setor e perceber a importância do cuidado prestado por eles neste momento de tanta vulnerabilidade da mulher.

A partir dessa vivência, me interessei em realizar esta pesquisa com o objetivo de analisar as percepções, significados atribuídos e dificuldades das pacientes e dos médicos sobre o momento do trabalho de parto e parto, afim de compará-las e discutilas analisando suas semelhanças e diferenças para que refletíssemos a respeito da assistência prestada à essas mulheres em um momento tão sensível de suas vidas.

A categoria médica foi escolhida por ser a responsável pela conduta a ser tomada neste setor bem como ser esta a classe que está à frente da assistência prestada no momento do parto em si nesta instituição. Além disso, a partir da pesquisa bibliográfica feita inicialmente para este estudo, foi percebido a ausência de uma quantidade significativa de trabalhos com os médicos. Queríamos então, dar voz a eles de forma que pudessem falar e refletir sobre seu trabalho convidando-os a uma maior percepção de suas pacientes. Dentro desta categoria, os médicos residentes, que estão sob supervisão, foram selecionados para realização deste estudo, por serem eles que estão na linha direta do cuidado prestado às parturientes e teriam mais condições de responder sobre a assistência ali prestada.

Para atingir os objetivos deste trabalho, inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica acerca do tema, na qual foi apresentado um breve histórico sobre o parto e a medicalização do corpo feminino, a segunda parte foi voltada para a equipe de saúde e a importância de seu cuidado para a parturiente, na terceira parte foi apresentado a preparação para o parto bem como os aspectos psicológicos envolvidos nele, a repercussão deste para o vínculo mãe e bebê, o medo do parto e as consequências de

uma vivência de parto negativo. A partir disso, foi realizada uma pesquisa com delineamento descritivo e uso de entrevista semiestruturada para coleta de dados e análise do relato dos pacientes e médicos residentes da Maternidade-Escola da UFRJ acerca da temática do estudo. Por fim, discutem-se os resultados encontrados tecendo um diálogo com os referenciais teóricos encontradas na literatura da área e são apresentadas considerações finais com a proposta de refletir sobre o material produzido e realizar um fechamento do trabalho desenvolvido.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Histórico

Até o século XVII, o parto era feito por parteiras no domicílio da parturiente, sendo acompanhado por mulheres. A participação masculina era muito pequena, já que o nascimento era “assunto de mulher”. Aos poucos, o gênero masculino foi se inserindo no cenário do parto, com grande influência da Igreja, no início, com a atuação do parteiro-sacerdote, cuja colaboração era pedida pelas parteiras em casos difíceis. As parteiras, com seus saberes, realizavam também abortos e infanticídios, e por ser a Igreja contrária a tais práticas, acabava intervindo para que estas fossem impedidas de serem realizadas. A partir do século XVI, a prática das parteiras começou a ser regulamentada pelo Estado e pela Igreja (SEIBERT; BARBOSA; SANTOS; VARGENS, 2005).

Entre os séculos XVI e XVII, começou a surgir na assistência ao parto a figura do cirurgião, fazendo com que a parteira fosse perdendo a primazia. O parto foi deixando de ser “assunto de mulheres” para se tornar uma arte médica complexa. Com o cirurgião, passa a ser adotada a posição decúbito dorsal no parto para facilitar o trabalho do médico, para que ele veja melhor o que está acontecendo. Utilizam-se instrumentos, como as argolas e correias que surgem e imobilizam a mulher, numa cena que passa a ser iluminada por refletores. Ao final do século XVI, o fórceps aparece para extrair os bebês do ventre materno, salvando vidas numa época em que a cesariana resultava em alto índice de mortalidade materna. Marca-se, então, o início da medicalização do parto (MALDONADO, 1997).

Durante os séculos XVIII e XIX, a prática médica se desenvolveu e se legitimou. A criação do fórceps e o desenvolvimento da técnica obstétrica contribuíram para o declínio da profissão das parteiras, aumentando os cuidados pela figura masculina no parto, que passa a ser controlado pelo homem (SEIBERT et al., 2005). Segundo os autores, as parteiras – que não tem acesso à universidade – são afastadas gradualmente da prática obstétrica.

O avanço do capitalismo industrial culminou com o monopólio dos médicos neste exercício. Mas foi no século XIX, com a institucionalização do parto, que novas técnicas foram criadas, como a cirurgia, anestesia e uso da assepsia durante o trabalho de parto. De fato, a mortalidade materna começou a diminuir, contribuindo para a aceitação da hospitalização pela sociedade (SEIBERT et al., 2005).

Com a institucionalização do parto, rebaixou-se a mulher à categoria de paciente sem autonomia sobre si, sem direito de escolhas no seu parto, separada de seus familiares e até do próprio filho ao nascer. Agora, o parto é um processo patológico em que se precisa intervir, considerado um ato médico e perigoso (SEIBERT et al., 2005).

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia se deu da mesma maneira, mas um pouco mais lento e gradual, já que dependia da vinda de profissionais estrangeiros. Em pouco tempo, foram inauguradas as primeiras faculdades do Brasil. O estudo que antes era feito com bonecas por meio de simulações, passou a ser feito com o corpo da mulher. Os médicos passaram a divulgar a hospitalização, foram criadas maternidades e levantaram-se dúvidas sobre a competência das parteiras (SEIBERT et al., 2005).

Na sociedade colonial a Igreja valorizava a procriação, atribuindo como significado às dores do parto uma oportunidade purificadora na qual a mulher se salvaria de seus pecados. A Igreja foi grande aliada da Medicina na dominação do corpo feminino. Padres e médicos tinham grande poder sobre o corpo das mulheres, de formas distintas (SEIBERT et al., 2005).

No pós-guerra, começam a surgir os movimentos favoráveis ao controle demográfico, inicialmente nos Estados Unidos e Europa, com a crença de que o crescimento econômico e o desenvolvimento só seriam alcançados com a redução da população (SEIBERT et al., 2005).

Nesses processos de mudanças em relação às configurações do parto, não podemos dizer que as mulheres não tiveram também sua responsabilidade. Mulheres de classe alta não queriam mais sentir dores no parto e não desejam arriscar-se mais. Para

elas, parir com um médico era mais apropriado e mostrava o maior poder aquisitivo de seus maridos. As mulheres de classes mais baixas gradualmente passaram a almejar também esse modelo, mesmo não sendo possível concretizá-lo. Assim, a consolidação do processo de medicalização e hospitalização do parto ocorreu no século XX, com o surgimento de metrópoles e hospitais (SEIBERT et al., 2005).

Essa tecnologia de cuidados que foi evoluindo e que hoje é utilizada nos partos pode ser boa, dependendo da maneira que ela é usada. Ela pode auxiliar o trabalho dos profissionais para que estes tenham mais condições para estar junto da paciente, melhorando a qualidade do atendimento oferecido, dos diagnósticos e de tratamentos qualificados quando necessário. Mas muitas vezes ela é usada de maneira equivocada e exagerada, mecanizando o atendimento prestado, tornando-o fragmentado e desumanizado, contribuindo para o parto como acontecimento perigoso e distante da mulher, roubando-lhe autonomia e privacidade, colocando-a na categoria de paciente passiva e não de protagonista, fazendo com que este evento natural possa se transformar até mesmo em um momento traumatizante para a gestante (SEIBERT et al., 2005).

2.2 Equipe de saúde

2.2.1 O cuidado em saúde perinatal e a humanização

Para pensar o cuidado perinatal, traremos uma definição de cuidado que valoriza não só a questão técnica, mas uma junção dela com o direito de escolha do paciente para que este usufrua de qualidade de vida neste momento em está sendo submetido aos cuidados da equipe, garantindo o que o autor chama de sucesso prático.

Entendemos aqui como cuidado uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento (AYRES, 2006, p. 56 - 57).

Contrariando esta definição, o modelo de assistência obstétrica que vigora hoje no Brasil é caracterizado por alto grau de medicalização e pelo uso abusivo de procedimentos invasivos. Sendo assim, para garantir uma assistência baseada na evidência científica, na segurança e na participação ativa da paciente, e não na conveniência de hospitais ou profissionais, iniciou-se o processo de humanização do parto (SEIBERT et al., 2005).

Em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil promulgada define o SUS como modelo de saúde vigente no país, no qual garante a assistência em saúde de forma integral a todos os cidadãos, inclusive às gestantes. A assistência à gestante compõe o quadro dos serviços mais antigos atuantes pelo SUS no Brasil. Instituído pelo Ministério da Saúde em 1983, um movimento de mulheres e profissionais da saúde resultou no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual buscava-se melhores resultados no bem-estar da mulher e do recém-nascido (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2006).

Com o PAISM, outros conceitos foram introduzidos, como por exemplo, a integralidade e a autonomia corporal, assuntos que deveriam ser discutidos em ações educativas envolvidas no programa. Este novo programa exigia dos profissionais lidar com usuárias detentoras de seus direitos, compreendendo suas demandas reprodutivas e referentes à sexualidade. Assim, o maior desafio foi o da integralidade, no qual gestores e profissionais que antes tinham uma visão dos problemas de cada sujeito de forma isolada deveriam adaptar-se a nova proposta (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2006).

Sendo assim, o programa possibilitou uma mudança de olhar na assistência à saúde da mulher, impondo que gestores e profissionais ampliassem a questão da integralidade. Foram observadas mudanças em relação à atenção básica à mulher, bem como em relação ao pré-natal, em diversas regiões. Mesmo assim, ainda verifica-se a necessidade de discutir a qualidade dessa assistência numa tentativa de progresso continuado (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2006).

Para que a mulher seja percebida como sujeito, com o conhecimento e respeito pelos direitos reprodutivos, o Ministério da Saúde criou em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no qual esses direitos e a humanização são os elementos estruturantes (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2006).

No PHPN, a humanização é a principal estratégia para que uma melhor assistência seja prestada à mulher. Neste, é assegurada a melhoria do acesso, da

cobertura e da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e aos recém-nascidos. A humanização da assistência obstétrica e neonatal é central no programa. Segundo a cartilha do Ministério da Saúde, a humanização tem dois aspectos fundamentais: as unidades de saúde devem receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, adotando medidas e procedimentos benéficos, para o acompanhamento do parto e do nascimento (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2006).

Com o objetivo principal de reduzir as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, o PHPN instituiu outras estratégias com novos critérios para o custeio dessa assistência: rotina de consultas, exames laboratoriais, incentivo à vacinação, incentivo financeiro e a criação de um sistema informatizado de informação, o SISPRENATAL (SERRUYA; CEGATTI; LAGO, 2006).

Outras medidas também foram adotadas como: a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) no SUS; incentivos à qualificação de enfermeiras obstétricas para participarem de partos eutócitos (aqueles de baixo risco, sem intercorrências, com ou sem episiotomia, sem intervenção instrumental); convênio com o Hospital Sofia Feldman na instituição do Programa de Doulas Voluntárias Comunitárias; método de capacitação de parteiras tradicionais em parceria com a ONG Grupo Curumim Gestação e Parto; Prêmio Galba de Araújo que visa reconhecer serviços que atendam ao SUS com práticas de humanização; a ReHuNa, que é uma ONG inspirada em Leboyer e Michel Odent; I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento realizada em Fortaleza em 2000, pela ReHuNa; recomendações da OMS publicadas no Brasil pelo Ministério da Saúde com o título *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático* (RATTNER, 2009).

Todas estas medidas acima citadas possuem como norte o conceito de humanização do parto e nascimento. Porém, este conceito é polissêmico e pode ser usado de várias maneiras, como aponta Rattner (2009).

Para Dias e Domingues (2005), uma das formas em que este conceito é utilizado é para determinar a mudança na cultura hospitalar, com a organização da assistência voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias, além de modificações estruturais. Ressaltam também, que a humanização da assistência ao parto implica a atuação do profissional para que este respeite a fisiologia humana sem intervir desnecessariamente, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto, oferecendo suporte emocional à mulher e família. Citam também a autonomia da mulher, com sua

participação na elaboração do plano de parto, do direito a um acompanhante, de serem informadas sobre procedimentos realizados e direitos de cidadania respeitados.

Para Diniz (2005), a humanização aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência, como revisão do projeto de cuidado, e mesmo da compreensão da condição humana e de direitos humanos. Expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem assiste, uma mudança no como agir diante do sofrimento alheio.

Em meio a tantas formas de uso do conceito de humanização e de políticas que o visam, encontramos muitos paradoxos. Como aponta Diniz (2005), o uso irracional da tecnologia no parto impede muitos países de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal quando, na verdade, essa tecnologia veio para ajudar a reduzir e não para gerar iatrogenias.

Outra contradição refere-se à dificuldade de estabelecer profissionais de nível superior nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e norte de Minas Gerais, nas quais muitas vezes a parteira tradicional é a única provedora de cuidados ao pré-natal e ao parto. Seus recursos são rezas, massagens e ervas medicinais. Elas envolvem as mulheres num círculo de apoio e segurança, mas são desvalorizadas por muitos profissionais de saúde como atrasadas, ignorantes e sem higiene, apesar de muitas de suas práticas estarem sendo ratificadas como essenciais no cuidado (RATTNER, 2009).

A universidade como lugar de saber e conhecimento deveria ser uma instituição que incorporasse as práticas baseadas em evidências científicas ao ensino, pesquisa e assistência. Porém, a universidade acaba sendo um grande foco de resistência (RATTNER, 2009). Para Dias e Domingues (2005), desmedicalizar a assistência ao parto implica perda de poder. Para eles,

Abandonar rotinas que adéquam o trabalho de parto ao modo de funcionamento do hospital e adotar outras que privilegiam o acompanhamento de sua fisiologia seria perder o controle do processo da parturição e modificar as referências do papel do médico neste contexto de assistência (DIAS; DOMINGUES, 2005, p. 700).

Os obstetras de uma forma geral, não acreditam que o corpo da mulher possa oferecer segurança e, por isso, praticam o uso intensivo de tecnologia e de intervenções, com uma formação voltada para complicações da gestação e do parto considerando estes como uma situação de risco (DIAS; DOMINGUES, 2005).

De acordo com Rattner (2009), outro ponto é que a atenção humanizada e com melhor qualidade é encontrada com maior frequência no SUS. Muitas mulheres que se beneficiam do sistema suplementar buscam o SUS na assistência aos seus partos. As pessoas sem condições de pagar por uma assistência, procuram os CPNs ou instituições públicas qualificadas (RATTNER, 2009). Sendo assim, de acordo com a autora, podemos observar que o trabalho da equipe voltado para a atenção humanizada é um diferencial no SUS, atraindo mulheres para sua assistência no momento do parto, numa busca da melhor qualidade técnica possível aliada a uma experiência que seja significada como positiva, num momento tão importante da vida da mulher e da família.

2.2.2 - Qualidade do atendimento prestado à parturiente e seus aspectos essenciais

A forma como é vivenciado o parto pela parturiente é fortemente influenciado pelo tipo de cuidado da equipe de saúde que lhe presta assistência. São muitos os estudos que apontam a importância da equipe para uma melhor vivência da parturiente. O trabalho de Carraro; Knobel; Radunz; Meincke; Fiewski (2006), mostra que a mulher ao sentir-se cuidada e confortada pela equipe sentirá esta experiência como mais agradável, já que, segundo os autores, hoje as mulheres não temem mais a dor do parto e sim o tratamento que receberá nesta experiência, pois os atendimentos normalmente são impessoais e distantes.

Não são as rotinas e estrutura física que determinam o cuidado e o acolhimento às mulheres em trabalho de parto e no parto, mas as relações interpessoais entre equipe e parturiente que, ao se relacionarem através de satisfação, fazem com que a vivência deste momento componha a humanização do acolhimento na assistência à saúde. Este acolhimento não diz respeito a apenas orientações, mas também ao encorajamento, potencializando a mulher na condução do trabalho de parto. Também pode ser transmitido através do contato não verbal, possibilitando que o profissional perceba os sentimentos da parturiente. O toque pode ser uma forma de conforto, simbolizando a proximidade da dupla profissional-paciente através de um contato direto entre eles. Essas são atitudes percebidas como afetivas, demonstrando apoio, empatia e carinho (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES; FELIPE, 2010).

No estudo de Carraro et al., (2006), realizado em três instituições da região Sul do Brasil, um dos resultados apontou que os sentimentos das puérperas sobre o cuidado

e conforto recebidos foram determinados pela atenção que tiveram da equipe em seu tratamento e atendimento, bem como a alegria, segurança, cuidado e conforto que a equipe demonstrou. Houve também mulheres que se sentiram mal com a presença de muitos alunos e pela falta de paciência dos profissionais. Entendemos que em um Hospital Escola há a presença de muitos alunos, mas será que não há um limite? Qual a maneira adequada para incluí-los neste cenário?

Reforçando a importância da formação de estagiários, o artigo “significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem” publicado em 2009 fez uma experimentação com alunos de enfermagem no cenário onde ocorre o trabalho de parto e entrevistas com eles. Mostrou que, para os alunos, presenciar esta experiência é assistir ao sofrimento físico e emocional vivenciado pela parturiente. O aluno age de acordo com o significado que o trabalho de parto tem para ele e como este foi construído de acordo com a vida de cada um, suas relações interpessoais, vivências e a influência dos meios de comunicação em sua vida. Pelo estudo fica claro que o significado deste momento passa a ser outro, mudando a direção do seu trabalho diante da mulher em trabalho de parto e parto.

Para Stefanelli (1993) citado no trabalho “Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto” publicado em 2008, a comunicação utilizada entre profissionais e o paciente precisa ter o mesmo significado, pois se não o processo de comunicação não ocorrerá. Acreditamos que não é possível que seja o mesmo significado já que estamos falando de posições diferentes, mas que estes precisam estar em harmonia. Para isso, os profissionais precisam respeitar as crenças de cada paciente sem impor-lhes atitudes e pensamentos que são contrários ao que a paciente acredita.

