

Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal

Women's narratives on care received in a birthing center

Narrativas de mujeres sobre el cuidado recibido en un centro de parto normal

Milena Temer Jamas ¹
Luiza Akiko Komura Hoga ¹
Luciana Magnoni Reberte ¹

¹ Escola de Enfermagem,
Universidade de São Paulo,
São Paulo, Brasil.

Correspondência

M. T. Jamas
Escola de Enfermagem,
Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Enéas de Carvalho
Aguiar 419, São Paulo, SP
05403-000, Brasil.
mtj@usp.br

Abstract

Women's perception of childbirth care in a birthing center, the focus of this study, should be considered to assess and improve quality of care. The study method was narrative analysis. Inductive and interpretative analysis of narratives by 17 women produced the following descriptive categories: distinct experiences with care received upon arrival at the hospital; diversity of experiences with patient's self-care and procedures performed by healthcare staff; conflicting opinions on the husband or partner's presence during childbirth; and degree of satisfaction with follow-up, interpersonal relations, and orientation by the healthcare team. Childbirth care was evaluated positively by mothers, and this result supports the current Brazilian public policy recommending expansion of birthing centers.

Mothers; Birthing Centers; Obstetrical Nursing; Qualitative Research

Resumo

A perspectiva das mulheres que receberam assistência em um centro de parto normal, foco deste estudo, deve ser considerada para avaliar e melhorar a qualidade desse serviço. Diante disso, objetivou-se explorar a experiência relativa à assistência ao parto recebida em um centro de parto normal. Como método de pesquisa, utilizou-se a análise indutiva e interpretativa das narrativas de 17 mulheres, que resultou nas seguintes categorias descritivas: distintas experiências no atendimento recebido na chegada ao hospital; diversidade de experiências em relação às práticas de autocuidado e aos procedimentos realizados pelos profissionais; divergência de opiniões relativas à presença do acompanhante; satisfação com o acompanhamento contínuo, com o relacionamento interpessoal estabelecido pelos profissionais e com as orientações fornecidas. A assistência ao parto foi avaliada positivamente pelas mulheres, e este resultado fornece sustentação à política pública de expansão dos centros de parto normal.

Mães; Centros Independentes de Assistência a Gravidez e ao Parto; Enfermagem Obstétrica; Pesquisa Qualitativa

Introdução

A violência institucional contra as mulheres e a alta prevalência da cesárea, de 45% no sistema público e 80% no privado, são alguns indícios da complexa problemática existente em torno da assistência ao parto no Brasil ¹.

Uma luta crescente na tentativa de superar esse quadro, sobretudo os elevados níveis de intervenção na assistência ao parto, tem ocorrido nas últimas décadas. Em 1998, o governo federal brasileiro endossou formalmente essa luta e inaugurou a primeira casa de parto vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que representou uma inovação no âmbito da assistência ao parto. Essa assistência baseou-se nas melhores evidências científicas disponíveis e foi desenvolvida por equipe composta apenas por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes ². Foi considerada inovadora por se dar em um contexto no qual predominava o modelo medicalizado praticado dentro de instituições hospitalares, desenvolvido por uma equipe composta majoritariamente por médicos ^{3,4}.

Os resultados obstétricos e neonatais positivos alcançados na primeira casa de parto vinculada ao SUS foram similares aos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁵. Com base nestes resultados, o governo brasileiro autorizou a criação de novos centros de parto normal, especialmente as modalidades integradas a hospitais ⁶. Na época, o governo implementou, também, a política pública denominada humanização da assistência ao parto e nascimento, com o objetivo de diminuir os níveis de intervenção na assistência ao parto, dispor a mulher como protagonista do próprio parto, incorporar o acompanhante de escolha no processo de parto e considerar a dimensão social e emocional na dinâmica assistencial ⁷.

A necessidade de equacionar os inúmeros problemas envolvendo a assistência ao parto não se restringe ao contexto brasileiro. Na tentativa de atender demandas internacionais relativas à melhoria da qualidade assistencial, a OMS publicou um documento com recomendações para implementar a prática baseada na evidência no âmbito da assistência ao parto ⁵. A OMS recomendou, ainda, o desenvolvimento de ações que contribuíssem para o alcance das *Metas de Desenvolvimento do Milênio*, entre elas a capacitação de enfermeiras obstétricas e obstetrizes, a fim de promover a saúde materna ⁸. Preconizou-se que essas profissionais deveriam ser incluídas na assistência ao parto de modo a contribuir para o alcance da meta cinco, relativa à redução do coeficiente de mortalidade materna para 75/100 mil, o que requer diminuição

dos índices de intervenção na assistência ao parto ⁹.

É necessário considerar que implementar a prática baseada na evidência na prática assistencial cotidiana exige, além das evidências clínicas, a identificação e a consideração das preferências dos pacientes e dos demais elementos envolvidos no contexto assistencial ¹⁰.

Os achados de um ensaio clínico demonstraram a existência de diferenças nos resultados obstétricos de acordo com o local de assistência ao parto. Quando comparadas às gestantes atendidas em ambientes convencionais, onde estas, em geral, recebem assistência ao parto de forma impessoal, como em um processo produtivo massificado, aquelas que foram atendidas em ambientes alternativos de parto fizeram menor uso de analgesia e anestesia, de ocitocina sintética, de parto instrumentalizado e de episiotomia; ademais, apresentaram maiores índices de parto vaginal espontâneo e uma visão muito positiva do parto. No estudo supracitado, concluiu-se que a assistência ao parto prestada em ambientes alternativos, nos quais existem maiores possibilidades de identificar e atender as necessidades pessoais das parturientes, não aumentou o risco materno e neonatal, sendo comprovada a existência de associações entre a assistência nestes locais que apresentam maior satisfação das mulheres e os menores índices de intervenção médica ¹¹.

Estudos descritivos focalizando desfechos obstétricos obtidos em centros de parto normal brasileiros também foram desenvolvidos. Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo comparou a assistência desenvolvida em uma maternidade convencional e em um centro de parto normal. Os índices de intervenção foram menores no centro, ao passo que os desfechos maternos e neonatais eram similares aos apresentados na maternidade convencional. Outro estudo, igualmente desenvolvido na cidade de São Paulo, avaliou o atendimento prestado pelos profissionais, a qualidade da assistência e a satisfação das mulheres com o atendimento em três modelos distintos de assistência ao parto: a maternidade convencional e os centros de parto normal intra-hospitalar e peri-hospitalar. O peri-hospitalar foi o mais bem avaliado nos três quesitos, seguido pelo intra-hospitalar e o modelo convencional; portanto, o modelo peri-hospitalar é o que deve ser incentivado como política pública ¹².

Em estudo realizado no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano, de Belo Horizonte, Minas Gerais, os desfechos não se distanciaram dos recomendados na literatura, e a baixa taxa de cesárea foi o resultado mais significativo ¹³. Outro trabalho desenvolvido na mesma cidade,

cujo objetivo foi comparar a prevalência da intervenção na assistência ao parto em um centro de parto normal, um hospital ganhador do Prêmio “Galba de Araujo” e uma maternidade com modelo assistencial convencional, descreveu que existem resistências ao uso seletivo das intervenções em todos os modelos assistenciais. No entanto, os índices foram favoráveis ao centro de parto normal como local estratégico para controlar intervenções no processo de parto ¹⁴.

Estudos brasileiros focalizando a dimensão subjetiva das mulheres atendidas em ambientes alternativos de parto ainda são restritos. Dentre estes, uma pesquisa investigou os motivos que levam mulheres a buscarem uma casa de parto localizada em São Paulo, depois de terem o primeiro parto atendido em ambiente convencional. O estudo indicou que os fatores relacionados à estrutura hospitalar e à sistemática de assistência, cujo conjunto contribui na despersonalização da assistência ao parto, no distanciamento na assimetria do relacionamento entre profissionais e pacientes, foram os principais motivos referidos pelas mulheres. As principais causas da insatisfação com o modelo de assistência ao parto convencional, tradicionalmente adotado em centros obstétricos, foram o atendimento despersonalizado; o emprego de procedimentos desnecessários; a falta de informações, de suporte emocional, de recursos de alívio da dor; e a comunicação interpessoal inadequada ¹⁵.

Ainda com foco na dimensão subjetiva, estudo feito em um centro de parto normal da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, descreveu que o sentimento de satisfação em relação à assistência predominava entre as mulheres. Os motivos citados foram o fornecimento de orientações em todo o processo de parto e a atenção individualizada disponibilizada pelos profissionais ¹⁶.

Considerando-se não só a escassez de trabalhos que focalizem a dimensão subjetiva das mulheres atendidas em centros de parto normal, mas também a relevância do conhecimento e consideração das preferências das próprias pacientes na promoção da qualidade da assistência ao parto, foi desenvolvido o presente estudo. Com o objetivo de descrever as experiências relativas ao parto de mulheres que receberam assistência em um centro de parto normal, buscou-se responder ao seguinte questionamento: como as mulheres que receberam assistência ao parto em um centro de parto normal vivenciaram essa experiência?

Metodologia

Local

Esta pesquisa foi desenvolvida em um centro de parto normal vinculado a um hospital público de grande porte do Município de São Paulo. Vinculado ao SUS, o centro atende todas as mulheres que apresentam condições clínicas e obstétricas fisiológicas. A assistência é desenvolvida no local por uma equipe composta de enfermeiras obstétricas e auxiliares de enfermagem. Em 2010, a instituição prestou assistência ao parto para 1.030 mulheres, com média mensal de 85 atendimentos.

O centro de parto normal que fez parte deste estudo presta assistência obedecendo a um protocolo cujos itens estão de acordo com as recomendações internacionais ⁵. No momento da admissão da parturiente na instituição, faz-se uma classificação de risco. São encaminhadas para receber assistência apenas as mulheres em fase ativa do trabalho de parto, com as seguintes condições obstétricas: gestação fisiológica com resultados dos exames laboratoriais e cardiotocografia sem anormalidades, feto a termo, altura uterina menor ou igual a 36 centímetros, feto único em apresentação cefálica fletida, líquido amniótico claro à amnioscopia, membranas amnióticas íntegras, colo uterino esvaecido com dilatação igual ou superior a três centímetros e dinâmica uterina presente com características adequadas ao período clínico do parto.