Alguns autores alertam para o fato de que se deve respeitar a leitura do mundo do outro, reconhecer a historicidade do seu saber, pois, se a pessoa acreditar que seu pensamento é o único correto, não escuta quem pensa e elabora um discurso diferente dela. Recusar a arrogância científica e aceitar as diferenças é uma virtude própria de quem assume uma posição verdadeiramente científica (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

Assim, é necessário que a equipe identifique o significado deste momento para a paciente. Com isto feito, a comunicação pode ser considerada terapêutica, positiva ou efetiva, pois tem a qualidade curativa ou benéfica, ajudando a pessoa a lidar com os eventos de sua vida e a ajustar-se à realidade. Se isto não ocorre, a comunicação não é

terapêutica, pois não se sabe ouvir, usa-se uma linguagem inacessível ao usuário, o que podem parecer falta de empatia, bloqueando a comunicação (CARON; SILVA, 2002).

Segundo Winnicott (1987), numa situação normal, a paciente é alguém que está em “estado de dependência” da equipe de saúde, apenas pelo contexto que se encontra. Para ele, mesmo a mulher que tem uma estrutura psíquica organizada e é “madura”, ou seja, tem seu estado emocional estável e saudável, pode entrar neste “estado de dependência” da equipe apenas por estar em trabalho de parto e parto – sendo que em outras situações não entraria. Para o autor, de acordo com o nosso desenvolvimento emocional, passamos por três estágios de dependência: a absoluta, a relativa e rumo à independência. No contexto do parto, mesmo que a mulher seja madura e independente emocionalmente, regressaria ao estágio anterior de dependência por precisar de cuidados da equipe de saúde podendo, assim, ter comprometida sua capacidade de desempenhar adequadamente suas funções como mãe.

A mulher, durante o trabalho de parto, alternará momentos de dependência e independência. A equipe precisa respeitar a independência da mãe nos momentos em que esta apareça, sabendo aceitar/acolher sua dependência nos momentos em que necessitará transferir o controle do parto para a pessoa que lhe assiste, permitindo-se ser cuidada. O autor ainda reforça que, temporariamente, a mulher está entregue aos cuidados da equipe e só é capaz de fazê-lo se tiver saúde e maturidade (WINNICOTT, 1987).

Ainda para este autor, a paciente deve conhecer o médico e enfermeira que irá acompanhar seu parto antes deste, compondo o período de preparação para o parto. Ela precisa ter confiança nos membros da equipe, se não, a experiência pode ser vivenciada como ruim por ela, que pode ter medo de delegar-lhes responsabilidades, tentando conduzir os acontecimentos sozinha, culpabilizando-os se algo de ruim acontecer. Winnicott (1987) pontua que o ideal seria a paciente conhecer a equipe ao longo da gestação. Mas se isso não for possível, que pelo menos exista um contato claro e definido com a pessoa que lhe prestará assistência antes da data que o parto acontecerá.

Winnicott defende que um sistema hospitalar que não permite que a mãe saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira é considerado ruim mesmo que seja a clínica mais bem equipada e estruturada. Ele coloca que deve ser dada uma explicação sobre o processo do trabalho de parto e do nascimento pela pessoa que a

futura mãe depositou confiança, eliminando informações incorretas e assustadoras (WINNICOTT, 1987). Ressaltando a importância desta informação dada pelo autor, podíamos tomá-la como diretriz para o sistema de saúde brasileiro, para que o parto seja assistido pelo profissional que a paciente já conheceu e passou a confiar.

Para o autor inglês, o parto é um processo natural como a ingestão, excreção e digestão, e quanto mais se deixa a natureza agir, mais benéfico será para a mulher e para o bebê. Mesmo assim, a mulher precisa de suporte para que, se algo der errado, a equipe possa ajudá-la. Quando a mulher está desinformada, deprimida, ansiosa, desconfiada, confusa ou é imatura, a equipe precisa ser capaz de perceber o estado que esta se encontra. Por isso, esse é mais um motivo para a equipe conhecê-la antes do parto (WINNICOTT, 1987), configurando uma oportunidade para estabelecer uma relação que pode ajudá-la a sentir-se segura, confiante e menos ansiosa, tornando esse momento o mais agradável possível e evitando críticas e dificuldades que possam surgir no atendimento recebido.

2.2.3- Percepção e sentidos que a mulher atribui ao parto

Segundo o artigo “Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate”, publicado em 2004, as pacientes não têm facilidade em criticar os serviços de saúde e os profissionais que a atenderam, pois sentem-se aliviadas e agradecidas após o nascimento de seu filho, compensando qualquer sentimento negativo que houve durante a prestação da assistência. Apesar disso, o relacionamento desta mulher com a equipe de saúde é um dos fatores que mais afetam a memória das pacientes em relação às suas experiências do parto, tendo muita importância não apenas para a sua satisfação.

O parto é um evento de significância psicológica e não só o momento de um acontecimento biológico através do qual a mulher se torna mãe. Cada parto pode acarretar benefícios ou danos psicológicos, mostrando que há mais do que apenas a integridade física da mãe e bebê a ser considerada. As memórias do parto influenciam as percepções das mulheres sobre esta vivência por muito tempo, tendo impacto positivo ou negativo durante toda a vida. (MARIN; DONELLI; LOPES; PICCINI, 2009).

O atendimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto contribuem nestas memórias, sendo de extrema importância para sua confiança na própria capacidade de ser mãe e de cuidar de seu filho, já que o desenrolar do trabalho de parto e do parto afetam as primeiras relações da mãe com seu filho (LOPES; DONELLI; LIMA; PICCININI, 2005).

As primeiras relações são marcadas pelo encontro real que se estabelece no parto entre mãe e filho, pela primeira vez, pessoalmente. A mulher se depara com o bebê real que provavelmente será muito diferente do bebê imaginário idealizado durante toda a gestação. É o momento de perceber o bebê como um produto seu, que mostrará para o mundo sua capacidade de gerar uma criança (LOPES et al., 2005). O bebê real é aquele que de fato existe e a mãe se depara com ele pessoalmente enquanto que o bebê imaginário é aquele idealizado durante toda a gestação podendo existir uma frustração em relação ao bebê imaginário ao se encontrar com o bebê real.

Lopes et al., (2005) afirmam que assim como o bebê é imaginado durante toda a gestação, a expectativa do parto também percorre todo o processo de gestação e do puerpério, marcando a história das mulheres. O parto é antecipado na gravidez sob forma de expectativas e continuará sendo referido após sob a forma de lembranças e sentimentos. Essa antecipação é percebida mais evidentemente no terceiro trimestre, pela proximidade do parto, sendo influenciada por grande ansiedade. As mudanças que irão ocorrer na rotina dos pais com a chegada do bebê tendem a aumentar mais a ansiedade nos dias que antecedem a data prevista do parto. O medo da dor, de procedimentos obstétricos e da própria capacidade de dar à luz também contribuem para este aumento desta ansiedade.

No artigo “O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto” de Lopes et al., (2005), achou-se como resultado sobre os sentimentos em relação ao parto, três meses depois do ocorrido, que os sentimentos positivos das mulheres aumentaram em relação à expectativa anterior que eram de sentimentos de maior incidência negativa. Este dado sugere que, na prática, o parto está sendo melhor do que o esperado pelas gestantes ou que há uma tentativa de minimizar a culpa por não ter gostado da experiência do parto ou para evitar sua depreciação.

Os autores sugerem que ajudar as mulheres a integrar suas experiências é fundamental para a integridade psíquica destas – apesar disso não receber a devida importância de todos ao redor, inclusive dela mesma. Possibilitar à mulher a

oportunidade de falar sobre seu parto é tornar possível a identificação de suas fortes emoções, com sentimentos além da descrição de fatos. Nisso, a equipe pode desempenhar um papel fundamental.

2.2.4 - A equipe como “*holding*”

Figueiredo (2009) trabalha com a expressão “fazer sentido” para o indivíduo em relação às experiências por ele vividas; isto implica em constituir para o sujeito uma experiência integrada. As experiências integradas só podem ser vivenciadas se forem inicialmente exercidas, ensinadas e facilitadas pelos cuidados que recebemos. É necessário “fazer sentido” para o humano ter um lugar para existir, já que sua vida está longe da perfeição e estabilidade, e as desproporções fazem parte da nossa condição.

Sendo assim, para Figueiredo (2009), o agente cuidador tem grande influência na integração das experiências, e esta pode se dar de duas maneiras: pela presença implicada e pela presença em reserva. Na primeira, o agente cuidador precisa desempenhar a função de *sustentar e conter* (acolher, hospedar, agasalhar, alimentar) seja no início ou no limite da vida, desempenhando a função de *holding*. Inicialmente, o *holding* trata-se de uma continuidade de existência mais concreta, que não está assegurada pois está sem os cuidados básicos que garantam sua sobrevivência e, por isso, precisa ser construída aos poucos através do agente cuidador que dá a sustentação. Normalmente são famílias, grupos e instituições mais aptos a oferecer o *holding*, mas uma pessoa apenas também é capaz de se oferecer como a “mãe suficientemente boa”.

Para Winnicott (1960), “*holding*” se refere a uma sustentação que protege o sujeito contra a agressão fisiológica desde os primeiros momentos de vida, considerando-se a sensibilidade cutânea do lactente com o tato, temperatura, sensibilidade auditiva, visual, além da falta de conhecimento do lactente da existência de outra coisa que não seja ele mesmo. O *holding* inclui uma rotina de cuidados em acordo com as mudanças instantâneas do dia-a-dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente. É uma função desempenhada pelo “ambiente suficientemente bom”, que é aquele que se adapta às necessidades do bebê física e psicologicamente, à medida que elas se modificam, garantindo que o desenvolvimento emocional deste se dê de maneira saudável e autêntica.

Numa fase muito primitiva do desenvolvimento emocional da criança, mãe e bebê são como um só e é necessário que a mãe desenvolva um estado de “preocupação materna primária”, outro conceito importante da teoria Winnicotiana a ser adotado neste trabalho. Este conceito é definido como um estado de “loucura” da mãe, necessário para o desenvolvimento saudável do bebê, na qual ela desenvolve uma sensibilidade além do comum em atenção às necessidades do bebê, que ocorre do final da gravidez até as primeiras semanas logo após o nascimento (WINNICOTT, 1956). Assim, a mãe entra em sintonia com as necessidades do seu bebê para que possa constituir-se como uma “*mãe suficientemente boa*”, ou seja, aquela que desempenha a função de promover um ambiente suficientemente bom para o desenvolvimento emocional do bebê, por vezes também ajudada pelo pai da criança e sua família. Por “*mãe suficientemente boa*” entende-se aquela que alimenta a onipotência do bebê, ou seja, permite que ele tenha a ilusão de que criou o mundo valorizando sua espontaneidade para que gradualmente ele vá se desiludindo e percebendo que o mundo não foi criado por ele (WINNICOTT, 1960).

Segundo Winnicott (1960), a mãe suficientemente boa, com sua capacidade de preocupação materna primária, é essencial para a construção de um ambiente facilitador ou ambiente suficientemente bom que permita uma relação favorável para a constituição psíquica saudável do seu bebê. Uma vez que a função materna foi internalizada pelo bebê graças à “*mãe suficientemente boa*”, ele avança do estágio de *dependência absoluta* para a *relativa* e, a seguir, *rumo à independência* gradualmente como citado anteriormente. A *dependência absoluta* é o estágio inicial do desenvolvimento emocional do bebê no qual ele depende totalmente da “*mãe suficientemente boa*”, à medida que se desenvolve, ele alcança o estágio da *dependência relativa* que é aquela que ele ainda depende, mas não totalmente como na absoluta. Já o *rumo à independência* é o momento que o bebê já se torna mais independente com a “*mãe suficientemente boa*” internalizada. Estes estágios não se concretizam de maneira linear e constante, eles podem ser alternados em determinados momentos na vida da pessoa assim como regredir e depois avançar novamente.

Apostamos que o ambiente do parto pode ser um “ambiente suficientemente bom” para esta mãe, oferecendo condições para que ela possa vivenciar o momento do trabalho de parto e o parto da maneira mais “suficientemente boa” possível. Sendo

assim, para Figueiredo (2009), nas palavras de Winnicott, as famílias, instituições e grupos são considerados a partir das práticas que desenvolvem como ambientes suficientemente bons por serem mais aptos a desenvolver a função de holding e assim, adaptarem-se melhor às necessidades do paciente.

A segunda maneira segundo a qual o agente de cuidados pode se comportar para propiciar uma experiência integrativa consiste na função de *reconhecer*, que nada mais é do que “prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem” (FIGUEIREDO, 2009). Essa modalidade pode passar despercebida, mas sua falta causa sérios problemas psicológicos e comportamentais interferindo na constituição do self do sujeito. Self, para Winnicott (1990), é uma descrição psicológica de como o indivíduo possui um sentimento de ser. É o sentir-se real, é algo que verdadeiramente ele é sem precisar reagir a intrusões do ambiente externo, só sendo possível que isso se dê de forma satisfatória com a presença de um “ambiente suficientemente bom”.

A terceira modalidade para Figueiredo (2009) é *interpelar e reclamar*. O objeto de cuidados acede à vida e à humanidade se puder interpelar e reclamar ao agente de cuidados, pois é um outro diferente, sempre permeado pela diferença e falta. É apenas como resposta a algo que alguém necessita e solicita.

Estas três modalidades de cuidar precisam atuar juntas em equilíbrio para instalar a capacidade de fazer sentido ao indivíduo. Essa presença implicada do cuidador, mesmo com estas modalidades em equilíbrio, não exclui a presença em reserva que o cuidador também precisa ter, a sabedoria de ausentar-se. Ele precisa moderar seus fazeres. Este renuncia à sua onipotência e aceita também sua dependência, já que para saber cuidar do outro também precisa saber cuidar de si (FIGUEIREDO, 2009).

O agente de cuidados melhora o que faz compartilhando com outros agentes de cuidado e também se deixando cuidar pelo objeto de cuidados. Este também pode exercer funções cuidadoras diante daquele que monopoliza esta tarefa. “Deixar-se cuidar pelo objeto do cuidado passa a ser em si mesmo uma forma eficaz de cuidar. É preciso que a mãe, por exemplo, descubra os modos de ser cuidada pelo bebê, o médico pelo paciente, o professor pelo aluno etc.” (FIGUEIREDO, 2009).

Então, o cuidador protege o objeto de cuidados do excesso de outros objetos e representações e o sujeito exerce a capacidade de sonhar, brincar, alucinar, criando o mundo da sua forma. É a retirada estratégica do cuidador. Ele permanece em reserva esperando a convocação, prestando atenção para que a presença em reserva não se converta em distância afetiva e indiferença, já que o agente de cuidados não deve causar uma reação por parte do objeto de cuidados caracterizando uma intrusão ao ambiente deste, seja por excesso ou ausência, nas palavras de Winnicott, (1990). Cria-se o espaço potencial com a presença em reserva do cuidador (FIGUEIREDO, 2009).

Para Winnicott (1975), “espaço potencial” é o espaço que o bebê preenche com o brincar e a experiência cultural (simbolismo, religião, arte) assim que é capaz de internalizar a presença da mãe e passar da dependência à autonomia. Passando para as palavras de Figueiredo (2009), só a partir dessa internalização/confiança do paciente com o agente cuidador é que o espaço potencial passa a existir.

Um dos objetivos do cuidado é levar a pessoa que os recebe a desenvolver capacidades de cuidar. As funções cuidadoras precisam ser introjetadas. Os agentes especializados, como médicos, professores e enfermeiros precisam ter o equilíbrio entre as funções da presença implicada e da em reserva que não são ensinadas em manual ou na graduação. Estas são enraizadas nas capacidades do sujeito e são ativadas pelo outro, pelo agente cuidador dos quais foram objeto de cuidados um dia. Assim, e só assim, é que o cuidado não é confundido com poder e domínio (FIGUEIREDO, 2009).

O autor chama a atenção para a falta de cuidadores que temos no cenário atual, no qual menos sujeitos sentem-se preparados para cuidar, exercendo os cuidados de forma mecânica e estereotipada. Isso, como já abordamos, pode trazer consequências em um processo de trabalho de parto e parto, entre outras.

2.3 O Parto

Durante toda a gestação, a mãe passa por muitos momentos de ansiedade até conseguir adaptar-se ao estado da gravidez, incorporando o feto como parte de si. Ao final da gestação modificações fisiológicas importantes acontecem: o feto desenvolve-se mais rápido, as contrações acentuam-se, o corpo muda sua postura para manter a estabilidade. Essas modificações intensificam a ansiedade relacionada à proximidade do

parto. Há o medo da morte, que existe para muitas mulheres, a “proibição” de atividade sexual que ainda subsiste, o temor ao parto traumático, à dor, ao filho disforme e à morte deste, ao parto por fórceps, normal ou cesariana. Nesse cenário de incertezas, o narcisismo infantil é a defesa habitual contra a ansiedade. Ele se caracteriza pelo pensamento mágico e pela onipotência de ideias, mas acaba não desempenhando seu papel porque a gravidez continua gerando mais ansiedade ao se assistir ao fracasso da defesa. Às vezes essa defesa pode ser vitoriosa em certo sentido, causando um parto antecipado, eliminando a espera e incerteza (SOIFER, 1977).

Nos dias anteriores ao parto, a gestante pode ter a sensação de ter deixado de perceber os movimentos fetais, tornando-se uma experiência muito angustiante, pois a falta de percepção destes movimentos estão associados à morte da criança. Para a fisiologia do corpo feminino isso é normal, já que o bebê não tem mais tanto espaço para se mexer. Mas do ponto de vista psicológico, a intensidade da ansiedade produz o embotamento da percepção, contraindo os músculos do assoalho pélvico e imobilizando a criança (SOIFER, 1977).

O trabalho de parto inicia um novo momento onde a mulher deverá passar por outro processo de adaptação retornando à situação de não gravidez (SOIFER, 1977) e se preparando para as transformações necessárias para o puerpério, tanto do ponto de vista fisiológico quanto psicológico.

O parto é um momento crítico na vida da mulher porque marca uma série de mudanças e envolve diferentes níveis de simbolização psíquica. Momento de rápidas e intensas mudanças, envolve a transformação rápida do corpo ao longo da gestação, além de alterações na rotina familiar com a vinda do bebê. Desta forma, o parto é o primeiro passo que marca o início de uma mudança física e psicológica, quando dois seres literalmente unidos se separam. Tal separação implica em uma tarefa psicológica muito importante que é sentir o filho como alguém separado de si. No parto, a separação física e emocional se integram, tendo como característica principal a irreversibilidade devido o nascimento envolver uma ruptura física definitiva que deverá ser enfrentada da melhor forma possível.