O espaço físico disponível para assistência ao trabalho de parto e ao parto permite a presença e participação ativa do acompanhante em todo o processo de parto, e a assistência é desenvolvida, na medida do possível, pelos mesmos profissionais, desde a chegada da parturiente até o encaminhamento desta para o setor de alojamento conjunto. O espaço físico permite, também, que a assistência ao trabalho de parto e ao parto seja desenvolvida no mesmo recinto.

Esta pesquisa foi desenvolvida segundo o paradigma qualitativo interpretativo, no qual os significados atribuídos à experiência são explorados conforme o olhar da própria pessoa que a vivenciou. Tais experiências são acessadas mediante interação próxima entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ¹⁷.

O método de pesquisa foi a análise da narrativa. Trata-se de método que deve ser desenvolvido mediante cinco etapas: acessar, contar, transcrever, analisar e ler a experiência ¹⁸.

O acesso à experiência ocorreu na apresentação do projeto de pesquisa à diretoria da instituição, que autorizou o seu desenvolvimento. Todas as mulheres que recebem assistência ao parto

nesta instituição são convidadas a participar de uma atividade educativa semanal, desenvolvida pela equipe do hospital, cerca de sete dias após o parto, evento que conta com a participação média de 15 mulheres em cada sessão. Ao final de cada atividade educativa, as 15 participantes foram abordadas, de forma individual, pelas pesquisadoras, que não integram o quadro de pessoal do hospital.

Optou-se pelo sorteio como critério de aleatoriedade para definir as participantes da pesquisa, sorteando-se apenas duas mulheres por dia, a fim de que não houvesse espera. Os critérios de inclusão foram apresentar condições cognitivas e mentais preservadas, ter capacidade de verbalização e ter recebido assistência no centro de parto normal, local deste estudo. Nesta primeira abordagem, as mulheres foram esclarecidas a respeito das finalidades da pesquisa e da possibilidade de declinar do convite sem que houvesse prejuízos de qualquer natureza, porém não houve recusas. As mulheres também puderam optar por participar da pesquisa no momento da primeira abordagem ou agendar outra data, hora e local de sua preferência. Todas deram preferência à primeira opção.

Os dados foram obtidos mediante entrevistas individuais e em profundidade, feitas em ambiente privativo da instituição, sem a presença de outras pessoas. Dezesete mulheres foram entrevistadas entre abril e julho de 2011 pelas próprias pesquisadoras. Os parâmetros para encerrar a inclusão de novas mulheres foram a profundidade e a abrangência na narração das experiências, a qual incluiu aspectos relacionados ao acolhimento no centro de parto normal, às práticas de autocuidado desenvolvidas, à assistência oferecida pelos profissionais, à forma como foram tratadas e à experiência em relação à presença do acompanhante. Para dar início às entrevistas, foi feita a seguinte pergunta: *Fale-me a respeito de sua experiência em relação a este último parto neste centro de parto normal?* A atitude de escuta ativa foi constantemente mantida para priorizar a perspectiva das próprias mulheres, uma prerrogativa central do método da narrativa.

A terceira etapa do método, a transcrição da experiência, foi realizada mediante a transformação das entrevistas, integralmente gravadas, para a forma escrita. As características individuais de expressão e a sequência foram preservadas, mas os erros gramaticais foram corrigidos, de acordo com o que é preconizado pelo método de pesquisa. Antes de iniciar a análise dos dados, cada entrevista foi numerada sequencialmente para preservar a identidade das mulheres¹⁸.

A quarta etapa do método, a análise da experiência, foi desenvolvida mediante estratégia

indutiva e interpretativa, que requereu abertura em relação ao que foi relatado¹⁸. Tomou-se especial cuidado com as crenças e os valores que os pesquisadores, todos enfermeiros obstetras, têm em relação ao que é preconizado como ideal e recomendado em termos de assistência ao parto. Trata-se de cuidado fundamental para evitar interferências pessoais sobre o processo de análise dos dados¹⁸.

A quinta etapa da pesquisa consistiu na leitura da experiência. Primeiramente, foram identificados os aspectos essenciais das experiências individuais. Em seguida, foram feitas reiteradas leituras de cada narrativa. Esta estratégia possibilitou identificar a recorrência de ideias em relação à experiência vivida e elaborar categorias descritivas das experiências. As categorias descritivas elaboradas foram confirmadas com cinco mulheres, por via telefônica; todas manifestaram satisfação com os títulos atribuídos e respectivos principais conteúdos. Além disso, pequenos trechos extraídos das falas foram utilizados para exemplificar os principais conteúdos das categorias descritivas, estratégia que torna a descrição da experiência mais próxima da realidade e preserva a perspectiva pessoal das mulheres. Trata-se de aspectos cruciais, que impõem rigor na análise e desenvolvimento de categorias descritivas do método de análise da narrativa¹⁸.

Cada trecho foi identificado por números, que correspondem às mulheres que narraram vivências semelhantes, sendo separado do trecho seguinte por ponto e vírgula (;). Certamente, as entrevistadas não se expressaram exatamente da mesma forma em termos linguísticos, mas, nos casos em que duas ou mais mulheres relataram experiências similares, o fragmento da narrativa que retratava a experiência de forma mais fidedigna foi utilizado para representar as demais. A estratégia da identificação numérica das participantes foi utilizada porque preservar a perspectiva pessoal é vital no método de análise da narrativa¹⁸.

Aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados. Antes de iniciar as entrevistas, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo cada colaboradora da pesquisa consentido em participar desta, conforme o estabelecido na *Resolução nº 196/1996*, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (parecer nº 002/09 CEP-HMLMB).

Resultados

As participantes tinham idades entre 18 e 37 anos, com média de oito anos de estudo; dez eram casadas, uma, divorciada, e cinco, solteiras; metade exercia atividade remunerada. Seis mulheres eram primigestas e as demais, multíparas.

As categorias descritivas

- **Distintas experiências no atendimento recebido na chegada ao hospital**

Houve divergências em relação às experiências vivenciadas durante o atendimento recebido na chegada ao hospital. Aquelas que foram acolhidas de forma carinhosa pelos profissionais que lhes prestaram o primeiro atendimento na instituição sentiram-se satisfeitas. Também foram motivos de satisfação a assistência imediata ao parto em caso de urgência e a priorização do atendimento às parturientes que demandavam este cuidado. As mulheres disseram que essa avaliação positiva era atribuída à maleabilidade por parte dos profissionais, que demonstraram sensibilidade suficiente para identificar as circunstâncias que envolviam cada parturiente e atendiam às demandas que se apresentavam.

“Me trataram com carinho e fiquei calma” (2); *“Me trataram muito bem”* (16); *“Fui atendida rápido, me internaram e levaram para a sala de parto”* (16); *“Meu filho já estava nascendo, primeiro pensaram em mim e depois nos papéis”* (10).

A demora do atendimento, provocada pela grande quantidade de pacientes, a falta de vagas para internar e o seguimento rígido das normas institucionais, cuja conduta foi percebida em alguns profissionais, foram os motivos da avaliação negativa do primeiro atendimento recebido. Esses problemas geraram outros, como a falta de atendimento imediato das gestantes que requeriam esta atenção. As mulheres que vivenciaram este tipo de problema expressaram sentimentos de trauma e medo em relação ao parto normal, ficaram com mágoa e sentiram-se insatisfeitas quanto ao atendimento recebido.

“Fiquei esperando ser atendida porque tinha muitas mulheres na fila, mas não estava aguentando” (7); *“Meu filho já estava nascendo, mas tive que esperar, foi traumatizante e isto me deixou com medo do parto normal”* (5); *“Falaram que não tinha vaga, mas eu já estava com sete centímetros de dilatação e tiveram que me internar”* (15); *“Não fui bem recebida porque cheguei com a bolsa rompida, examinaram e deixaram esperando sem me internar, só porque eu não estava com o cartão do pré-natal, fiquei muito magoada”* (3).

- **Distintas experiências em relação às práticas de cuidado e aos procedimentos obstétricos**

As mulheres receberam diversos cuidados durante o trabalho de parto. Quanto aos exercícios na bola de parto, houve satisfação, pois perceberam que esses exercícios contribuíram para acelerar o parto e aliviar a dor. Uma mulher referiu ter se recusado a realizar os exercícios por acreditar que eles intensificariam a sensação dolorosa.

“Me colocaram na bola e eu fiz os movimentos” (6, 8, 12); *“Adorei ficar na bola porque o parto foi rápido”* (12); *“A bola ajudou a aliviar a dor; achei que ficar deitada era muito pior”* (6); *“Não quis usar a bola porque achei que ia doer mais”* (9).

Muitas deambularam durante o trabalho de parto e verificaram que esta prática contribuiu para a evolução do parto. Entretanto, uma delas, que tinha deambulado por um tempo prolongado, mostrou-se insatisfeita com o fato.

“Caminhei bastante quando estava em trabalho de parto” (5, 6, 9, 14); *“As caminhadas ajudaram a não ter parto complicado”* (5); *“Minha experiência não foi boa porque andei cerca de duas horas e senti muita dor”* (14).

Muitas adotaram a posição de cócoras durante o trabalho de parto, de forma intermitente. Houve insatisfação entre aquelas que perceberam o aumento da intensidade da dor nas contrações uterinas após manterem-se nesta posição.

“Fiz muitos exercícios de abaixar” (8, 9, 13, 14, 15); *“Não gostei dos exercícios de agachar no momento da contração porque doía mais ainda”* (14).

Os banhos de aspersão e de imersão foram fonte de satisfação, pois essas práticas contribuíram para acelerar o parto e aliviar a dor, tanto na banheira, quanto no chuveiro. Contudo, algumas evitaram banhos prolongados por temerem aumento na intensidade da dor.

“Fiquei no chuveiro durante o trabalho de parto e gostei, porque o parto foi rápido” (1, 6, 8, 12, 14, 15); *“O chuveiro ajudou a aliviar a dor”* (6); *“Não quis ficar no chuveiro porque ia dar mais dor”* (9, 14); *“Fiquei na banheira durante o trabalho de parto”* (6, 13); *“Fui para a banheira para induzir o parto”* (6); *“O banho na banheira aliviou a dor”* (13).