Além disso, o parto é um momento imprevisível e desconhecido, não sendo possível saber como e quando vai se desenrolar o trabalho de parto, o que implica na impossibilidade de controlar o processo de parir. É uma insegurança que se justifica, já que há sinais do trabalho de parto que são confundíveis, pois a mulher pode não

perceber o desprendimento do tampão mucoso, a bolsa pode não romper, ela pode não perceber as contrações. Há também os alarmes falsos que fazem a paciente ir para o hospital e retornar a casa. O tempo também contribui para deixar a parturiente agoniada, com medo de sentir muitas contrações e a dilatação do colo uterino não corresponder à expectativa ou ser mais rápido do que o esperado (MALDONADO, 1997).

Há mulheres que rapidamente percebem a contração do útero. Percebem que o ventre endurece mais rápido e com mais frequência. Mas quando a paciente está com uma sensibilidade extrema, a angústia diante da percepção não pôde ser controlada pelo raciocínio e a paciente sem perceber adotou uma contração muscular como defesa tentando deter o processo aterrorizante. O relaxamento e medicações ajudam, mas a dor costuma provocar um excesso de angústia levando a paciente a difundir essa ansiedade para a família e para os profissionais (SOIFER, 1977).

A internação no hospital determina outra manifestação da ansiedade. Diante da internação, o parto passa a ser concreto, irreversível. Alguns procedimentos são inevitáveis, como o toque vaginal. Este pode ser ansiogênico porque é através dele que se verifica o quanto de dilatação há. O método psicofilático, descrito a seguir, sugere o adiamento da internação até que a dilatação tenha progredido suficiente para evitar mais ansiedades no hospital (SOIFER, 1977). Esta última informação também é preconizada pelo Ministério da Saúde.

O método psicofilático (MPP) foi criado por dois psiconeurologistas (Velvovski e Platonov) e um obstetra (Nicolaiev) na Rússia, em torno de 1949. Read, obstetra inglês, reconheceu a influência cultural como fator fundamental no fenômeno da dor do parto e também acreditava que a abordagem educacional poderia descondicionar o medo, permitindo que a parturiente fosse mais ativa no trabalho de parto. Em 1951, Lamaze, obstetra francês, introduziu esse método na França e em outros países. Em 1958, Read propôs a denominação comum de método psicofilático (MALDONADO, 1997).

Ele consiste em uma educação para o parto que ajudaria a mulher a desfazer uma associação entre contração uterina e dor e aprender uma nova associação entre contração e resposta respiratória juntamente com o relaxamento muscular. Ele envolve informações cognitivas sobre as modificações anatômicas, ensino de exercícios físicos para preparar os músculos, ensino de exercícios respiratórios e ensino de exercícios de relaxamento. Substituir a expressão “dor de parto” por “contração uterina” seria uma

tentativa de ajudar a grávida a formar uma associação mais saudável (MALDONADO, 1997).

Para Maldonado (1997), as bases teóricas do MPP são equivocadamente baseadas no processo de descondicionamento e recondicionamento em termos pavlovianos, pois representam uma forma assistemática de modernas técnicas de modificação do comportamento baseado no relaxamento e na inibição recíproca de respostas de ansiedade. Para Soifer (1977), a preparação psicoprofilática e os grupos de discussão proporcionam a necessária elaboração a cerca de reais noções do processo de dilatação e de parto, permitindo comentar e ressignificar essas vivências. Ela chama a atenção para casos em que o conflito é demasiadamente intenso e que devem ser tratados por psicoterapia, individual ou grupal.

Os sinais prognósticos da qualidade do parto são complexos devido à influência de grandes fatores como história pessoal, contexto sociocultural, nível de informação sobre a fisiologia do parto, características da personalidade e níveis de simbolismo. É necessário entender o contexto cultural que a parturiente encontra-se para entender melhor o processo parturitivo desta e como interpreta as sensações físicas do trabalho de parto (MALDONADO, 1997). “Para o inconsciente, o parto representa uma castração e o período pré-expulsivo configura a ameaça de que seja levada a cabo. Para os fins de uma profilaxia adequada, é necessário, pois investigar tais aspectos em cada paciente” (SOIFER, 1977, p. 57). Vale ressaltar que um profissional não psicólogo não precisaria entrar em detalhes, mas apenas estar atento a como essa mulher está se sentindo nesse momento.

A fantasia de castração se exprime no temor à episiotomia, o que costuma provocar um estado de alerta em relação a tudo que ocorre no momento. Ela não é percebida no momento que é feita, mas é incorporada ao inconsciente como uma castração (SOIFER, 1977). O temor à episiotomia é causado, não só pela fantasia de castração, mas pelo desconforto da ardência e também pelo receio de recomeçar as atividades sexuais e sentir dor (MALDONADO, 1997).

Além do temor à episiotomia, há também as fantasias de esvaziamento e de perda de si mesmo que podem ser superadas pelo desejo de dar à luz ou que podem se intensificar criando obstáculos à colaboração, determinando a inibição do trabalho uterino, podendo causar um parto por meio do fórceps, por exemplo (SOIFER, 1977).

Chegar à sala de parto normalmente provoca mais uma crise de ansiedade com manifestações variáveis, sejam elas psíquicas, físicas ou comportamentais. Elas acontecem frente à emoção da paciente ao se ver já no momento do parto, com a sensação de um sonho que se converte em realidade ou até que seja ainda um sonho e não realidade (SOIFER, 1977). Por isso é importante que antes do momento do parto, já no pré-natal, haja um trabalho que prepare algum registro, de forma acolhedora, para as etapas que estão por vir.

2.3.1 - A preparação para o parto no Pré-natal

O período gestacional é uma importante etapa tanto para a preparação para o parto quanto para a constituição da maternidade, onde se estabelece um papel mais ativo materno no qual o ápice se dará após o nascimento (PECCININI; GOMES; NARDI; LOPES, 2008). A experiência do parto pode ser influenciada por vários fatores, como procedimentos obstétricos, cursos de preparação para o parto, história obstétrica anterior e desfecho de uma gravidez prévia (FISHER et al., 1997, apud MARIN et al., 2009).

De acordo com Simões (1998 apud BEZERRA; CARDOSO, 2006), “as atitudes, a maneira como a parturiente usa o seu corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas no pré-natal, do contexto socioeconômico e de sua personalidade”. Assim, podemos perceber a importância do pré-natal e de suas informações na maneira como a parturiente irá vivenciar o momento do trabalho de parto e parto.

Ações que têm como público alvo gestantes e puérperas são importantes estratégias de intervenção e de promoção em saúde, possibilitando uma vivência mais equilibrada das emoções que ocorrem durante o ciclo gravídico-puerperal com respeito ao acompanhamento das mulheres (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Essas ações de educação em saúde, fornecendo informações e orientações a respeito do processo fisiológico do parto e sobre a evolução deste de uma forma particularizada e atenta às necessidades e expectativas da mulher, podem ser fatores facilitadores para que ela tenha consciência do que a aguarda e para que desenvolva expectativas positivas e mais realistas para o parto, favorecendo uma boa vivência do mesmo. Essas ações podem envolver as mulheres nas decisões, valorizar experiências positivas e promover o enfrentamento da dor por métodos não farmacológicos. Podem

ainda encorajar o contato precoce com seus bebês logo após o nascimento e reforçar a importância do acompanhante, orientando sobre a forma como podem ajudar em todo esse processo (VELHO; SANTOS; BRÜGGERMANN; CAMARGO, 2012).

Porém, algumas vezes e por diversos motivos, a mulher é impossibilitada de realizar um pré-natal de qualidade, ficando carente de informações com as quais possa sentir-se segura e/ou diminuir a ansiedade, podendo comprometer a qualidade do momento do parto. Para tentar diminuir os danos causados por esta falta de assistência, as informações que podem ser dadas no pré-parto e a presença atenta e cuidadosa da equipe, podem ser favoráveis, permitindo que a parturiente sintam-se o mais segura e confiante possível, diminuindo a vulnerabilidade a que está submetida nos momentos de pré-parto e parto, fazendo com que possam ser vivências mais positivas.

2.3.2 - Autonomia da mulher no processo de trabalho de parto e parto

A vulnerabilidade da mulher pode existir mesmo quando ela tem acesso ao pré-natal, podendo advir do desconhecimento sobre o tipo de assistência que deveria ser prestada no momento do parto e das diretrizes no PHPN (Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento). O PHPN foi estabelecido por uma Portaria do Gabinete Ministério da Saúde, enfatizando que o principal foco do programa é a mulher e o resgate da dignidade durante o processo parturitivo. Outras prioridades são: o parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas. Ele critica a despersonalização da mulher, as cesarianas desnecessárias e incentiva o parto ativo como acontecimento fisiológico (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

As mulheres desconhecem seus direitos e poder decisórios, contribuindo para a reprodução do modelo biomédico e intervencionista aceitando a conduta proposta e, por vezes, imposta. Elas desconhecem seus corpos e o processo fisiológico do parto, direitos e limites que podem ser vivenciados neste momento e passam então, a depender do outro indivíduo, no caso, o profissional de saúde. Assim, é difícil que as mulheres possam reivindicar sua autonomia e poder de decisão sustentando sua subordinação e opressão (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Assim “que é internada na maternidade, ela passa a não ter controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar” (CARVALHO; ORÍÁ; PINHEIRO;

XIMENES, 2009, p. 768). São pessoas desconhecidas que dizem o que ela deve fazer sem que tenha consciência do que ocorrerá.

Geralmente instala-se uma relação impessoal em que os profissionais estão distantes da pessoa a quem recebem, com relações assimétricas, com uma comunicação não verbal em muitas ocasiões, com uso de terminologias técnicas que dificulta a compreensão das mulheres. São exigidos das mulheres comportamentos pré-estabelecidos, sem resistência, o que as deixa inseguras e mais sujeitas a uma assistência que pode ser permeada pelo descaso, com intensa dor e abandono, propiciando vivências de violência psicológica, física e emocional (VELHO et al., 2012).

Na necessidade de resolver sua dor, a mulher deposita toda a confiança no profissional de saúde, obedecendo às suas ordens, muitas vezes sem saber o que irá acontecer. Ele é a pessoa responsável por tirar sua dor. E então, as mulheres permitem que seus corpos sejam invadidos, medicalizados e controlados para atingir o pico máximo do processo que é o nascimento de seu filho. Ela tem medo de não conseguir cumprir seu papel, que deve terminar com o sucesso esperado também pela equipe e pela sociedade (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

Groboski e Guilhem (2006) dizem que há uma hierarquia nas relações entre profissionais e as mulheres, que são positivas dentro do contexto do trabalho no hospital, mas que podem ser negativas no processo parturitivo do ponto de vista da mulher, quando a coloca como objeto da ação do outro ao qual fica assujeitada. Nesse contexto negativo ao processo de parto da mulher, ela deve sofrer em silêncio e ser submissa aos profissionais. A “boa parturiente” não tem vontade própria e nem direito de se manifestar, ela deve ter um comportamento adequado, ficando quieta e calada (OLIVEIRA et al., 2010). O profissional fica como aquele que sabe a técnica para controlar o processo, e mesmo quando a mulher participa, ela não é vista como ativa, pois estaria apenas colaborando com o trabalho dos profissionais.

Segundo Groboski e Guilhem (2006), a visão dos profissionais é de que as mulheres dependem de sua assistência e, assim, permanecem como reféns da técnica. Não é permitido opinar, e mesmo que falem, parece que não são escutadas. O corpo da mulher passa a ser sua propriedade na instituição hospitalar. Oliveira et al., (2010), sinalizam que há mulheres que não reclamam ou omitem opiniões por medo e por estarem vivendo um momento importante em suas vidas e para quem, depois de terminado o processo, as dificuldades são esquecidas.

Grande parte dos profissionais não conhece outra forma de trabalhar, o que mostra a necessidade de adequação ao novo modelo proposto pelas políticas de saúde. Os autores apontam que um fator importante para a mudança é a melhoria de recursos humanos e físicos, uma remuneração adequada, sensibilização e treinamento em serviço antes, durante e depois da implantação do programa. Como resultado da pesquisa de Groboski e Guilhem (2006), mostra-se a necessidade de criar uma aliança sólida entre os profissionais de saúde e as mulheres para que estas possam escolher que tipo de assistência gostariam de ter, mas para isso seria necessário que elas conhecessem seus corpos, direitos e controle sobre as ações das políticas públicas, com participação ativa na elaboração dessas políticas.

Participação ativa da mulher em uma instituição de saúde, de forma geral, não é bem vista pelos profissionais que podem se sentir ameaçados ou desconfortáveis com uma paciente que questiona o que será feito, que se mostra interessada na justificativa das condutas da equipe ou até daquela que sabe seus direitos e exige que eles sejam cumpridos. A equipe está acostumada a receber pacientes mais passivas, que não questionam sua conduta, desconhecendo o impacto que essa passividade pode ter em outros aspectos de sua vida.

2.3.3 - Parto, maternidade e sexualidade

Muitas vezes, as pacientes com uma postura mais passiva têm seus corpos observados e manipulados, sem questionamentos e com muito desconforto, principalmente em relação à sua sexualidade. No trabalho “Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto”, publicado em 2008, mostra que muitos depoimentos relatam vergonha e constrangimento durante a avaliação da dilatação cervical quando a mulher estava nua e sendo observada por várias pessoas, como profissionais e alunos, muitas vezes sem preocupação com a individualidade e a privacidade da paciente. Em nossa cultura, na qual homens e mulheres devem esconder sua genitália, principalmente a feminina, muitas mulheres sentem-se muito ameaçadas ao imaginar que esta deve ser exposta no momento do parto (WOLFF; WALDOW, 2008).

No parto há demandas inconscientes que emergem da situação e que se relacionam à sexualidade, não só para a parturiente como para toda a equipe de saúde.

“A sexualidade feminina é mais que a maternidade, mas a maternidade é uma das formas possíveis de expressão da sexualidade feminina, entre outras” (IACONELLI, 2005, p. 12). No parto a privacidade é esquecida, o corpo erógeno é negado como se maternidade e erotismo não combinassem.

Desmistificando o amor materno, Iaconelli afirma,

“Em nossa cultura, o amor materno é visto como puro, entendendo-se puro como algo da ordem do não sexual (...) a fantasia de que o bebê é um pênis roubado do pai e escondido no útero está presente no temor de certas mulheres de que o parto seja uma realização incestuosa. Se meu bebê/pênis passar pela minha vagina, eu, que também passei pela de minha mãe, também estive aonde sempre desejei, mas nunca deveria ter estado (IACONELLI, 2005, p.13).

A partir desta reflexão, segundo Iaconelli (2005), podemos pensar que a mulher precisa escolher entre parir ou gozar no parto, pois o erotismo marca o interdito. Parir traz a marca da relação sexual da qual todos os seres vivos surgem, mas que remete ao inimaginável da relação sexual do próprio parto. Por isso, é compreensível que a mulher seja vista como um objeto, numa tentativa de lidar com a angústia gerada na equipe diante deste quadro. As situações onde a mulher tem um lugar ativo no parto, podem suscitar uma culpa, ao remeter a um protagonismo na fantasia incestuosa. Então, estes conteúdos inconscientes são negados, dificultando o processo de elaboração das parturientes e da equipe sobre o processo em questão.

A proibição da sexualidade como dito anteriormente, é outra fonte de ansiedade na situação expulsiva. A mulher experimenta felicidade ao sentir deslizar para o exterior o corpo da criança, pois a fisiologia vaginal tem receptores sensitivos destinados a registrar as sensações de pressão como prazer. Assim, a expulsão é sentida como uma situação sexual em si mesma, travando uma batalha inconsciente no momento do parto. A confusão entre o ato sexual e o parto soma-se à do próprio nascimento, da evacuação, de ser esvaziada, castrada. O momento logo após o parto constitui para a mulher um estado de confusão, do qual emerge com a ajuda dos que a assistem e do contato com a criança (SOIFER, 1977).

A autora afirma que os primeiros contatos não devem ser breves e que esse contato deve ser facilitado porque, como sinaliza, “ver o filho recém-nascido e segurá-lo nos braços é a única maneira de voltar a si, de recobrar a identidade perdida no estado de confusão. O filho denota a especificidade do ato, eliminando as confusões”

(SOIFER, 1977, p. 59). Como exemplo, deixar o bebê junto à mãe na sala de parto para que este seja levado no colo da mãe, ajuda-a a resolver a confusão e tolerar a expulsão da placenta e a sutura, estabelecendo uma “higiene mental” para a lactação e o puerpério.

2.3.4- Repercussão da vivência do parto para a mulher e para a criança

Deixar o bebê junto com a mãe na sala de parto para que este seja levado no colo da mãe, ajuda-a a estabelecer a “higiene mental” citada anteriormente. Porém, não podemos dizer que os benefícios do contato imediato após o parto sejam apenas para a mãe, o bebê também recolhe vantagens com essa aproximação. Após o parto, o bebê precisa se sentir amado para que seu desenvolvimento possa ocorrer da melhor maneira possível, prevenindo riscos no vínculo mãe e bebê que podem ter acontecido durante a gestação, evitando um atraso no desenvolvimento e dificuldades na relação mãe bebê.

O vínculo na díade mãe e bebê é desenvolvido através de uma adaptação mútua que se estabelece gradualmente desde os primeiros momentos de vida do bebê, sendo muito determinante para o futuro desta vinculação. Após o parto imediato, há condições ótimas para o estabelecimento desta vinculação, mas isso não ocorre pra todas as mulheres. A vinculação pode ser apenas gradual. Muitas delas sentem uma grande indiferença ao olhar para o bebê nas primeiras vezes (FIGUEIREDO, 2003).

Apesar da separação física entre mãe e bebê ser imediata após o parto, a mãe pode demorar a perceber o filho como separado de si (IACONELLI, 2005), por isso, não devemos insistir numa aproximação exagerada para uma mãe que ainda não está conseguindo perceber-se como mãe. Assim como não devemos privá-la de seu contato para facilitar esta percepção subjetiva.

Segundo Lyons, citado no trabalho de Figueiredo (2003), o parto quando considerado uma experiência difícil, principalmente por causa da dor, interfere no estado emocional da mãe após o parto. Figueiredo conclui que a intensidade da dor de parto é uma dimensão relevante na qualidade do envolvimento emocional da mãe com seu bebê.

Neste contexto de sentimentos negativos em relação ao parto, é possível compreender a possível dificuldade de se estabelecer um vínculo afetivo favorável, à medida que a mãe pode não se encontrar disponível para dedicar-se ao recém-nascido, podendo este ficar privado do seu cuidado e interação,

podendo, inclusive, trazer reflexos no pós-parto, sobretudo, no ato de amamentar (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Maldonado (1997) conta de um caso em que observou uma mulher com o parto muito prolongado e doloroso e que depois vivenciou uma profunda rejeição pela criança, não cuidando dela. A autora chama a atenção para o caráter traumático do parto que não é suficiente sozinho para criar essa má vivência. Outros fatores estão associados. Porém o parto provavelmente facilitou o desencadeamento de intensas emoções de hostilidade e rejeição em relação ao filho.

Os partos que eram realizados em casa passaram a ser feitos em hospitais como descrito no início deste trabalho. Em nome da diminuição da mortalidade neonatal, os bebês passaram a ser cuidados pelo ponto de vista médico, sendo retirados das mães. Assim, os profissionais impedem que a mãe desfrute de um imenso prazer que pode ocorrer neste contato inicial com o bebê (FIGUEIREDO, 2003), assim como a mãe é quem sabe o que o bebê precisa (WINNICOTT, 1990).

A mãe, ao ter este contato inicial com seu filho após o parto, sente-se mais segura e competente para a maternidade. O contato corporal entre ambos logo após o parto, seja na amamentação ou em outros momentos, resulta em consequências positivas na qualidade dos cuidados e no envolvimento materno, observados em curto ou longo prazo. Assim, o parto é um momento privilegiado na construção deste vínculo, com influência no desenvolvimento da relação, no desenvolvimento e bem estar da criança (FIGUEIREDO, 2003).

O bebê está atento e disponível para a formação deste vínculo com a mãe durante as primeiras horas de vida, principalmente entre 20 a 30 minutos após o parto. Por outro lado, seria preocupante dizer que apenas neste momento se forma o vínculo já que, como foi dito anteriormente, este vínculo é construído gradualmente (FIGUEIREDO, 2003).

Acredita-se que quanto mais a mãe está envolvida nas decisões do parto e nos cuidados prestados ao bebê, maior é sua satisfação e envolvimento emocional com o bebê (DE VRIES et. al. 1983, apud FIGUEIREDO, 2003). A mãe precisa sentir-se motivada e capaz de estabelecer este vínculo, o que só poderá ser possível se vivenciar de forma plena as experiências relacionadas à maternidade (BORSA; DIAS, 2004, apud CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012). Porém muitas vezes, a gestante chega ao

parto sem refletir sobre suas dúvidas, limitações, possibilidades e desejos devido às grandes exigências que o período da gestação acarreta como o modelo de ser mãe como algo perfeito, com amor incondicional (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Na cultura popular, basta a mulher estar grávida para que seja dela convocada a assumir o papel de mãe devotada, dedicada, que ama incondicionalmente a seu filho. Na nossa prática diária, sabemos que não é assim que ocorre. A maternidade é construída e precisa de tempo para ser estabelecida. Esse tempo pode variar de acordo com cada mulher e com seu contexto sócio-cultural, interferindo diretamente na maneira como ela se comportará durante sua gestação - parto e puerpério.

2.3.5 - Medo da dor do parto

O parto engloba um conjunto de fatores interligados como dito anteriormente, as condições em que se desenvolvem a gestação, em que momento da vida está a mulher, qual a maior preocupação da parturiente neste momento, fatores sócio-culturais, entre outros – fatores que influenciam também o comportamento da mesma no centro obstétrico.

Saunders (1991 apud ELIAS, 2003) formulou em 1967 o conceito de dor total, que inclui o sofrimento físico, psíquico, espiritual, mental, social e financeiro do paciente, abrangendo também o sofrimento dos familiares e da equipe médico-hospitalar. Todos esses fatores influenciam na vivência e na expressão da queixa da dor.

Para Julio de Melo Filho (2010), existem alguns aspectos da experiência dolorosa em nível clínico: limiar fisiológico, limiar de tolerância e resistência à dor. O limiar fisiológico é estável de um indivíduo ao outro, é definido como o momento em que o dado estímulo é sentido como doloroso. O limiar de tolerância é o ponto que determinado estímulo atinge tal intensidade que não pode mais ser aceitavelmente tolerado. O limiar de tolerância (diminuição da percepção da dor) pode ser elevado pelo sono, pelo repouso, pela simpatia, pela compreensão, pelo carinho, pela distração, pela redução da ansiedade e do estresse, pela música etc. Ao contrário, o limiar pode ficar mais baixo (aumento da percepção da dor) por múltiplos fatores: estresse, desconforto, fadiga, ansiedade, medo, raiva, tristeza, solidão. A resistência à dor seria a diferença entre eles. É também modificada por traços culturais, emocionais, e pelo sistema límbico ao qual cabe a resposta comportamental.

Transpondo a interferência desses aspectos citados por Júlio de Melo Filho para a situação de parto, o aspecto sócio cultural também interfere na maneira como cada parturiente vivencia, significa e lida com a dor que está sentindo. Segundo Bezerra, Cardoso (2006), a troca de experiências entre amigos e vizinhos é bastante relevante para a construção do imaginário feminino da dor no parto.

Sentir dor é um aspecto de destaque nas instituições de saúde no que diz respeito ao atendimento de parturientes e é uma provação de sua feminilidade (OLIVEIRA et. al. 2010). O parto como um momento de dor é transmitido de geração a geração causando medo nas futuras mães principalmente nas primíparas. Podemos perceber que a valorização da dor hoje está influenciada pelo movimento do parto natural. Porém, a concepção geral da dor é que esta deveria ser evitada e eliminada, o que dificulta o entendimento dessas mulheres que a dor é um processo fisiológico do parto.

O estudo feito sobre os fatores culturais que interferem durante o trabalho de parto e parto das mulheres, de Bezerra e Cardoso (2006), trouxe dentro da categoria medo a subcategoria de “informações dos parentes e amigos” na qual as participantes da pesquisa relataram conversas sobre o tema do parto “como algo doloroso, assustador, um enfrentamento da morte”. Assim, a parturiente sente-se em perigo, sentindo medo diante da dor, o que acaba aumentando seu nível de ansiedade.

Entendemos ansiedade como uma resposta emocional causada pelo reconhecimento pré-consciente de que um conflito reprimido está prestes a imergir (APA, 2013). Por sua vez, a ansiedade apresenta-se como uma resposta normal a um agente estressor, caracterizada pela antecipação de uma preocupação futura. De acordo com esta definição, a parturiente tem uma resposta normal ao seu agente estressor, no caso, o parto, antecipando a preocupação de como será este parto, dentre diversos motivos para estar preocupada, tendo a preocupação com a dor como principal motivo.

Imaginamos que a parturiente, ao estar ansiosa para o término daquela dor, e conseqüentemente do parto, potencializa ainda mais essa dor, já que acreditamos que medo e ansiedade estão interligados nesse sentido. Entendemos por medo uma reação racional para um perigo externo objetivamente identificado que pode induzir uma pessoa a fugir ou atacar em autodefesa (APA, 2013). Sendo assim, podemos supor que a parturiente, ao sentir dor ou imaginar que a sentirá, faz uma reação de autodefesa, ativando sua ansiedade, contribuindo para aumentar tanto o medo quanto a ansiedade.

Segundo Oliveira et al., (2010, apud Carvalho, 2005), a ansiedade e o medo têm natureza sensorial, mas podem aumentar de intensidade, já que se apresentam de forma individual e variam de acordo com a experiência da paciente. Assim, a dor deve ser respeitada de acordo com os limites de cada mulher, já que necessitam de apoio, ajuda e confiança nas pessoas ao seu redor no momento de trabalho de parto e parto.

Em função de influências como estas, muitas pacientes optam por fazer parto cesárea, com a concepção de que este é um parto rápido e sem dor, permitindo que a prática médica atual justifique sua conduta para si e para os outros (OLIVEIRA et al., 2010).

As mulheres que já tiveram partos anteriores utilizam desta experiência para determinar como serão as próximas vivências, por exemplo, se ela já teve um parto normal muito doloroso e traumatizante, a tendência será que evite ter outro e talvez opte por uma cesárea mesmo sabendo que cada parto é diferente do outro. Experiências ruins como essa podem desencadear consequências sérias, culminando até em transtornos, como os descritos a seguir.

2.3.6 Violência obstétrica, parto traumático e distúrbios psicológicos no puerpério: consequências de uma vivência de parto negativo

Quando o parto não é uma experiência tão boa, consequências importantes podem ser acarretadas comprometendo a saúde mental de mulheres até então saudáveis psiquicamente. Retomando Winnicott (1990), o ser humano nasce com uma tendência inata ao desenvolvimento emocional saudável que ele chama de *continuidade do ser*. Se nada der errado, ele se desenvolve de maneira saudável com o “ambiente suficientemente bom” (conceito já descrito ao longo deste trabalho) realizando seu papel. Porém, se o ambiente não for “suficientemente bom”, ele causará *intrusões* ao indivíduo comprometendo seu desenvolvimento emocional. As *intrusões* são estímulos ambientais que afetam a *continuidade do ser* do indivíduo e podem ser causadas por excesso de cuidado ou pela falta dele. Seja qual for a causa, a consequência para o indivíduo será a mesma: reagir ao ambiente impedindo que sua *continuidade do ser* se desenvolva de maneira saudável, podendo prejudicar seu desenvolvimento emocional.

Acreditamos que a cena do trabalho de parto e do parto faz parte da *continuidade do ser* da mulher gestante que dará a luz ao seu filho. Essa cena pode ser

vivida com um “ambiente suficientemente bom” proporcionado pela equipe de saúde ou não. Quando a experiência do pré-parto e do parto foi ruim, ela pode ter sido causada por *intrusões* do ambiente.

Ao falar sobre suas experiências de parto, as mulheres relatam, muitas vezes, cenas indesejáveis carregadas de muitos sentimentos negativos, dizendo ter-se sentido como um objeto, num contexto em que deveriam ser sujeitos. Como dizem Nogueira e Lessa (2003), o parto deixou de ser uma experiência do universo feminino para se transformar em mais um evento médico, no qual a parturiente foi relegada a um papel secundário no nascimento de seu filho. As mulheres não mais “fazem” o parto, elas “sofrem” o parto.

A retirada da mulher do centro do processo de parto é uma das consequências de que uma parte dos profissionais de saúde atuem atrelados ao paradigma intervencionista, agindo nas situações de parto a partir de visões estereotipadas do corpo feminino. O corpo da mulher é compreendido como algo dependente da tecnologia, algo frágil e por isso, perigoso ao bebê. Evidencia-se um processo de “coisificação” da mulher, já que ela deixa de ser protagonista do processo de parto e passa a ser “objeto” de intervenção médica (GOMES; KUNZLER, 2015).

A violência obstétrica advém da medicalização do corpo feminino apropriado pelo saber médico. É uma prática pouco visibilizada, contribuindo para a naturalização deste tipo de violência e para a perpetuação desta prática por ignorância ou desconhecimento (FARIAS, 2015). Violência obstétrica consiste em qualquer ato realizado por profissionais da saúde em relação ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, expresso através de uma atenção desumanizada, excesso de intervenções e onde os processos fisiológicos sejam medicalizados e patologizados (JUAREZ, et al., 2012; apud ANDRADE; AGGIO, 2014).

Os abusos e desrespeitos no parto nas instituições de saúde acontecem de várias formas: abusos verbais e humilhações, violência física, ausência de consentimento esclarecido antes de realizar procedimentos, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos, falta de privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, recusa em administrar analgesia, cuidado negligente durante o parto que pode levar a complicações evitáveis, detenção de mulheres nas instituições após o parto, devido à incapacidade de pagamento, uso de ocitocina sintética e a impossibilidade de

acompanhante durante o parto (OMS, 2014). Consideramos todos esses fatores como intrusões, na terminologia de Winnicott.

A OMS (2014) também pontua os direitos da gestante como direito de receberem tratamento digno e de não sofrerem discriminações. De terem acesso à informação e de usufruírem do mais elevado padrão de saúde mental e física, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Ainda de acordo com a Organização, as cirurgias cesarianas deveriam ocorrer em apenas 15% do total de partos e só devem ser realizadas quando forem essenciais para preservar a saúde da mãe e do feto.

Porém, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre parto e nascimento” (2014) realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, e nas instituições privadas, esse número chega a 88%. Todavia, apenas 5% realizam parto normal sem intervenções, mostrando que nesta via de parto há a predominância do modelo medicalizado, com intervenções excessivas e procedimentos de rotina desaconselhados pela OMS, causando dor e sofrimento. Na mesma pesquisa, é constatado que 53,5% das mulheres sofrem episiotomia (corte no períneo, entre a vagina e o ânus, para facilitar a saída do bebê) durante o parto normal, um total muito distante do recomendado pela OMS, de apenas 10%.

Durante as últimas décadas, o Estado Brasileiro tem-se posicionado a respeito da violência obstétrica, publicando leis com temas específicos. A Lei nº 11.108 de 2005 prevê o direito a um acompanhante escolhido pela gestante, durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, por 10 dias, no Sistema Único de Saúde. Outra lei importante é a Lei nº 10.778, de 2003, que estabelece que as autoridades sanitárias devem notificar compulsoriamente os casos de violação dos direitos da mulher atendida nos serviços de saúde público ou privado (GIL, 2015).

Muitas mulheres tem medo de denunciar a violência à ouvidoria do hospital, por medo de sofrerem, junto com seu bebê, algum tipo de retaliação. Muitas desconhecem seu direito de denunciar e por vezes não identificam que seus direitos foram desrespeitados, introjetando o mau tratamento que lhes foi prestado como algo natural, normal e rotineiro, ainda que haja sofrimento (GIL, 2015).

Foi protocolado o Projeto de Lei nº 7.633, assinado pelo Deputado Federal Jean Wyllys, em maio de 2014, que dá à gestante o direito ao parto e abortamento humanizado e propõe que os profissionais de saúde que praticarem violência obstétrica fiquem sujeitos à responsabilização civil e criminal, além da publicidade de informações

sobre direito ao parto humanizado por meio de cartazes expostos nos estabelecimentos de saúde (GIL, 2015).

O tema da violência obstétrica tem estado em evidência, levantando discussões e estudos devido ao impacto e consequências que essas práticas acabam tendo na vivência de parto e na vida da mulher e de sua família.

As práticas consideradas como violência obstétrica podem fazer com que o parto seja considerado como uma vivência traumática pela mulher, caracterizando um parto traumático. Entendemos trauma como uma experiência vivida, num curto espaço de tempo, acrescida de estímulos tão intensos que sua liquidação ou elaboração, pelos meios normais e habituais fracassa, o que não pode deixar de acarretar perturbações duradouras no funcionamento energético (FREUD, 1916-17). O parto traumático é definido, segundo Beck (2004), como um evento que ocorre durante o trabalho de parto ou no parto que envolve real ou temida lesão física ou morte da mulher ou recém-nato. Durante este evento, a puérpera experimenta medo intenso, desamparo, perda de controle e horror.

Algumas experiências do trabalho de parto ou do parto para algumas mulheres não trazem consequências, mas para outras podem ser vivenciadas como uma experiência ruim, podendo desencadear uma vivência de parto traumático. (REYNOLDS, 1997). “O evento traumático em si não é determinante para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, pois depende da capacidade individual de processamento da memória do evento traumático e das emoções” (ZAMBALDI; CANTILINO; SOURGEY, 2009, p. 256). Com essa premissa, podemos afirmar que a experiência de parto é singular de cada mulher. Mesmo um parto considerado rotineiro para a equipe, pode ser traumático para ela (ZAMBALDI; CANTILINO; SOURGEY, 2009).

Alguns fatores contribuem para o parto traumático, como complicações obstétricas ou neonatais, cesariana de urgência, parto com uso de fórceps, nascimento de bebê prematuro ou necessidade de internação em unidade intensiva ou falecimento deste (ZAMBALDI; CANTILINO; SOURGEY, 2009).

Após a experiência de um parto traumático, algumas mulheres passam a manifestar sinais desta vivência como recordações aflitas por meio de sonhos, imagens, ideias, emoções e tentam evitar tudo que as façam lembrar este momento como pessoas, lugares, situações e pensamentos. Associado a isso, as mulheres podem

apresentar hiperexcitabilidade e entorpecimento afetivo caracterizando-se o Transtorno de Estresse Pós Traumático Pós-Parto (ZAMBALDI; CANTILINO; SOURGEY, 2009).

Os fatores de risco para o TEPT pós-parto são eventos prévios traumáticos, como mulheres que sofreram agressões físicas, violências sexuais, mulheres que tem muito medo do parto ou que já sofreram um parto traumático, mulheres que tiveram depressão na gestação, que tiveram transtornos psiquiátricos prévios, que tem baixa capacidade de enfrentamento de problemas, que tiveram perda de controle durante o parto, que tiveram uma expectativa diferente, que sofreram procedimentos obstétricos de urgência e que tiveram pouca informação da equipe (ZAMBALDI; CANTILINO; SOURGEY, 2009).

O parto traumático pode trazer repercussões negativas na vida psíquica da mulher, pelo desapontamento e a perda do sonho que foi construído durante a gestação para o momento do parto, podendo culpar-se por pensar ter sido inadequada ou incapaz. Ela pode alterar o planejamento familiar não desejando mais ter filhos em consequência do medo do parto ou mudar a decisão de via do parto desejando uma cesariana, se o anterior foi normal. O parto traumático pode acarretar dificuldades na relação com o recém-nascido, fazendo com que a mulher fique distante e pouco interativa com o bebê, ou até trazendo dificuldades na amamentação (ZAMBALDI; CANTILINO; SOURGEY, 2009).

Segundo os autores, o parto traumático é pouco conhecido e abordado por profissionais da saúde, mas não é raro, podendo trazer consequências negativas na vida conjugal e reprodutiva da mulher, bem como na relação mãe-bebê. Segundo eles, 1% a 6% das mulheres que tiveram parto traumático desenvolvem o Transtorno de Estresse Pós Traumático Pós Parto (TEPT PP).