As práticas de cuidado desenvolvidas foram consideradas como recursos que ajudavam a suportar a dor.

“A bola, o chuveiro e os exercícios me ajudaram a suportar a dor” (12).

A dor sentida foi avaliada como uma experiência negativa do parto. Algumas sentiram muito medo por causa da dor que esse processo provocava. Uma delas chegou a pedir aos profissionais

a realização da cesárea, porque não estava suportando a dor do parto. Outras não conseguiram se alimentar durante o trabalho de parto em consequência da dor que estavam sentindo.

“Minha experiência não foi muito boa porque senti muita dor” (12, 14); *“Senti muito medo por causa da dor”* (5, 8, 9); *“Querida que fosse cesárea porque a dor foi horrível”* (9); *“Eu podia comer mas não quis por causa da dor”* (5, 13, 15).

Muitas considerações foram feitas a respeito dos procedimentos obstétricos realizados no decorrer do trabalho de parto e parto. A cardiocotografia foi avaliada como um procedimento que gerou muita dor; quanto à episiotomia e à episiorrafia, diferentes percepções foram expressas em relação a ambas. Uma das parturientes referiu que foi submetida à episiotomia mesmo tendo recusado a realização desse procedimento, por isso ficou muito insatisfeita.

“A cinta que me colocaram para ouvir o coração do bebê me apertou muito e senti mais dor” (7); *“Levei pontos depois que o bebê nasceu”* (11, 12, 13, 15); *“Não tive corte embaixo neste parto”* (1, 2, 10); *“Levei cinco pontos, eu não queria, mas a médica falou que precisava”* (15).

A sensação dolorosa e a insegurança gerada pela demora na realização da episiorrafia foram mencionadas.

“Levei oito pontos, doeu muito” (11); *“Ela demorou muito para dar os pontos, então não senti muita segurança”* (14).

Por outro lado, uma mulher expressou sentimento de insatisfação por não ter sido submetida à episiotomia; ela acreditava que a não realização deste procedimento provocaria o relaxamento da musculatura perineal.

“Não gostei de não levar ponto porque a mulher fica larga por baixo. Mas a parteira explicou que não tinha nada a ver” (10).

Outra mulher, por sua vez, se mostrou muito satisfeita por não ter sido submetida à episiotomia. Referiu que esse sentimento era devido à ausência do incômodo ocasionado pelo procedimento e à liberdade de movimentos que pôde desfrutar nessa condição.

“Não levei ponto e me senti melhor depois que ela nasceu. Quando você leva ponto, incomoda muito e, sem os pontos, dá para levantar e movimentar melhor” (1).

- **Divergências em relação à presença do acompanhante**

Houve divergência de opiniões quanto à presença do acompanhante durante o processo de parto. Algumas parturientes avaliaram que os acompanhantes proporcionaram sensação de segurança, amparo e liberdade para expressar

sentimentos; satisfação, proteção, tranquilidade. Além disso, os acompanhantes incentivaram a realização de exercícios, apoiaram, evitando que as mulheres sentissem não apenas solidão, mas também preocupações com possíveis trocas de bebês.

“Tive acompanhante durante o parto e isso me deixou mais segura” (1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16); *“Com o acompanhante, me senti amparada e não senti medo (1,10,13); “Me senti livre para falar o que estava sentindo”* (15); *“Tinha medo de não suportar a dor, mas, com ele ao meu lado dando força, fiquei mais tranquila e não me senti sozinha”* (1, 8, 9, 10, 14); *“Ele me ajudou com os exercícios”* (8, 9, 14); *“Tinha medo que trocassem o meu bebê e, com ele, esse medo passou”* (9).

Outras mulheres, por sua vez, declararam ter sentido constrangimento e vergonha com a presença do acompanhante no parto. Uma delas impediu que o marido permanecesse no cenário do parto.

“É constrangedor ter marido na sala de parto, por causa da vergonha” (1); *“Não permiti que meu marido entrasse por causa da vergonha”* (3).

- **Satisfação com o acompanhamento contínuo, com o relacionamento interpessoal e com as orientações fornecidas pelos profissionais**

O acompanhamento contínuo dos profissionais durante o processo de nascimento e parto foi percebido como sinônimo de atenção. Este cuidado gerou sentimentos positivos, como satisfação, tranquilidade, bem-estar e segurança, evitando a solidão. Quando os profissionais não estavam presentes para prestar assistência, houve insatisfação.

“Ficaram comigo todo o tempo e me deram muita atenção” (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 15); *“Foram muito atenciosos e, a todo momento, estavam vendo se eu estava bem, e isso me deixou tranquila, me senti segura e não me senti sozinha”* (1, 4, 5, 11, 12, 13, 16); *“Acho que a enfermeira deve ficar mais no quarto, só não me incomodei porque eu não estava sozinha”* (14).

A atenção e o tratamento afetuoso dos profissionais proporcionaram sensações de aconchego e satisfação, que contribuíram para diminuir a sensação de dor.

“Apesar da dor, foi aconchegante porque me deram muita atenção” (4); *“Apesar da dor, foi maravilhoso, me trataram muito bem”* (6, 9).