Reynolds (1997), sugere que o parto traumático deve ser evitado. Uma forma possível dele ser evitado é colher a história desta mulher desde a gestação, com relação ao medo do parto, complicações em parto anteriores e transtornos psiquiátricos prévios. É preciso haver uma boa comunicação entre a equipe e a parturiente durante o parto e, após este, a equipe deve estar apta para encorajar a mulher a falar da sua experiência do parto e pesquisar sinais de transtornos afetivos, que já podem indicar a necessidade de cuidados específicos a fim de evitar outros quadros de transtornos psíquicos no puerpério.

Segundo Maldonado (2002), a gestação e o puerpério são períodos bastante vulneráveis à ocorrência de crises emocionais, devido a mudanças intra e interpessoais

desencadeadas no parto. Os primeiros dias após o nascimento do bebê são carregados de emoções intensas e variadas. Nas primeiras vinte e quatro horas, a sensação de desconforto físico com náuseas, dores e sangramento pós-parto é intensa paralela a excitação pelo nascimento do filho. Assim, podemos ver o quanto é complexo este momento para a mulher possibilitando muitos sentimentos ambivalentes.

Após o parto, pode-se iniciar o período chamado de Baby Blues. Este é um estado passageiro que ocorre em cerca de 70% a 90% das mulheres, no qual a puérpera apresenta certo cansaço, um pouco de mau-humor, muita vontade de dormir e até de que alguém se preocupe com seu filho, já que pra ela está um pouco difícil a adaptação à nova realidade. O Baby Blues ocorre no máximo até o oitavo ou décimo dia após o nascimento do bebê não sendo necessária a intervenção da equipe de saúde. É desejável que esta mulher tenha apoio familiar para auxiliá-la nos cuidados ao bebê (MOREIRA; BRAGA; MORSCH, 2003).

O quadro descrito acima deve ser diferenciado da depressão pós-parto. Neste estado, a puérpera demonstra humor deprimido, perda de prazer e interesse nas atividades, alteração do peso/apetite, alteração do sono, agitação ou retardo psicomotor, sensação de fadiga, sentimento de inutilidade e culpa, dificuldade para se concentrar e tomar decisões e até pensamentos de morte ou suicídio. Este quadro inicia-se entre duas semanas até três meses após o parto (CANTILINO; ZAMBALDI; SOUGEY; RENNÓ JR, 2010). Segundo os autores, os fatores de risco para a depressão pós-parto são história pessoal de depressão, episódio depressivo ou ansioso na gestação, eventos de vida estressantes, pouco suporte social e financeiro, relacionamento conjugal conflituoso, características da personalidade, baixa autoestima e padrões de cognição negativos.

A depressão pós parto pode causar repercussões na qualidade de vida, na dinâmica familiar e na interação mãe-bebê. As mulheres acometidas por este tipo de depressão, se expressam menos pessoalmente e são menos interativas com seus bebês. Elas podem interromper a amamentação precocemente e lidar com seus filhos de forma indecisa, pouco afetuosa e confusa por lhes faltarem habilidades de resolução de problemas ou persistência necessária para estabelecer vínculos com suas crianças (CANTILINO et al., 2010).

Ainda para estes autores, a psicose puerperal é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer nesse período. Sua prevalência é muito pequena e os sintomas se

instalam já nos primeiros dias até duas semanas do pós-parto. Seus sintomas iniciais são euforia, humor irritável, logorréia, agitação e insônia. Podem aparecer delírios, ideias persecutórias, alucinações e comportamento desorganizado, desorientação, confusão mental, perplexidade e despersonalização.

Os fatores de risco para este transtorno são a primiparidade, complicações obstétricas e antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos, sobretudo outros transtornos psicóticos. Deve ser investigado nesses quadros o comportamento negligente nos cuidados com o bebê e ideias suicidas e infanticidas (CANTILINO et al., 2010). Para esses autores, o quadro da psicose puerperal é muito grave, normalmente necessitando de internação hospitalar. Causas orgânicas devem ser descartadas e o tratamento deve ser o mesmo que o recomendado para transtornos psicóticos agudos. Para Moreira, Braga e Morsch (2003), não é recomendado a separação do bebê da mãe, mas é indispensável a supervisão constante da mãe aliada a um suporte familiar para que sua proximidade com o bebê seja mantida.

Sendo assim, faz-se necessário um diagnóstico diferencial destes quadros para que seja dado o devido tratamento a cada um para que a função da maternidade seja o menos comprometida possível favorecendo a mãe e o bebê.

Além disso, como vemos, alguns dos principais transtornos psicológicos que podem acontecer no período puerperal têm como fatores de risco ansiedade, eventos estressantes e complicações obstétricas, dentre outros, que são também fatores de risco para o parto traumático.

É, portanto, de fundamental importância que os profissionais da saúde conheçam as repercussões que o parto pode ter na vida da mulher e, assim, evitem práticas que possam gerar violência obstétrica e vivências de parto traumáticas para a mulher, a fim de evitar que ela desenvolva quadros de intenso sofrimento e que trazem consequências que podem afetar o bebê, sua família e seu meio social, demandando intervenções que podem levar a tratamentos evitáveis com cuidados relativamente simples que podem ser implementados no parto, que incluam principalmente a subjetividade e o desejo da mulher, respeitando suas escolhas e incentivando sua participação ativa em todo o processo do trabalho de parto e parto.

Nesse sentido, conhecer os sentidos atribuídos pelos médicos (responsáveis diretos pelas condutas a serem adotadas no parto) e pelas mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto, pode contribuir para identificar as semelhanças e distorções

entre a percepção dessas experiências, sinalizando os caminhos que podem indicar as condutas que já está acontecendo de forma harmônica para ambos e o que deve ser aprimorado para minimizar as consequências acima citadas.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta pesquisa foi estudar o cuidado assistencial nos momentos de pré-parto e parto com base na investigação das percepções e concepções (significados atribuídos) sobre a assistência percebida pelas parturientes e prestada pelos médicos, no Centro Obstétrico da Maternidade-Escola da UFRJ.

3.2 Objetivos específicos

Com base no objetivo geral acima descrito pretende-se, especificamente, discutir como as percepções e significados das pacientes e profissionais médicos sobre o momento de pré-parto e parto podem se relacionar, positiva ou negativamente, com a vivência pela mulher dessa etapa importante da gravidez, assim como com o cuidado assistencial prestado pelos profissionais médicos na atenção à mulher durante estes momentos.

Para tanto, delinea-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as percepções e concepções (significados atribuídos) das puérperas e profissionais médicos sobre suas vivências do momento do pré-parto e parto;
- Analisar comparativamente as diferenças de percepções e concepções sobre o cuidado assistencial prestado da puérpera e do médico que assistiu ao seu parto;
- Discutir como essas possíveis diferenças podem se relacionar ao cuidado profissional e à vivência da paciente.

4. METODOLOGIA

A pesquisa seguiu um delineamento descritivo com caráter qualitativo e amostra de conveniência, procurando estudar os fenômenos de acordo com os objetivos acima.

4.1 Participantes

Participaram da pesquisa 10 puérperas internadas no Alojamento Conjunto da Maternidade – Escola da UFRJ no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016. Como critério de inclusão das puerpéras, foram abordadas mulheres com idades entre 18 e 35 anos que tiveram parto normal na instituição naquele período de coleta de dados da pesquisa. Participaram da pesquisa também 10 médicos residentes que assistiram estas respectivas puérperas durante seu trabalho de parto e parto no Centro Obstétrico da Maternidade – Escola da UFRJ

4.2 Critérios de exclusão

Não participaram da pesquisa as puérperas que passaram por parto cesárea, as que não estavam internadas no período citado acima, as que tinham idade diferente da citada nos critérios de inclusão e as que não quiseram participar da pesquisa. Não participaram também os médicos residentes que não foram encontrados para a realização da pesquisa e os que não quiseram participar.

4.3 Instrumentos de coleta

Para coleta de dados foram utilizados dois roteiros de entrevista semiestruturada, elaborados especialmente para essa pesquisa:

- 1) Roteiro de entrevista “Percepção das mulheres sobre seu trabalho de parto e parto” elaborado para entrevistar as mulheres que vivenciaram seu parto normal na instituição (**APÊNDICE A**);
- 2) Roteiro de entrevista “Percepção dos médicos referente à mulher sob sua assistência no trabalho de parto e parto”, elaborado para entrevistar os médicos residentes que prestaram a assistência às mulheres em trabalho de parto e parto (**APÊNDICE A**).

Cada roteiro continha três perguntas disparadoras e a partir destas se desenvolvia a entrevista propriamente dita.

4.4 Local

Com as puérperas, as entrevistas foram conduzidas no Alojamento Conjunto da Maternidade – Escola da UFRJ, durante o período de internação após o parto. Para os médicos residentes, a pesquisa foi conduzida no Centro Obstétrico ou no Alojamento Conjunto da Maternidade - Escola da UFRJ, no mesmo plantão em que a paciente foi atendida ou em horário posterior combinado.

A Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro é uma instituição hospitalar da rede pública especializada em saúde perinatal, oferecendo assistência multiprofissional ambulatorial e hospitalar, bem como emergência 24 horas, possuindo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. É um hospital universitário que disponibiliza os programas de residência médica e multiprofissional e onde são realizadas atividades de ensino para estudantes de algumas graduações da área da saúde. A missão institucional é desenvolver atividades de assistência especializada à saúde, formação de recursos humanos nas diversas áreas de saúde, atividades de pesquisa e inovação tecnológica em perinatologia. A maternidade está localizada na Área Programática 2.1. e situada no Bairro de Laranjeiras, zona sul da cidade do Rio de Janeiro (MATERNIDADE ESCOLA, 2011).

4.5 Procedimentos

Antes do início da coleta de dados, foi entregue aos participantes da pesquisa o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**) elaborado de acordo com a Resolução 466/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAEE n. 49125515.9.0000.5275 , com data de aprovação em 28/10/15). A pesquisa apresentou riscos mínimos, pois não utilizou metodologia invasiva que implicasse em riscos à saúde dos participantes.

Todos os participantes, pacientes e médicos, foram informados sobre a necessidade da gravação da entrevista em áudio, a qual seria utilizada apenas como registro, para posterior análise de dados a serem usados para pesquisa e/ou elaboração

de comunicações científicas, garantindo-se o sigilo das informações prestadas e a possibilidade de desistência da participação na pesquisa a qualquer momento.

As puérperas eram abordadas no pós-parto durante sua internação, quando a pesquisadora se apresentava como psicóloga residente, convidava-as a participar da pesquisa e esclarecia os objetivos deste trabalho, reforçando que este não fazia parte de uma pesquisa de satisfação de qualidade da instituição e que não implicaria em quaisquer prejuízos ao seu atendimento na mesma. As entrevistas eram conduzidas por cerca de três minutos, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

Os médicos eram abordados em seu horário de trabalho, quando a pesquisadora se apresentava como psicóloga residente, convidando-os a participar da pesquisa e esclarecia os objetivos deste trabalho. As entrevistas eram conduzidas por cerca de cinco minutos, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Explicamos que a primeira pergunta era mais ampla, relacionando-se às mulheres em geral, sendo as seguintes referidas àquelas pacientes atendidas naquele momento.

4.6 Processamento e análise de dados

Os dados da entrevista, ou seja, os relatos verbais dos entrevistados obtidos através das transcrições das entrevistas, foram analisados de acordo com a metodologia de Análise do Conteúdo de BARDIN. Nessa metodologia o texto é concebido como um meio de expressão do sujeito, no qual o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Dessa forma, é possível identificar categorias explícitas de análise textual para fins de pesquisa (BARDIN, 1977).

Após a leitura das entrevistas e sua análise, foram identificadas algumas categorias de análise:

a) Para as puérperas: 1) “Percepções sobre o processo de parir”, que se refere ao relato verbal das mulheres sobre suas vivências neste momento; 2) “Avaliação da assistência”, que se refere ao relato verbal das mulheres sobre como elas perceberam e se sentiram durante a assistência prestada a elas pela equipe e pelos médicos.

b) Para os médicos: 1) “O cuidar das pacientes”, que se refere aos relatos verbais dos médicos a respeito do que eles consideram como suas atribuições no trabalho de parto e parto das mulheres em geral; 2) “Percepção da mulher sob sua assistência”, que se refere aos relatos verbais dos médicos a respeito da vivência da paciente a quem prestaram assistência durante os trabalhos de parto e parto; 3) “A interferência do médico na vivência da paciente”, na qual os médicos narram como o seu trabalho interferiu na experiência daquela paciente que ele atendeu. Tais categorias serviram para analisar qualitativamente o discurso produzido pelos participantes acerca do tema investigado.

Por fim, foi realizada uma análise comparativa dos relatos coletados de cada tipo de participante, puérpera e médico, comparando-se os discursos dos mesmos em pares de acordo com a paciente e o médico que a atendeu, como observado no quadro abaixo:

Quadro 1- Pares de pacientes e médicos que participaram da pesquisa

Pacientes	Médicos
M.	C.
I.	C.A.
Ro.	M.
C.	C.B.
K.	R.F.
L.C.	J.
R.L.	V.
R.	R.
E.	E.
S.C.	M.M.

Fonte: Própria autora.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Resultados das entrevistas das mulheres que vivenciaram parto normal

5.1.1 Percepções sobre o processo de parir

Quando as indagamos se a realidade da vivência teria sido como elas haviam imaginado, 8 mulheres disseram que não e apenas 2 disseram que sim. Dentre as diversas justificativas para essas respostas, para as mulheres que disseram que não, a percepção da dor foi o aspecto mais frequente indicado, como ilustra os relatos abaixo:

“achei que...que sei lá, que seria menos dolorido” (Paciente R. L.)

“Como eu imaginava, não. Eu tinha imaginado uma dor, mas a gente não imagina uma dor tão forte, mas... sei lá (...) A gente imagina uma dor, mas a gente nunca sabe o extremo da dor. Dói muito.” (Paciente M.)

“Não foi como eu imaginava... não foi como eu imaginava porque... eu assim...eu imaginava que ia doer, essas coisas toda, mas eu sofri muito... então não foi como eu imaginava não...” (Paciente R.)

A dor foi o principal aspecto relatado pelas mulheres acerca das percepções do trabalho de parto e parto. Podemos dizer que ela é um aspecto biológico, mas que sofre influência do aspecto sócio cultural na maneira como cada parturiente vivencia, significa e lida com a dor que está sentindo. Segundo Bezerra, Cardoso (2006), a troca de experiências entre amigos e vizinhos é bastante relevante para a construção do imaginário feminino da dor no parto.

A mulher é influenciada a sentir dor, pois esta é muito valorizada em nossa sociedade atual sendo, portanto, aspecto de destaque nas instituições de saúde no que diz respeito ao atendimento de parturientes. Sentir dor é uma provação de sua feminilidade (OLIVEIRA et. al. 2010). O parto como um momento de dor é transmitido de geração a geração causando medo nas futuras mães principalmente nas primíparas. Podemos perceber que a valorização da dor hoje está influenciada pelo movimento do parto natural. Porém, a concepção geral da dor é que esta deveria ser evitada e eliminada, o que dificulta o entendimento dessas mulheres de que a dor é um processo fisiológico do parto.

Em contrapartida, houve mulheres que ressaltaram a importância da analgesia para favorecer uma vivencia mais tranquila do processo de parir apontando para uma certa impotência na autogestão do seu parto:

“mas depois que me deram anestesia foi tudo tranquilo. Aí foi do jeito que eu imaginei, descer ela sem dor.” (Paciente K.)

“Ah, eu tomei anestesia, foi bom (risos)(...) se não acho que eu não teria conseguido.” (Paciente L.C.)

Outra percepção que apareceu nos relatos foi o aspecto do tempo de duração do trabalho de parto. As puérperas achavam que o processo de trabalho de parto e o parto duraram mais do que imaginavam, como nos relatos a seguir:

“que seria mais rápido, mas não foi. Que tem que esperar (risos). E é isso (risos).” (Paciente R.L.)

“eu sofri muito mais, que eu comecei a passar mal no dia 24 e fui ganhar ela no dia 26, 7 horas da noite. Eu achei que seria mais fácil.” (Paciente R.)

“É, mas dizem que nenhuma é igual ao outro, né? Que cada parto é diferente e realmente foi muito diferente. Eu esperava a moleza que foi o primeiro, mas foi uma dureza (...) Ah, foi muito difícil. Foi muitas horas de contração...” (Paciente I.)

Sobre a duração do trabalho de parto e parto podemos dizer que, de forma geral, muitas gestantes chegam a este momento desinformadas sobre como ocorre de fato todo o processo de parir. Desta forma, elas imaginam que a duração do trabalho de parto é menor do que normalmente é, o que pode repercutir nelas uma resposta de ansiedade deflagrada, inclusive, pelo medo da dor. Segundo Bezerra, Cardoso (2006), o parto é considerado como algo doloroso e assustador e tem sido representado também como enfrentamento da morte. Assim, a parturiente sentindo-se em perigo e experimentando o medo diante da dor, pode aumentar seu nível de ansiedade.

Entendemos ansiedade como uma resposta emocional causada pelo reconhecimento pré-consciente de que um conflito reprimido está prestes a imergir (APA, 2013). Por sua vez, a ansiedade apresenta-se como uma resposta normal a um agente estressor, caracterizada pela antecipação de uma preocupação futura. Com base nisso, entendemos que a parturiente apresenta uma resposta normal de ansiedade frente a um estressor, no caso, o parto; no entanto, junto com a preocupação de como será seu parto terá ainda a preocupação com a dor e a expectativa frustrada de que o parto seria mais rápido, como vimos nos relatos.

Imaginamos que a parturiente, ao estar ansiosa para o término daquela dor e consequentemente do parto, potencializa ainda mais essa dor, já que medo e ansiedade estão interligados. Entendemos por medo uma reação racional para um perigo externo objectivamente identificado que pode induzir uma pessoa a fugir ou atacar em auto-defesa (APA, 2013). Sendo assim, podemos supor que a parturiente ao sentir dor, ou imaginar que sentirá, faz uma reação de auto-defesa, ativando sua ansiedade e contribuindo para aumentar tanto a percepção do estímulo doloroso, o que novamente aumenta o medo e a ansiedade, num ciclo que se retroalimenta.

Ao contrário, houveram relatos diferentes dos anteriores, em que a puérpera não ressaltou na sua vivencia do parto o aspecto do tempo de trabalho de parto, e nem a dor vivenciada:

“Foi um parto rápido, entendeu? Não foi um parto assim demorado, igual muita gente assim sofre várias horas... Eu sofri o quê? quatro horas, entendeu?” (Paciente E.).

A mesma paciente relatou sobre a dor:

“Ah eu imaginava que ia ser assim... que eu ia passar por aquilo ali, né? Mas tudo bem. É uma dor assim que passa e volta, né?” (Paciente E.)

Segundo Carvalho (2005 citado por Oliveira et al. 2010), a ansiedade e medo têm natureza sensorial, mas eles podem aumentar de intensidade, já que se apresentam de forma individual e variam de acordo com a experiência da paciente. Sendo assim, podemos perceber que para a Paciente E. a ansiedade e o medo não colaboraram para que ela sentisse sua vivencia do parto como demorado ou percebido sua dor como muito grande, reforçando, assim, a afirmação do autor de que medo e ansiedade apresentam-se de forma individual e variam de acordo com a experiência individual.

Houve ainda outros relatos que compararam a vivência atual com partos anteriores:

“Não era como eu imaginava, porque era...ee...meus partos foram todos induzidos, (confusão) ou normal. E esse foi induzido. Então eu imaginava que seria mais complicado, mas não foi. Eu fiquei com medo, mas não...era medo. Foi normal igual aos outros.” (Paciente S. C.)

Outra paciente destacou aspectos negativos na vivência do parto, ressaltando a força física empreendida no momento do parto, tanto sua quanto de outras pacientes também em trabalho de parto:

“tive que fazer muita força mesmo e foi complicado assim...é é...foi bem difícil. (suspiro)... “Ai quando as meninas do lado começaram a gritar eu já fiquei apavorada e...passei a mesma...acho que até pior do que elas. Elas foram rápido, mas eu foi muito tempo e foi muita dor mesmo, muita força. Na primeira filha eu fiz uma forcinha já foi...ela aqui foi força que eu não tive, que não tinha, tive que arrumar...foi difícil.”
(Paciente I.)

Podemos dizer, a partir dessa fala, que a estrutura física do ambiente também interferiu na experiência de parto desta paciente contribuindo para maior percepção da força que ela precisou fazer e da dor que passou a partir dos relatos das pacientes ao lado.

Por outro lado, houve uma paciente que ressaltou em seu relato a importância daquele momento para ela e seu desejo pelo parto normal:

“foi um momento pra mim de muita importância porque eu senti as dores e tudo, pro meu bebê nascer (...)... mas eu gostei, tanto que quando falaram que talvez eu passaria pra... em vez de o parto ser normal, ia ser cesário, eu falei até positivamente, eu pensei comigo que seria assim... quando ela falou 'ó, parece que vai ser cesário', eu falei 'não, vai ser normal'. Então quando foi na hora que ela falou que já tava... já quase... a dilatação já tava já bem preparada pra vim eu fiquei muito feliz...porque quando ela falou assim, 'você não queria ter normal?' Eu falei 'e quero'. Então foi uma coisa bem... graças a Deus deu tudo certo.” (Paciente Ro.)

Na Maternidade-Escola da UFRJ as mulheres não têm ingerência sobre sua via de parto; porém, podemos dizer com base nesse relato que o desejo pela via de parto pode interferir muito no desenrolar do processo de parir, mostrando que quanto mais a paciente estiver preparada e motivada para tal, mais chances ela tem de vivenciar seu parto como um momento prazeroso.

A presença do acompanhante foi outro aspecto de destaque nos relatos das participantes, como ilustrado abaixo:

“E pro meu marido também, que tava presente, ele viu tudo o que aconteceu, em todos os momentos ele... se eu sofri, ele também sofreu junto, ele participou de tudo e ainda está aqui comigo, até agora.” (Paciente Ro.)

“só senti falta da família, porque eu não tive acompanhante ali presente. Ai isso ai me deixou mal.” (Paciente I.)

A presença do acompanhante no trabalho de parto e parto contribui para o aumento dos partos vaginais espontâneos, assim como para a redução da necessidade de analgesia intraparto, da insatisfação/percepção negativa sobre a experiência do nascimento, sobre a duração do trabalho de parto, da cesariana, do parto vaginal instrumental e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida (BRÜGGEMANN et. al. 2013)

Segundo os autores, estudos demonstram que a presença e participação do acompanhante produz reflexos positivos em várias esferas da assistência ao nascimento e parto. O acompanhante mostra-se como uma tecnologia não invasiva durante o trabalho de parto que favorece os potenciais internos da mulher para a tomada de decisões. Os principais resultados de ensaios clínicos randomizados realizados no Brasil apontaram que o apoio do acompanhante de escolha da mulher influenciou positivamente na sua satisfação com o trabalho de parto e parto (BRÜGGEMANN et. al. 2013).

A presença de um acompanhante de escolha da mulher, uma pessoa de confiança que faça parte da sua rede social, já garantida por lei (LEI 11.108/2005), possibilita que ela se sinta amparada emocional e fisicamente. Tal amparo ocorre por meio de conversas, massagens e auxílio na deambulação, que ajuda a mulher a se sentir encorajada (BRÜGGEMANN et. al. 2013), o que pode ser observado também nos relatos das participantes da pesquisa.

A presença do acompanhante foi respaldada com a publicação da Lei n. 11.108/2005, conhecida como “Lei do acompanhante”, a partir da qual os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o

período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (LEI 11.108/2005; BRÜGGEMANN et. al. 2013).

5.1.2 Avaliação da assistência

Sobre a equipe de saúde, os relatos das pacientes foram unânimes ao falar da qualidade do serviço prestado, tanto de médicos quanto de enfermeiros e técnicos, destacando a postura atenciosa da equipe.

“Porque todo tempo elas tavam ali, o médico tava ali perto da gente, todo tempo. Todo tempo vendo como você tava, como que a neném tava dentro da minha barriga. Foi muito bom. O atendimento é ótimo aqui. Também não tenho nada de reclamar deles não” (Paciente K.).

Destacaram também a participação dos profissionais na assistência:

“Das enfermeiras, médicos... da equipe, né? Então, foi... gostei, todo mundo tava sendo bem prestativo comigo, muita atenção, muito atenciosos... e... eu amei, gostei muito da participação de todos no momento que eles se preocupavam em perguntar como que a gente tava, tudo assim, foi também muito legal.” (Paciente Ro.).

Destaque para a postura paciente dos profissionais foi visto em diferentes relatos como:

“foram pacientes, bem pacientes no momento em que, quando a gente acha que não vai conseguir, eles dão a maior força. E é isso...” (Paciente Ro.)

“A equipe toda atenciosa comigo, com paciência. E assim, eu achei que foi muito bom o atendimento.” (Paciente E.)

Segundo Domingues, Santos e Leal (2004), as pacientes não têm facilidade em criticar os serviços de saúde e os profissionais que a atenderam, pois sentem-se aliviadas e agradecidas após o nascimento de seu filho, compensando qualquer sentimento

negativo que houve durante a prestação da assistência. Acreditamos que esse fator pode ter interferido nos relatos das pacientes.

Ainda na assistência prestada pelos médicos durante o pré-parto houve destaque também para aspectos mais técnicos, como o toque feito constantemente para confirmar a evolução da dilatação:

“Aquele toque que você quer toda hora pra saber em quanto tá...em quanta dilatação tá, entendeu? Foi muito bom, bem tranquilo. Isso aí foi muito bom mesmo.”
(Paciente I.)

Ao contrário do que nós imaginávamos, o toque constante da equipe foi percebido como uma medida para acalmar a puérpera e informá-la sobre a evolução do trabalho de parto. No entanto, o que se observa, de uma forma geral, é uma crítica a respeito das equipes de saúde por realizarem toques em muita quantidade, o que é uma atitude classificada como invasiva à mulher. Podemos supor que no caso da paciente em questão, a equipe não foi invasiva quando realizava o toque, abordando-a de forma adequada no ponto de vista dela.

O auxílio da equipe para fazer a força necessária durante o momento de expulsão do parto foi também ressaltando pelas participantes, tal como no exemplo deste relato:

“Dizendo que 'agora tem que sair'... Porque eu tava com medo de fazer força e conversaram bastante comigo (...) 'Vamos lá', me deram muita força, gostei muito.”
(Paciente M.)

Diferente dos demais relatos, uma paciente destacou um aspecto da assistência ao seu parto não observado em nenhum outro discurso e que merece destaque na discussão. Como uma queixa, uma participante relatou que a equipe não realizou a episiotomia durante seu parto:

“Só na hora mesmo que ela já tava pra nascer que eu achei que eles tinham que ter me dado um cortezinho pra ajudar e na verdade eles não deram, ela que saiu me

rasgando tudo (...). Que aí ia facilitar bastante, acho que ia ser menos pontos... porque ela já ia sair ali com corte. Então como ela veio rasgando tudo de dentro pra fora eu acho que foi bem pior.” (Paciente R.)

A fantasia de castração se exprime ao temor à episiotomia, o que costuma provocar um estado de alerta em relação a tudo que ocorre no momento do parto. Tal procedimento não é percebido no momento em que é feita, mas é incorporado ao inconsciente como uma castração (SOIFER, 1977/1984). O temor à episiotomia é causado não só pela fantasia de castração, mas pelo desconforto da ardência e também pelo receio de recomeçar as atividades sexuais e sentir dor (MALDONADO, 1997). Logo, o relato daquela paciente contraria a literatura proposta. Com base neste relato, podemos pensar como o discurso médico está tão enraizado em nossa cultura que para aquela mulher repercutiu negativamente na vivência do seu processo de parir, já que colocou à prova a necessidade do procedimento.

Outro relato também chamou bastante atenção porque destaca a importância de paciente e médico se conhecerem antes do parto:

“Eu até falei pra ela que me atendeu, porque algumas consultas do pré-natal foram com ela e eu infelizmente não consigo lembrar o nome dela, eu vou ver depois...que de todo o período de pré-natal ela foi a médica que mais me encantou aqui. Bem tranquila, bem angelical e eu tive muita sorte...ela que fez o meu parto. Eu até gostaria de falar o nome mas infelizmente naquela hora a gente não guarda nem o nome do marido (risos).” (Paciente I.)

A esse respeito, Winnicott (1987/2013) considera que a paciente deve conhecer antes o médico e enfermeira que irá acompanhar, compondo, assim, o período de preparação para o parto. Ela precisa ter confiança nos membros da equipe, a fim de não ter medo de delegar-lhes responsabilidades, acabando por tentar conduzir os acontecimentos sozinha e culpabilizando depois a equipe se algo de ruim acontecer, o que repercutiria em uma experiência negativa para ela.

O autor defende que um sistema hospitalar que não permite que a mãe saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira é considerado ruim, mesmo que seja a clínica mais bem equipada e estruturada. Ele coloca que deve ser dada uma

explicação sobre o processo do trabalho de parto e do nascimento pela pessoa que a futura mãe depositou confiança, eliminando informações incorretas e assustadoras. (WINNICOTT, 1987/2013).

Por fim, ainda com relação à postura e participação dos profissionais durante o momento de pré-parto e parto, houveram pacientes que destacaram a comunicação de informações sobre a evolução do processo de parto como algo importante e que as deixaram satisfeitas com a assistência recebida, como no exemplo do relato:

“Me orientando, tudo que tava acontecendo... o que eles iam fazer. Me mantendo a par de tudo. Foi perfeito. Ótimos profissionais!” (Paciente C.)

5.2 Resultados das entrevistas com os médicos que assistiram as mulheres que vivenciaram parto normal

5.2.1 O cuidar das pacientes

Ao perguntarmos quais são as atribuições da equipe médica durante o trabalho de parto e parto, o que mais apareceu nas respostas dos médicos foi a orientação a ser dada às pacientes, como ilustra os relatos:

“Oh, eu acho que desde da admissão já começam as atribuições, né? Quando você tem que...a primeira coisa seria orientar a paciente, idealmente explicar pra ela como é que vai ser o parto, quais são as opções, se vai ser induzido, se vai ter ultrassom, se vai ter que fazer exame. Depois de explicar tudo isso, todo mundo ciente, eu acho que entra na parte de...continuando a orientação, porque vai mudando...a paciente vai começando a sentir dor, então tolerância a algum remédio, a algum procedimento vai diminuindo às vezes. E aí conversar com ela, explicar direitinho” (Médica M. M.).

“Assim, nem todas as pacientes chegam com todas as orientações do pré-natal, de como é o parto. Então acho que isso é importante também, não só da equipe médica, mas a equipe de enfermagem também acaba... às vezes eles tão mais presentes do que a gente porque uma paciente no trabalho inicial a gente só vê de uma em uma hora, duas

em duas horas... A equipe de enfermagem acaba ficando também um pouco mais presente, então... orientar como é o trabalho de parto, muitas tão muito ansiosas, não sabem muito bem como é o trabalho de parto e, por conta disso, de falta de informação, acabam ficando muito muito nervosa. Diferente da paciente que já tá mais orientada e mais preparada. Então eu acho que o acompanhamento físico, bem-estar, da gestante e do bebê, né, e também a orientação. Mais a orientação... até mesmo a questão da dor, eu acho que quando você orienta bem, fica mais fácil o entendimento daquela dor. Porque às vezes aliviar a dor a gente não tem como, né? Nem toda paciente a gente consegue fazer uma analgesia.” (Médica C.)

Pelas respostas destes médicos podemos perceber que a informação é muito importante no trabalho de parto e parto porque ajuda a mulher a se sentir mais acolhida ao saber o que está por acontecer com ela. Orientar e informar sobre as etapas do processo de parir auxilia a mulher a colaborar com a própria equipe médica, já que ela pode ser mais cooperativa nos momentos necessários. Podemos dizer que tais informações deveriam ser adquiridas desde o pré-natal para que a mulher já inicie o processo de trabalho de parto e parto informada e, com isso, sinta-se mais segura para vivenciar este momento. A esse respeito, autores afirmam que “as atitudes, a maneira como a parturiente usa o seu corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas no pré-natal, do contexto socioeconômico e de sua personalidade” (SIMÕES, 1998, apud BEZERRA, CARDOSO, 2006, p.2).

Aspectos técnicos como examinar, ouvir o coração do bebê, realizar algum procedimento, foram ressaltados nos relatos dos médicos participantes quando questionados sobre suas atribuições na assistência à mulher em trabalho de parto, como nos exemplos dos relatos abaixo:

“Cuidado geral com a gestante, né? eu acho que vai desde a avaliação física, a avaliação do bem-estar fetal, avaliação do andamento do trabalho de parto ao acompanhamento, orientação, né?” (Médica C.)

“Enfim, examinar a paciente periodicamente para avaliar como tá a evolução do parto, informando a paciente sobre como tá essa evolução. Enfim, realizar os

procedimentos necessários pra corrigir possíveis alterações naquele trabalho de parto pra garantir que ele transcorra normalmente (...) enfim, acompanhar aquele período expulsivo e realizar procedimentos pra que aquilo transcorra normalmente. Sempre também o tempo todo avaliando o bem-estar do feto pra garantir que ele nasça bem. Assim, resumidamente.” (Médico E.)

A qualidade com que a parturiente vive este momento também foi destacada pelos médicos que entendem como importante deixar a paciente o mais confortável possível, com destaque para o bem-estar físico:

“Se ela tá com muita dor, às vezes indicar já uma analgesia, alguma coisa pra dar um conforto maior pra ela.” (Médica J.) e psicológico *“Eu acho que a gente tem que acima de tudo dar suporte emocional, físico e encorajar ela a tentar ter segurança de que aquilo vai ser feito da melhor forma possível diante do que... da forma como ela evoluir” (Médica M.)* da parturiente.

A preocupação com o bem-estar do bebê e a saúde da mulher também foi ressaltada, como no exemplo deste relato:

“Mas o bem-estar, ele é bem amplo, né? Não só em relação à saúde, mas em relação a um conforto, ao momento do trabalho de parto. Eu acho que cabe à equipe médica garantir o trabalho de parto mais tranquilo e mais saudável possível pra mãe e bebê (...) Um parto seguro, tranquilo, em que a mãe se sinta acolhida e que o desfecho seja bom. Eu acho que é isso.” (Médica R. F.)

O que os médicos chamam de dar conforto às pacientes, Figueiredo (2009) conceitua como a *presença implicada* do agente cuidador, quando ele precisa desempenhar a função de *sustentar e conter* (acolher, hospedar, agasalhar, alimentar), seja no início ou no limite da vida e desempenhando a função de *holding* e continência. Inicialmente, *holding* trata-se de uma continuidade de existência mais concreta, que não está assegurada e, por isso, precisa ser construída aos poucos através do agente cuidador que dá a sustentação. Normalmente são famílias, grupos e instituições mais aptos a oferecer o *holding*, mas uma pessoa apenas também é capaz.

Em alguns relatos apareceu a importância da equipe como um todo (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem):

“Eu acho que é extremamente importante a equipe, tanto a equipe médica quanto a de enfermagem, né, todo mundo, os técnicos” (Paciente R.)

“Então acho que isso é importante também, não só da equipe médica, mas a equipe de enfermagem também acaba... às vezes eles tão mais presentes do que a gente porque uma paciente no trabalho inicial a gente só vê de uma em uma hora, duas em duas horas... A equipe de enfermagem acaba ficando também um pouco mais presente...” (Médica C.)

A partir dos relatos, podemos perceber a importância da equipe multidisciplinar no cuidado. Cada membro da equipe tem sua função, cada um com sua importância se ajudando mutuamente. Outra informação interessante que apareceu sobre a importância do trabalho de parto foi:

“Não é só o parto em si, né? Tem que fazer ela se sentir confortável em toda a situação. Por exemplo: ela teve analgesia de parto e ela tava muito nervosa.... tava tendo muita dor durante o trabalho de parto. Eu fiquei do lado dela, acho que isso também ajudou bastante. Então, às vezes a gente tem que... acho que a gente tem que olhar não só o parto... acho que muitas vezes a gente enxerga o trabalho de parto às vezes só o período expulsivo e não o trabalho de parto como um todo. Eu acho que a gente tem que enxergar o processo todo, desde a admissão até a hora que a gente preenche os papéis, até passar a visita, até a paciente ir embora. Acho que a nossa atribuição é tudo, entendeu?” (Médica C. B.)