Quanto ao relacionamento interpessoal estabelecido pelos profissionais, vários foram os aspectos valorizados, dentre eles a receptividade, a comunicação, o respeito, a paciência e o carinho. Quando essas características estiveram

presentes nos relacionamentos interpessoais, estes proporcionaram segurança e foram avaliados positivamente.

“As enfermeiras transmitiram muita segurança” (13); *“O jeito que elas falaram comigo me transmitiu segurança”* (13); *“Fui tratada com muito respeito, carinho e educação e isso é atender bem”* (4, 9, 10); *“Tiveram muita paciência e educação”* (1, 4, 7, 9).

As várias orientações recebidas a respeito do parto foram motivos de satisfação. As principais relacionavam-se à sua evolução, às práticas de cuidado e seus benefícios, aos posicionamentos corporais adequados, aos exercícios e suas finalidades, à respiração e aos esforços musculares no momento da expulsão fetal. Algumas mulheres ressaltaram que tinham dificuldades para compreender as orientações recebidas, sobretudo quando estas eram passadas durante as contrações uterinas.

“As enfermeiras orientaram como seria o parto, a dor do parto, os exercícios que tinha que fazer, o modo de respirar, as posições no parto” (3, 4, 8, 9, 12, 14, 15); *“Gostei, pois fui muito bem orientada”* (4, 7, 8, 12); *“Explicaram tudo o que eu precisava saber sobre o parto e o que fazer”* (6, 8, 13, 14, 15); *“Me davam explicações, mas, naquela hora da dor, eu não queria ouvir, pois era muito difícil prestar atenção”* (14, 15).

Discussão

As características do primeiro atendimento recebido no momento da chegada ao hospital foram vitais para a primeira impressão a respeito da instituição. Foi valorizada a prioridade atribuída às condições obstétricas no momento da primeira procura por assistência ao parto. Esta valorização reitera a premissa de que a resolutividade no primeiro atendimento requer a identificação das prioridades dos pacientes e a maleabilidade do profissional. Esse aspecto é essencial para que as parturientes tenham condições de manter a calma e se sintam acolhidas na instituição. Outro aspecto avaliado positivamente foi o tratamento carinhoso recebido dos profissionais, o que reitera a importância da postura ética e solidária no acolhimento das parturientes em trabalho de parto⁷, assim como da escuta atenta e do tratamento respeitoso e educado por parte dos profissionais¹⁹.

Já foi comprovado que o acolhimento adequado da parturiente gera sentimento de intensa satisfação no que se refere à assistência oferecida. Tal sentimento emerge, sobretudo, da resolução da problemática de cada paciente, o que, muitas vezes, requer a maleabilidade do profis-

sional. Essa maleabilidade, por sua vez, demanda uma rede de comunicação já estabelecida entre os profissionais envolvidos, propiciando, além do atendimento propriamente dito, o compartilhamento das dúvidas, das aflições e das inseguranças das pacientes. A possibilidade de as parturientes expressarem seus sentimentos promove a abertura de novos canais de comunicação entre profissionais e clientes, com reflexos positivos para o relacionamento entre elas, seus acompanhantes e os profissionais²⁰.

A problemática da falta de vagas para internação hospitalar foi citada. Trata-se de problema recorrente em nosso meio, derivado da excessiva demanda em algumas instituições, impedindo a acomodação apropriada das parturientes e o atendimento imediato de suas necessidades. Já é conhecida a carência acentuada de leitos obstétricos nas regiões mais periféricas da cidade, justamente naquelas mais populosas, onde a distribuição de leitos é desigual, se comparada a que ocorre nas regiões centrais da cidade de São Paulo²¹. A implementação de novos hospitais nas regiões carentes desse benefício, inclusive a inauguração de novos centros de parto normal, é uma política pública que merece maiores investimentos.

As mulheres tiveram a oportunidade de desenvolver várias práticas de cuidado durante o trabalho de parto. A realização de exercícios com bola de parto, a deambulação e o banho de aspersão foram bem aceitos por algumas, mas recusados por outras. Esse fato indica que não há unanimidade quanto à forma de vivenciar a realização de tais atividades, sendo possível reafirmar a necessidade de sistematizar a assistência ao parto, de modo que as preferências e as necessidades individuais sejam identificadas e consideradas.

As práticas adequadas de assistência ao parto normal devem ser oferecidas às parturientes conforme o preconizado pela OMS⁵. No presente estudo, verificou-se que essas recomendações, de âmbito internacional, sob o ponto de vista clínico, foram desenvolvidas. Todavia, consideramos ser necessário levar em conta a existência de diferentes vivências e sentidos atribuídos a essas práticas. Diante disso, cabe aos profissionais identificarem e respeitarem as perspectivas pessoais das próprias mulheres. Identificar as crenças que as parturientes têm em relação a cada prática de cuidado e fornecer a devida orientação a esse respeito são ações que devem fazer parte do cotidiano do cuidado na assistência às parturientes. Atuando desse modo, o profissional capta a perspectiva das mulheres e a considera na assistência. Esse conjunto de ações promove a conscientização e a consequente efetividade

das práticas de autocuidado desenvolvidas no trabalho de parto.

Quanto à episiotomia, a não realização desta gerou insatisfação para algumas mulheres, sentimento decorrente da crença de que a ausência desse procedimento provoca relaxamento da musculatura perineal, com consequente reflexo negativo no desempenho sexual. A esse respeito, existem evidências de associações positivas entre a episiotomia e o comprometimento da vida sexual²². Esse dado reforça a premissa da OMS de que a realização da episiotomia só deve ser indicada mediante avaliação criteriosa de sua necessidade⁵. Logo, a existência de crenças dessa natureza indica a necessidade de esclarecer os efeitos da episiotomia sobre o corpo feminino, sobretudo o fato de que a função sexual é afetada pela dispareunia e pelos déficits na lubrificação vaginal²². Ademais, a sexualidade no período puerperal deve ser abordada de forma ampliada, mediante inclusão de aspectos físicos, emocionais e os relativos ao relacionamento marital²³. Para as mulheres que apresentam sintomas crônicos no âmbito da função sexual, recomenda-se checar os diversos aspectos envolvidos, preferencialmente aos três e seis meses após o parto. Garante-se, assim, que todos os sintomas sejam identificados e devidamente abordados e assistidos pelos profissionais²⁴.

A importância da permanência contínua do profissional no ambiente assistencial foi salientada pelas mulheres. Trata-se de aspecto reconhecido como fundamental na qualidade da assistência ao parto²⁵, pelo fato de contribuir na diminuição do medo, da dor e da ansiedade que permeiam o processo²⁶. Essa permanência deve ocorrer mediante estabelecimento de comunicação interpessoal efetiva e abordagem respeitosa e carinhosa das parturientes, além do desenvolvimento dos procedimentos de assistência ao parto²⁷.

A presença do acompanhante gerou sentimentos de satisfação com a assistência para a maior parte das mulheres; trata-se de direito assegurado por lei em todo o território nacional²⁸ e recomendado pela OMS. A existência desse direito deve ser disseminada entre as gestantes, e o seu cumprimento consiste em indicador importante da qualidade da assistência^{4,29}, pois contribui para a segurança da mulher e promove o transcurso fisiológico do parto, com consequente melhora dos indicadores de saúde materna e do recém-nascido³⁰. Há que se ressaltar, entretanto, a inexistência de unanimidade quanto ao desejo de ter acompanhante no parto, indício de que nem sempre o que é considerado como ideal e recomendado é encarado sob a mesma ótica pelas mulheres.

Reforça-se, novamente, a premissa de que as preferências das pacientes devem ser identificadas e respeitadas, além de esse aspecto ser fundamental para efetivar a prática baseada na evidência³¹. Isso requer que as parturientes tenham aptidão para negociar as modalidades de assistência ao parto com os profissionais; por sua vez, a concretização desse pressuposto demanda apoio profissional para superação das atitudes passivas das pacientes, historicamente determinadas³². Trata-se de apoio fundamental, sobretudo para as mulheres das camadas menos favorecidas³³.

Em síntese, as mulheres ficaram satisfeitas com a assistência recebida no centro de parto normal. Trata-se de resultado que reitera os relatados por outro estudo¹⁵, em que foi identificado o sentimento de insatisfação em relação ao modelo tradicional de assistência ao parto, motivando a busca por essa assistência em modelo alternativo, no caso, em uma casa de parto. Os dados desse estudo, associados à avaliação positiva da assistência ao parto recebida em um centro de parto normal, segundo a perspectiva de puérperas, sobretudo no âmbito da assistência humanizada ao parto³⁴, representam subsídios importantes para propor a continuidade dessa forma de assistência enquanto política pública.

Conclusões

As divergências no posicionamento das mulheres em relação às práticas de autocuidado, aos procedimentos realizados pelos profissionais e às opiniões relativas à presença do acompanhante reforçaram a importância de identificar e considerar questões contextuais e as preferências individuais das parturientes na assistência ao parto. Portanto, a assistência humanizada ao parto e a implementação de suas prerrogativas não devem ser feitas de forma impessoal, como se todas as mulheres aceitassem e estivessem plenamente satisfeitas em relação a todos os seus aspectos. Desse modo, é importante que as mulheres estejam cientes das diferentes modalidades de assistência ao parto desde a fase da gestação, para que tenham condições de fazer a escolha consciente do modelo assistencial desejado e das instituições em que este é oferecido.

No hospital em que este estudo foi realizado, todas as mulheres em condições clínico-obstétricas fisiológicas são encaminhadas ao centro de parto normal. Assim sendo, cabe aos profissionais fornecerem informações sistematizadas sobre o modelo de assistência ao parto desenvolvido na instituição e oferecer às parturientes a prerrogativa da escolha do tipo de assistência,

pelo menos em relação aos aspectos em que seja possível respeitar essas escolhas. Como já evidenciado ³⁵, há necessidade de se substituir o consagrado termo “assistência humanizada ao parto” por “assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente”. Com isso, reforça-se a relevância da identificação e da consideração das preferências das pacientes na efetividade da prática baseada na evidência ¹⁰.