“Neném é colocado à prova durante o trabalho de parto. O parto é uma coisa fácil, uma coisa natural, uma coisa que acontece, né? A paciente pode ter o parto em qualquer lugar, mas o trabalho de parto merece um acompanhamento. A maior parte dá certo porque é feito pra dar certo. O problema são aquelas em que você tem uma intercorrência, enfim...e que você tem que estar atento, né? Usar o seu conhecimento,

aliar o seu conhecimento à sua prática, né? E estar atento a essas questões pra que você não tenha problema naquele trabalho de parto.” (Médica C. A.)

No relato das duas médicas podemos perceber a visão delas do processo como um todo, não só o parto em si, ressaltando o princípio da “integralidade” do SUS no qual o atendimento deve ser prestado de forma integral à paciente.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor também apareceram como fatores importantes:

“Tanto durante o banho, por exemplo, durante o ato de caminhar.” (Médica R.)

“Ou tentar outros métodos não farmacológicos pra alívio da dor, que também ajuda bastante.” (Médica J.)

Um relato nos chamou atenção:

“eu acho que inicialmente né é vocêêê...primeiro você tem que se apresentar pra paciente, né? No caso, atribuições de acompanhar o trabalho de parto, né?” (Médica V.)

Como diz Winnicott (1987/2013), o ideal é a paciente conhecer com antecedência a equipe de saúde que a assistirá em seu parto passando todas as informações necessárias, deixando a paciente mais tranquila. Ele ressalta que quando isso não é possível, como em instituições públicas, que pelo menos exista um contato claro e definido com a pessoa que lhe prestará assistência antes da data do parto. Como isso na Maternidade Escola é impossível, já que a equipe será definida no plantão que a paciente entrar em trabalho de parto, assim como em muitos hospitais do mundo, achamos interessante a colocação da médica V. de ao menos se apresentar tentando estreitar os laços com a paciente, apontando para o acolhimento e conhecimento possível naquele momento e que farão diferença no estabelecimento do laço terapêutico

necessário à boa evolução do parto. Outra informação importante do relato da mesma médica foi sobre a amamentação:

“a parte da amamentação eu também acho importante. Até ela me pediu pra ajudar a colocar a filhinha dela no peito, eu ajudei também.” (Médica V.)

A amamentação imediatamente após o parto favorece a vinculação entre mãe e bebê, já que logo após o parto as condições para o fortalecimento dessa relação são ótimas. Mas precisa-se ter cuidado nesse momento, pois não são todas as mães que estão dispostas para tal no pós-parto imediato (FIGUEIREDO, 2003). Mas, como sabemos, a vinculação é gradual e ela ainda pode ser estabelecida *a posteriori*, não sendo necessário forçar a amamentação neste momento. No caso relatado pela médica V., a paciente pediu para que ela colocasse seu filho no peito para mamar, então a vontade da paciente foi respeitada.

5.2.2 Percepção da mulher sob sua assistência

Ao interrogarmos os médicos a respeito da vivência da paciente que ele assistiu, a resposta que mais se repetiu foi de que a paciente mostrou-se cooperativa:

“Fez o que a gente pediu pra fazer, não teve laceração nenhuma. Ela foi muito bem mesmo, ela nasceu pra parir. Ela nasceu pra parir. Assim, eu não tenho o que falar dela, uma paciente muito cooperativa, entendeu? Em momento nenhum ela questionou a capacidade dela do parto vaginal, entendeu? Foi assim, foi muito bom, ela foi muito bem. Foi muito bem mesmo.” (Médica M.)

“E ela foi extremamente cooperativa. Acho assim, ela entendeu bem o papel dela ali naquele momento, a importância do que ela deveria fazer e... E assim, foi um período expulsivo longo, demorou duas horas pro neném nascer, ela já com dilatação total, mas o tempo todo fazendo a força quando a gente pedia...da forma como a gente pedia. Apesar da dor, quando ela foi esclarecida que aquilo era um processo normal,

de que a dor acabaria quando o neném nascesse, que fazia parte do trabalho dela naquele momento ajudar a gente pra ela concluir aquilo ali, foi super cooperativa.”
(Médico E.)

Podemos perceber a partir dos relatos que as pacientes mostraram-se cooperativas/participativas devido às orientações recebidas pela equipe médica, mostrando que o par médico/paciente trabalhou junto para o sucesso do parto. Ao informar à paciente que o processo que ela estava vivendo era normal, o médico E. contribuiu para diminuir o medo e a ansiedade dela, informação de extrema relevância para uma experiência boa do processo parturitivo.

Foram relatadas também a percepção de aspectos como felicidade, tranquilidade, medo e dor das pacientes, mostrando como estão atentos a questões de ordem mais subjetiva:

“É... ficou super feliz, chorou no final (...) Mas pra ela foi tudo muito bonitinho. Ela fez tudo certinho, nasceu bonitinho o neném... antes de terminar de sair já tava chorando e o pessoal também chorando. Foi super bonitinho o parto dela, bem bonito mesmo.” (Médica J.),

“É... a paciente ficou bem tranquila com o acompanhante o tempo todo. Então foi assim, um parto muito tranquilo” (Médica R.F.)

“Ela ficou um pouco nervosa durante o parto. Éééé...e eu acho que quando o bebê começou a sair ela não esperava, foi muito...ela ficou assustada, ela queria fechar a perna...” (Médica V.)

“É... não tinha feito analgesia, então assim, ela tava sentindo bastante dor, tava bastante desesperada quando eu cheguei, gritando bastante de dor.” (Médico E.).

5.2.3 A interferência do médico na vivência da paciente

Quando questionados sobre a interferência do seu trabalho na vivência da paciente, apareceram relatos dos médicos que apontavam para a necessidade de deixar a paciente calma:

“Eu assim...eu sou uma pessoa muito calma mesmo durante o trabalho de parto. Eu sou assim, essa é minha característica. Eu sou assim agora, eu vou ser assim depois, enfim. Independente das experiências boas ou ruins que a gente já tenha vivenciado em pouco tempo de residência, eu sou tranquila no trabalho de parto e eu sei que é difícil, eu sei que dói, eu sei que...sabe? É sofrido! (...)então acho que assim o que elas mais precisam é uma característica minha já, mas que auxilia elas e o que...eu acho que elas precisam mesmo é disso. É de alguém que passe calma, passe tranquilidade” (Médica C.A.).

“acho que interferiu na no momento ali do parto principalmente pra ela ficar calma (...)Então eu acho que foi importante acalmá-la.” (Médica V.)

Outros relatos mostraram que os médicos esclareceram para a paciente o que estava acontecendo:

“mostre pra elas que o neném tá bem, mostre pra elas que aquela dor que ela tá sentindo vai passar, que aquela força que ela tá fazendo naquele momento não é à toa, que o neném tá descendo, que o neném tá vindo, que...que tudo aquilo...tudo aquilo que está acontecendo naquele momento, sendo doloroso, já com analgesia ou...enfim. Tudo aquilo tem uma evolução, é pra algum...vai ter aquele motivo final, né? Que é o neném, que é o que elas esperam os 9 meses, então eu acho que é isso mesmo” (Médica C.A.)

“Bom, eu acho que eu esclareci bastante pra ela sobre o que tava acontecendo. Eu tenho, eu gosto de sempre ter esse cuidado. E até quando eu vou examinar a paciente, sempre falar pra ela o que eu estou fazendo e informar ela o que eu estou vendo no meu exame, eu acho que isso torna a paciente mais consciente do que tá acontecendo...” (Médico E.)

Um relato nos chamou bastante atenção:

“Mas assim, a gente só acompanhou, não acho que... durante boa parte acho que não teve interferência, foi só acompanhamento, eu acho que foi ela no jeito natural dela de sei lá, 80% do trabalho de parto. Então não acho que foi uma questão de interferência, acho que a gente interferiu o menos que a gente podia (...) A gente acompanhou, a gente garantiu que tava tudo bem mas, assim, de uma forma... acompanhando, de uma forma segura. E eu acho que foi bem tranquilo, assim, a gente ia ver ela de hora em hora...” (Médica R.F.)

Nesse relato podemos perceber que a médica se colocou apenas como assistente da situação por um tempo acompanhando e aguardando a evolução do trabalho de parto. Ela estava lá disposta ao cuidado, mas sem intervir desnecessariamente dando espaço para a paciente usufruir do seu momento no seu tempo. Ela não causou uma *intrusão* ao ambiente da paciente permitindo que seu self agisse verdadeiramente (WINNICOTT, 1990). A médica colocou-se da forma *presença em reserva* descrita por Figueiredo (2009). Essa forma exerce a função de *reconhecer* que é “prestar atenção e reconhecer o objeto de cuidados no que ele tem de próprio e singular, dando disso testemunho e, se possível, levando de volta ao sujeito sua própria imagem”.

5.3 Análise comparativa entre relatos da paciente e do médico sobre a vivência do parto

Paciente M.	Médica C.
<i>“Como eu imaginava, não. Eu tinha imaginado uma dor, mas a gente não imagina uma dor tão forte, mas... sei lá (...) Contração é a pior coisa que tem.</i>	<i>“Foi uma paciente que a gente conseguiu fazer analgesia, ela tava se queixando bastante de dor, mas ela tinha um bom entendimento do que era o parto apesar</i>

<p><i>Não o parto em si, pra ele sair, mas a contração... foi horrível (...) A gente imagina uma dor mas a gente nunca sabe o extremo da dor. Dói muito.”</i></p>	<p><i>de ser a primeira gestação. Ela tava um pouco assustada, não sabia bem como era, mas ela tava... achei que ela tava bem preparada... e foi bom. Depois ela fez analgesia, conseguiu ter uma compreensão boa.”</i></p>
<p>Paciente I.</p> <p><i>“É. Eu até falei pra ela que me atendeu, porque algumas consultas do pré-natal foram com ela e eu infelizmente não consigo lembrar o nome dela, eu vou ver depois...que de todo o período de pré-natal ela foi a médica que mais me encantou aqui. Bem tranquila, bem angelical e eu tive muita sorte...ela que fez o meu parto. Eu até gostaria de falar o nome mas infelizmente naquela hora a gente não guarda nem o nome do marido (risos). Entendeu?”</i></p>	<p>Médica C.A.</p> <p><i>“Eu tive pouco contato com a I., né? Eu tive algum contato com ela no pré-natal, fui eu quem atendi na última consulta de pré-natal (...)Como eu te falei, os contatos foram curtos, mas o que me marcou... no final falou assim “Ah! Você...ééé...de todas as médicas que eu passei no pré-natal, você foi a que eu mais gostei. Você me passou muita calma, muita tranquilidade, você me deixou muito calma assim pro meu parto”(...) A única coisa que me chamou a atenção foi ela tá sozinha, né? Isso não é comum lá. Ela internou sozinha e teve o neném sozinha, né?(...) Você ter...você fazer o parto de alguém que você acompanhou é muito porque é o que elas queriam, né?(...)faz muita diferença, com certeza. Você ter um conhecido, né? Ali, uma pessoa que...com quem você já criou algum vínculo, algum carinho...faz diferença.”</i></p>
<p>Paciente Ro.</p> <p><i>“...quando falaram que talvez eu passaria pra... em vez de o parto ser normal, ia ser</i></p>	<p>Médica M.</p> <p><i>“Eu acho que ela já veio... primeiro ela já veio muito condicionada ao parto vaginal,</i></p>

<p><i>cesário, eu falei até positivamente, eu pensei comigo que seria assim... quando ela falou 'ó, parece que vai ser cesário', eu falei 'não, vai ser normal'. Então quando foi na hora que ela falou que já tava... já quase... a dilatação já tava já bem preparada pra vim eu fiquei muito feliz...porque quando ela falou assim, 'você não queria ter normal?' Eu falei 'e quero'. Então foi uma coisa bem... graças a Deus deu tudo certo."</i></p>	<p><i>ela queria o parto vaginal. (...) E ela queria, ela queria aquele parto. Então eu acho que na realidade talvez não tenha sido o nosso trabalho que interferiu no sucesso dela, no parto, né? Eu acho que foi a condição psicológica dela, o fato dela querer muito aquele parto vaginal. Eu acho que isso fez muito mais diferença do que talvez a nossa ação. Porque eu mesma virei pra ela e falei 'olha, eu realmente acho que você vai acabar indo pra uma cesárea', eu falei isso com ela. E ela falou 'olha, mas eu queria muito um parto vaginal'. E daí a gente investiu e foi, mas ela tava condicionada, não foi a gente."</i></p>
<p>Paciente C.</p> <p><i>"Não, foi mais rápido do que eu imaginava, sofri menos. Eu não esperava o sangramento que eu tive depois... mas tá tudo bem agora... foi maravilhoso, foi tudo de bom (risos)(...)</i></p> <p><i>Maravilhosa! Maravilhosa! Tudo. Super atenciosa, a equipe super bem atenciosa. Os profissionais, as estagiárias... é... todo mundo muito.... me acalmando, me dando muita atenção... me senti no paraíso (risos). Me senti no paraíso. (...)Eu acho que eles agiram da maneira correta, como tinham que ser. Carin... atenciosos, me orientando, tudo que tava acontecendo... o que eles iam fazer. Me mantendo a par de tudo. Foi perfeito. Ótimos profissionais!"</i></p>	<p>Médica C.B.</p> <p><i>"Então, eu acho que o parto dela foi bem bacana. É... ela chegou aqui, ela contou a experiência dela do parto anterior... ela é uma paciente que tinha plano de saúde, ela optou por não ter o plano dela particular porque ela não queria cesariana, ela queria um parto normal. (...)Eu achei que hoje só foi um dia um pouco infeliz porque tinham muitos internos. E eu achei que ela acabou ficando um pouco exposta. Eu fiquei incomodada, né? Que acho que tinham umas onze pessoas assistindo o parto, assistindo a analgesia... e também eu não gostei uma parte porque ela... ela contou pra mim que ela foi usuária de maconha durante a gestação e eu escutei algumas enfermeiras comentando... até pedi pra elas não comentarem alto e... isso até eu</i></p>

	<p><i>queria conversar com a enfermagem porque elas conversaram com os internos e eles questionaram a paciente. E eu acho que isso não deveria ter sido feito, porque ela conversou comigo e não com eles, entendeu?”</i></p>
<p>Paciente K.</p> <p><i>“Porque esse daqui eu senti mais dor do que dos outros dois, nas costas. Aí eu pensava que não ia sentir dor nas costas não, mas depois que me deram anestesia foi tudo tranquilo. Aí foi do jeito que eu imaginei, descer ela sem dor.”</i></p>	<p>Médica R.F.</p> <p><i>“É... a paciente ficou bem tranquila com o acompanhante o tempo todo. Então foi assim, um parto muito tranquilo. Ela começou a se queixar de dor só no final e daí a gente interviu com analgesia. Aí eu brinquei, foi quase um parto de novela...eu acho que ela ficou bem...todo momento que ela solicitou ela foi atendida, foi muito sossegado.”</i></p>
<p>Paciente L.C.</p> <p><i>“Ah, eu tomei anestesia, foi bom (risos). (...)Pra caramba, se não acho que eu não teria conseguido.”</i></p>	<p>Médica J.</p> <p><i>“Eu não sei se também porque ela tava com analgesia, então assim, ela sentia contração, mas ela não sentia dor. Então assim, ela interagia com gente, ela ria, a gente falava, explicava pra ela, ela ria, ela entendia, ela...”</i></p>

<p>Paciente R.L.</p> <p><i>“Eu achei que não seria tão dureza! Achei que era menos dor (risos) eu achei que...que sei lá, que seria menos dolorido. Que...que seria mais rápido, mas não foi. Que tem que esperar (risos)”.</i></p>	<p>Médica V.</p> <p><i>“ela ficou um pouco nervosa durante o parto. Ééé...e eu acho que quando o bebê começou a sair ela não esperava, foi muito...ela ficou assustada, ela queria fechar a perna (...) Então eu acho que foi importante acalmá-la eeeeeee ensinar, né? Mostrar pra ela que não era pra ela fechar a perna e seguir ali os comandos que a gente estava falando pra ela pra ajudar, né?”</i></p>
<p>Paciente R.</p> <p><i>“Ela sempre vinha e conversava, ela ainda me deu a anestesia duas vezes... Então disso eu não tenho do que reclamar não. Só na hora mesmo que ela já tava pra nascer que eu achei que eles tinham que ter me dado um cortezinho pra ajudar e na verdade eles não deram, ela que saiu me rasgando tudo (...)Eu achei, eu achei. Que aí ia facilitar bastante, acho que ia ser menos pontos... porque ela já ia sair ali com corte. Então como ela veio rasgando tudo de dentro pra fora eu acho que foi bem pior”</i></p>	<p>Médica R.</p> <p><i>“E ela ficou muito preocupada porque a ocitocina mesmo com a analgesia que a gente ofereceu, que é a anestesia do trabalho de parto, ela tava preocupada porque a ocitocina ia causar de certa forma dor a ela, porque ia aumentar as contrações(...) mas de alguma forma ela pensou que eu tava proporcionando um sofrimento pra ela aumentando aquela medicação e aí por isso que eu fiquei meio preocupada com relação a isso (...)Porque ao mesmo tempo que ela entendia, que as contrações eram importantes e tal pro período expulsivo, ela tava 'não, vou sentir dor aumentando essa medicação'. Então de alguma forma eu aumentei um sofrimento dela, entendeu? E aí eu não soube meio que equilibrar isso, mas tentei da melhor forma possível”</i></p>

<p>Paciente E.</p> <p><i>“Ah eu imaginava que ia ser assim... que eu ia passar por aquilo ali, né? Mas tudo bem. É uma dor assim que passa e volta, né? Mas.... fora isso achei normal(...)Não... Foi um parto rápido, entendeu? Não foi um parto assim demorado, igual muita gente assim sofre várias horas... Eu sofri o quê? quatro horas, entendeu? E peguei uma equipe excelente, graças a Deus e correu tudo bem”</i></p>	<p>Médico E.</p> <p><i>“ela tava sentindo bastante dor, tava bastante desesperada quando eu cheguei, gritando bastante de dor. E enfim, quando eu cheguei eu conversei com ela sobre a fase que ela tava do trabalho de parto, específico, que já tava nesse período final (...)E assim, foi um período expulsivo longo, demorou duas horas pro neném nascer(...)quando ela foi esclarecida que aquilo era um processo normal, de que a dor acabaria quando o neném nascesse (...)foi super cooperativa”.</i></p>
<p>Paciente S. C.</p> <p><i>“Não era como eu imaginava, porque era...ee...meus partos foram todos induzidos, (confusão) ou normal. E esse foi induzido. Então eu imaginava que seria mais complicado, mas não foi. Eu fiquei com medo, mas não...era medo. Foi normal igual aos outros”.</i></p>	<p>Médica M.M.</p> <p><i>“ela era uma paciente múltipara, que tinha outros quatro partos anteriores, né? Então a gente já esperava ser um parto mais rápido, mas ela foi bem tranquila, foi bem participativa, entendeu tudo o que a gente explicou. Logo que o bebê nasceu amamentou, foi uma coisa muito...foi uma relação mãe e filho muito boa...achei.”</i></p>

Com base nos pares paciente\médico já discriminados anteriormente e de acordo com um dos objetivos da pesquisa, serão apresentados e discutidos os resultados comparativos dos relatos coletados da paciente e especificamente do médico que prestou assistência durante seu trabalho de parto.