As mulheres se mostraram, em geral, satisfeitas com a assistência recebida no centro de parto

normal, o que confirma a premissa de vários pesquisadores ¹² de que o local e as características das práticas de cuidado interferem na qualidade da assistência ao parto. Essa satisfação também fornece sustentação para a política pública vigente no Brasil de disseminar o modelo do centro de parto normal em todo o território nacional, gerando a necessidade de formar profissionais gabaritados e comprometidos com o desenvolvimento adequado das funções relativas à assistência ao parto.

Resumen

La perspectiva de las mujeres que recibieron atención en un centro de parto normal, foco de este estudio, debe ser considerada para evaluar y mejorar la calidad de la atención. Esta investigación tuvo como objetivo explorar la experiencia de la atención al parto recibida en un centro de parto normal. El análisis de la narrativa de mujeres fue el método de investigación. El análisis inductivo y interpretativo de las narraciones de 17 mujeres resultó en las siguientes categorías descriptivas: distintas experiencias en la atención recibida durante la llegada al hospital; diversidad de experiencias en relación con las prácticas de autocuidado y procedimientos realizados por profesionales; divergencia de opiniones con respecto a la presencia de compañero; satisfacción con la supervisión continua, con la relación interpersonal establecida por profesionales y con la orientación recibida. La atención al parto fue evaluada positivamente por las mujeres y este resultado proporciona apoyo a la política pública de ampliación de los centros de parto normal.

Madres; Centros Independientes de Asistencia al Embarazo y al Parto; Enfermería Obstétrica; Investigación Cualitativa

Colaboradores

M. T. Jamas participou de todas as etapas na elaboração do artigo. L. A. K. Hoga participou na coleta e análise dos dados e na elaboração do artigo. L. M. Reberte participou na análise dos dados, na elaboração do artigo e na sua formatação e revisão final.

Referências

1. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Encontro ANS 2008 reúne representantes do setor em Brasília. <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/a-ans/808-encontro-ans-2008-reune-representantes-do-setor-em-brasilia> (acessado em 28/Ago/2011).
2. Hoga LAK. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais. *Rev Bras Enferm* 2004; 57:537-40.
3. Carr M, Riesco M. Rekindling of nurse-midwifery in Brazil: public policy and childbirth trends. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52:406-11.
4. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1859-68.
5. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1996.
6. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM, de 5 de agosto de 1999. Dispõe sobre criação, normas, critérios, atribuições, definições das características físicas e recursos humanos para o funcionamento do Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 1999; 6 ago.
7. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. World Health Organization. Nursing and midwifery services. Strategic directions- 2011-2015. http://shqlidod.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPNI10.1_eng.pdf (acessado em 20/Ago/2011).
9. World Health Organization. The millennium development goals report. Nursing and midwifery services. Strategic directions - 2011-2015. <http://www.eicp.ca/en/toolkit/hhr/ocfp-paper-handout.pdf> (acessado em 20/Dez/2011).
10. Pearson A, Jordan Z, Munn Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. *Nurs Res Pract* 2012; 2012:792519.
11. Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9):CD000012.
12. Narchi NZ, Diniz CSG, Azenha CAV, Schneck CA. Women's satisfaction with childbirth' experience in different models of care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* 2010; 9(2):6.
13. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1349-59.
14. Vogt SE, Diniz SG, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1789-800.
15. Jamas MT, Hoga LAK, Tanaka ACA. Mothers' birth care experiences in a Brazilian birth centre. *Midwifery* 2011; 27:693-9.
16. Fernandes BM. A casa de parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil da assistência e a percepção das usuárias [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.
18. Riessman CK. Narrative methods for the human sciences. Thousand Oaks: Sage Publications; 2008.
19. Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2647-55.
20. Macedo CA, Teixeira ER, Daher DV. Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários. *Rev Enferm UERJ* 2011; 19:457-62.
21. Tanaka A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec; 1995.
22. Ejegard H, Ryding EBS. Sexuality after delivery with episiotomy: a long term follow-up. *Gynecol Obstet Invest* 2008; 66:1-7.
23. Rezaeas R, Kingsberg S. How to prepare your patient for the many nuances of postpartum sexuality. *OBG Management* 2012; 24:24-38.
24. Bick DE, MacArthur C. Identifying morbidity in postpartum women. *Mod Midwife* 1994; 4:10-3.
25. Lambert ACS, Hoga LAK, Jamas MT. O desenvolvimento de um modelo de assistência contínua ao parto. *Invest Educ Enferm* 2010; 28:187-94.
26. Rodrigues D, Silva R, Fernandes AFC. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. *Rev Enferm UERJ* 2006; 14:232-8.
27. Parada C, Tonete V. O cuidado em saúde no ciclo grávido-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface Comun Saúde Educ* 2008; 12:35-46.
28. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
29. Parada CMGL, Carvalhaes MABL. Childbirth care: contributing to the debate on human development. *Rev Latinoam Enferm* 2007; 15:792-8.
30. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:52-62.

31. Pearson A, Wiechula R, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc* 2005; 3:207-15.
32. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Latinoam Enferm* 2010; 18:390-7.
33. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Quality assessment of labor care provided in the Unified Health System in Rio de Janeiro, South-eastern Brazil, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:895-902.
34. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45:62-70.
35. Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40:274-9.

Recebido em 25/Fev/2013

Versão final reapresentada em 20/Jun/2013

Aprovado em 12/Jul/2013