1º par – Paciente M. e Médica C.

Percebemos que a médica teve uma boa percepção dos sentimentos da paciente ao relatar que esta estava com muita dor. Diante da bibliografia pesquisada, percebemos que o fator cultural mais recorrente é a percepção da dor no momento de trabalho de parto e parto. Segundo Oliveira et al. (2010), a mulher é influenciada a senti-la, pois é muito valorizada em nossa sociedade atual e, portanto muito presente nas instituições de saúde no que diz respeito ao atendimento de parturientes. Sentir dor é uma provação de sua feminilidade. Vimos que o parto como um momento de dor é transmitido de geração a geração causando medo nas futuras mães principalmente nas primíparas. Muitas parturientes acreditam que a dor faz parte do processo do trabalho de parto e parto tendo grande influência da troca de experiências entre amigos e vizinhos.

2º par – Paciente I. e Médica C.A.

Como podemos perceber, esse par criou um bom vínculo devido a paciente já conhecer a médica no pré-natal e vice-versa. Assim, reintera o que Winnicott disse sobre a paciente que deve conhecer o médico e enfermeira que irá acompanhar seu parto antes deste compondo o período de preparação para o parto. Ela precisa ter confiança nos membros da equipe, se não, a experiência pode ser vivenciada como ruim por ela, que pode ter medo de delegar-lhes responsabilidades, tentando conduzir os acontecimentos sozinha, culpabilizando-os se algo de ruim acontecer. Ele defende que um sistema hospitalar que não permite que a mãe saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira é considerado ruim mesmo que seja a clínica mais bem equipada e estruturada. Ele coloca que deve ser dada uma explicação sobre o processo do trabalho de parto e do nascimento pela pessoa que a futura mãe depositou confiança eliminando informações incorretas e assustadoras. (WINNICOTT, 1987/2013).

Nesse par também podemos perceber que a médica notou e estranhou a paciente estar sem acompanhante que, por sua vez, a paciente também se sentiu mal com tal situação, evidenciando mais um fator do bom encontro que ocorreu entre elas.

3º par - Paciente Ro. E Médica M.

Nesse par, percebemos o grande desejo da paciente pelo parto normal. Segundo a médica, foi esse desejo que a fez conseguir ter seu filho por essa via de parto. Pelos relatos, vimos que a paciente e a médica conversaram sobre o desejo da paciente e que sua vontade foi respeitada, dentro do possível e até superando a expectativa da médica.

Assim, é necessário que a equipe identifique o significado deste momento para a paciente. Com isto feito, a comunicação pode ser considerada terapêutica, positiva ou efetiva, pois tem a qualidade curativa ou benéfica, ajudando a pessoa a lidar com os eventos de sua vida e a ajustar-se à realidade (CARON; SILVA, 2002). No par, o significado do momento pra paciente foi identificado, compreendido e respeitado possibilitando a comunicação terapêutica, positiva ou efetiva citada pelos autores.

4º par – Paciente C. e Médica C.B.

Semelhante ao par anterior, essa paciente também já desejava o parto normal contribuindo para que sua vivência não fosse tão dolorosa. Podemos afirmar que o desejo por essa via de parto facilita, não só a ocorrência deste, como também que ele seja vivida de forma prazerosa e não traumática.

Pelo relato, a médica mostrou-se apreensiva pela quantidade de alunos que assistiram ao parto da paciente C. demonstrando-se preocupada com o bem-estar dela naquele momento. Esta médica mostrou-se novamente apreensiva por uma informação contada a ela ter se ampliado para os profissionais da equipe do setor e ter sido comentada por eles sem autorização da paciente. Vimos isso como um cuidado da médica com a paciente querendo preservar uma informação sigilosa desta. Porém, tal desconforto não foi citado pela paciente que ainda elogiou bastante toda a equipe.

5º par – Paciente K. e Médica R.F.

Nesse par, a médica percebeu bem a vivência da paciente ao dizer que esta só sentiu dor ao final e que ao receber a analgesia, teve bastante tranquilidade para seguir o parto adiante.

6º par – Paciente L.C. e Médica J.

Podemos perceber que há um encontro entre os relatos da paciente e da médica. A paciente afirma que a analgesia foi fundamental para o sucesso do seu parto e a médica levanta esta hipótese comentando que a partir dela, a paciente interagiu com a equipe, ria e entendia o que a equipe falava supondo que o motivo teria sido a analgesia.

7º par – Paciente R.L. e Médica V.

Nesse caso, a médica conseguiu perceber o que a paciente estava precisando e então pode acalmá-la e ajudá-la a continuar o parto facilitando o nascimento de seu filho. Podemos dizer que a médica executou a função de holding que trata-se de sustentar e conter o indivíduo em sua necessidade (WINNICOTT, 1960).

8º par – Paciente R. e Médica R.

Nesse par, podemos ver que a médica percebeu o sofrimento da paciente. Ela tentou explicar o que estava acontecendo, que as contrações eram necessárias e ofereceu a analgesia para diminuir aquele sofrimento. A paciente, por sua vez, reforça que a equipe a orientou e reconheceu o esforço da médica em ajudá-la. Porém, ela queixa-se de não ter sido realizada a episiotomia. A paciente acredita que se este procedimento tivesse sido feito, teria levado menos pontos e sua vivência teria sido melhor. Este relato confirma a percepção da médica de que o parto para esta paciente estava muito difícil fazendo-a acreditar que mais um procedimento teria sido necessário no parto além dos que já tinham sido feitos.

Notamos também o cuidado que a médica teve com a paciente inclusive ficando preocupada com a maneira que a paciente estava reagindo e sentindo-se, de certa forma, mal por não ter conseguido proporcionar um parto melhor para a paciente R.

9º par - Paciente E. e Médico E.

Pelo relato da paciente, podemos ver que esta apenas registrou o momento com uma dor suportável dentro do que ela esperava e que não foi demorado. Já segundo o médico, ela estava com muita dor e só depois de suas orientações ela se acalmou e foi muito cooperativa. Para ele, o período expulsivo do parto foi longo também diferente do que a paciente citou. Parece que foi de fundamental importância para a paciente as orientações do médico fazendo-a vivenciar um parto agradável e só com recordações boas.

10º par – Paciente S.C. e Médica M.M.

Podemos ver pelos relatos que mesmo com medo, a paciente teve uma experiência boa, dita pela médica como tranquila e até citando a amamentação pós-parto imediato em uma relação boa entre ela e o bebê.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão construída ao longo deste trabalho, podemos afirmar que o parto é um evento de significância psicológica e não só o momento que a mulher se torna mãe. Cada parto pode acarretar benefícios ou danos psicológicos mostrando que há mais do que apenas a integridade física da mãe e bebê. Com isso, podemos dizer que a maneira como a mulher vivencia essa experiência pode ser benéfica ou maléfica. Para investigar tal situação, realizamos esta pesquisa no qual o principal resultado em relação a percepção das mulheres foi o grande número de relatos sobre o aparecimento da dor. Acreditando que este componente sensorial sofre grande influência de fatores culturais, afirmamos que a maneira como a mulher significa este momento influencia diretamente em sua percepção.

A participação dos médicos também tem grande influência em como a parturiente vivencia este momento. Os relatos dos médicos entrevistados de forma geral, mostraram que estes tiveram boa percepção das respectivas pacientes que atenderam influenciando diretamente no cuidado prestado a ela e na satisfação desta com seu parto.

Acreditando que o parto tem grandes repercussões na vida da mulher e para o vínculo em formação dela com seu filho, é fundamental que os profissionais conheçam essas possíveis repercussões para evitar práticas que desfavoreçam uma vivência agradável deste momento evitando que ela desenvolva quadros de grande sofrimento, trazendo consequências não só para si mesma, como também para sua família e seu bebê, intervindo de forma simples, privilegiando a subjetividade e o desejo da mulher, respeitando suas escolhas e incentivando sua participação ativa em todo o processo do trabalho de parto e parto.

A revisão da literatura sobre o tema abordado neste estudo evidenciou escassez de trabalhos que investiguem a percepção do trabalho de parto e parto vivenciado pelas pacientes e principalmente da percepção do cuidado assistencial realizado pelos médicos, visto que essa é uma classe muito criticada e pouco escutada. Neste sentido, pretendeu-se contribuir para a produção científica sobre o tema e diminuir a lacuna existente na literatura atual.

Outras questões ainda merecem estudo mais aprofundado e, certamente, outras pesquisas devem ser realizadas futuramente. Um aspecto que pode ser melhor abordado em futuro estudo é a diferença entre as percepções dos médicos residentes do primeiro e do terceiro ano a fim de perceber como a experiência interfere em seu cuidado médico e até entre médicos que já concluíram essa etapa de sua formação. Outros aspectos interessantes poderiam também ser investigados, como as crenças e percepções dos médicos quanto ao trabalho multiprofissional na assistência da mulher em seu trabalho de parto e parto.

Sugere-se que estudos com maior quantitativo de participantes, tanto de mulheres que vivenciaram o trabalho de parto e parto normal quanto de médicos, sejam realizados com o objetivo de identificar os elementos descritos nesta pesquisa, de maneira mais abrangente. Sugere-se também que sejam realizados estudos com mulheres após alguns meses do trabalho de parto e parto em função de sua tendência a avaliar a equipe positivamente pela gratidão a esta e por recalcar a má experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAM J. (1996). *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- ANDRADE, P.; AGGIO, C. (2014). *Violência obstétrica: a dor que cala*. Londrina. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas.
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington, American Psychiatric Association.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington, American Psychiatric Association.
- AYRES, J. R. *Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde*. In: DESLANDES, S. Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas. Editora Fiocruz: Scielo Books, 2006. p. 49-83.
- BECK, C. (2004). *Birth trauma in the eye of the beholder*. Nurs Res, 53 (1), 28-35.
- BEZERRA, M.; CARDOSO, M. (2006). *Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto*. Ribeirão Preto. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, nº3.
- BRÜGGEMANN, O.; OLIVEIRA, M.; MARTINS, H.; ALVES, M.; GAYESKI, M. (2013). *A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil*. Escola Anna Nery, 17 (3), 432-438.
- CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C.; SOUGEY, E.; RENNÓ JR, J. (2009). *Transtornos psiquiátricos no pós-parto*. Revista Psiquiatria Clínica, 37 (6), 278-84.
- CARON, O.; SILVA, I. (2002). *Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação*. Ribeirão Preto. Revista Latino-Am. Enfermagem, vol. 10, nº4.
- CARRARO, T.; KNOBEL, R.; RAD6UNZ, V.; MEINCKE, S. M.; FIEWSKI, M. F. ET AL. (2006). *Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres*. Florianópolis. Texto Contexto Enferm, vol.15, 97-104.
- CARVALHO, F.; ORIÁ, M.; PINHEIRO, A. K.; XIMENES, L. (2009). *Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem*. Acta Paul Enferm, vol. 22 (6), 767-72.
- CUNHA, A.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. (2012). *Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes*. Rio de Janeiro. Arquivos Brasileiros de Psicologia, vol. 64, nº1.

- DOMINGUES, R.; SANTOS, E. M.; LEAL, M.. (2004). *Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate*. Rio de Janeiro. Caderno Saúde Pública, vol. 20, S52-S62.
- ELIAS, A.C. (2003). *Re-significação da dor simbólica da morte: relaxamento mental, imagens mentais e espiritualidade*. Brasília. *Psicol. cienc. prof.* vol.23 nº1.
- FARIAS, K. (2015). *Quando a lente muda o retrato: um olhar sobre a violência obstétrica*. XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades.
- FIGUEIREDO, B. (2003). *Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê*. Portugal. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de La salud*, vol. 3, nº3, 521-539.
- FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura*. In: *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.
- FILHO, J.M.; BURD, M. *Psiossômática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- FUNDAÇÃO, O. (2014). *Nascer no Brasil: Sumário executivo temático da Pesquisa*.
- GIL, S. (2015). *Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil*. XI Colóquio Nacional Representações de Gênero e Sexualidades.
- GOMES, P.; KUNZLER, I. (2015). *Violência obstétrica e relações de poder no parto*. Ijuí. XXIII Seminário de Iniciação Científica.
- GRIBOSKI, R.; GUILHEM, D. (2006). *Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento*. Florianópolis. *Texto Contexto Enferm*, vol. 15, 107-14.
- IACONELLI, V. (2005). *Maternidade E erotismo na modernidade: Assepsia indispensável na cena do parto*. *Revista Percursos*, nº34.
- LOPES, R.; DONELLI, T. LIMA, C.; PICCININI, C. (2005). *O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto*. Rio Grande do sul. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), pp. 247 – 254.
- MALDONADO, M. T. *Psicologia da Gravidez, parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MATERNIDADE ESCOLA. *Carta de serviços*. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.
- MARIN, A.; DONELLI, T.; LOPES, R.; PICCINI, C. (2009). *Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto*. Canoas. *Aletheia*, nº29.

- MOREIRA, M.; BRAGA, N.; MORSCH, D. *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- NOGUEIRA, A.; LESSA, C. *Mulheres contam o parto*. São Paulo: Itália Nova Editora, 2003.
- OLIVEIRA, A.; RODRIGUES, D.; GUEDES, M.; FELIPE, G. (2010). *Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto*. Revista Rene, vol.11, 32-41.
- ORGANIZAÇÃO, S. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*.
- PICCININI, C.; GOMES, A.; NARDI, T.; LOPES, R. (2008). *Gestação e a constituição da maternidade*. Maringá. Psicologia em Estudo, vol. 13, nº 1, 63-72.
- PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO. (2002). Brasília. Ministério da Saúde.
- REYNOLDS, J. (1997). *Post-traumatic stress disorder after childbirth the phenomenon of traumatic birth*. Can Med Assoc, 156 (6), 831-835.
- SALGADO, O. (2012). *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento*. São Paulo.
- SEIBERT, S.; BARBOSA, J. L.; SANTOS, J.; VARGENS O. (2005). R. Enferm UERJ, vol. 13, 245-51.
- SERRUYA, S.; CECATTI, J.G.; LAGO, T. (2004). *O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais*. Rio de Janeiro. Caderno de Saúde Pública, 20(5):1281-1289.
- SOIFER, R. (1977). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- VELHO, M.; SANTOS, E.; BRÜGGERMANN, O.; CAMARGO, B. (2012). *Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres*. Florianópolis. Texto Contexto Enferm, vol. 21 (2), 458-66.
- WINICOTT, D. W. (1956). *A preocupação Materna Primária*. In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Imago, 2000.
- _____ (1960). *Teoria do relacionamento paterno-infantil*. In: O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre, Artmed, 2007.
- _____ (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____ (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

_____ (1990). *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WOLFF, L.; WALDOW, V. (2008). *Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto*. São Paulo. Saúde Soc., vol. 17, nº3, 138-151.

ZAMBALDI, C.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. (2009). *Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura*. Recife. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58 (4), 252-257.

APÊNDICE A

Roteiro de entrevistas

“Percepção das mulheres sobre seu trabalho de parto e parto”

Para as puérperas:

- 1- O parto foi como você imaginava? Por quê?
- 2- Poderia descrever como foi a assistência prestada durante sua experiência de parto?
- 3- Particularmente, como você avalia o atendimento médico durante seu parto?

“Percepção dos médicos referente à mulher sob sua assistência no trabalho de parto e parto”

Para a equipe médica:

1. Quais as atribuições da equipe médica durante os períodos de trabalho de parto e parto?
2. Como você avalia a vivência da paciente que você acabou de atender neste momento de trabalho de parto e parto?
3. Como você acha que o seu trabalho interferiu na vivência do trabalho de parto e parto da tal paciente?

APÊNDICE B

Termo de livre consentimento e esclarecimento

Você está sendo convidado para participar do projeto de pesquisa **Percepção do cuidado assistencial por pacientes e profissionais no pré-parto e parto**, realizada pela pesquisadora Karina Schweter Pereira, Psicóloga residente da Maternidade Escola da UFRJ e pelas orientadoras Ms. Psicóloga Luciana Monteiro Ferreira e Prof^a Dra. Ana Cristina Barros da Cunha, ambas da instituição. Você foi selecionado por ser usuária ou profissional da Maternidade Escola da UFRJ e atender aos critérios de inclusão para o objetivo da pesquisa que é estudar o cuidado assistencial nos períodos de pré-parto e parto. Você participará de uma entrevista semi-estruturada com a utilização de gravador apenas para que possa ser posteriormente transcrita. Todo material recolhido será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos, com o objetivo acima descrito. Fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada a sua privacidade em todas as formas possíveis de identificação na divulgação dos resultados. Seguindo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sua participação não é obrigatória e você tem todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa, assim como abandoná-la a qualquer tempo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação às pesquisadoras ou ao seu vínculo com a Maternidade. Quaisquer recursos, reclamações ou dúvidas poderão ser encaminhados ao Comitê de ética da Maternidade-Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 22857935 (ramal 216) e para a própria pesquisadora, Karina pelo telefone (21) 993288426. Estando assim de acordo, assinam o presente termo de livre consentimento e esclarecimento em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__.

Nome (por extenso): _____,

Identidade: _____.

Participante

Karina Schweter Pereira