



FORMAÇÃO HUMANA DO VENTRE À LUZ: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NA VOZ DAS MULHERES¹.

Luna Maia Maia²

RESUMO: Este artigo examinou os sentidos positivos relacionados ao modelo de assistência humanizada ao parto através do Projeto Parto Humanizado de Campina Grande (PB), em conformidade com o Comitê de Ética (CAAE - 0345.0.133.000-10). Em 2010 entrevistamos 13 mulheres com idade variando entre 23 e 37 anos, individualmente, em suas próprias residências e analisamos os depoimentos à luz da análise de discurso. No que concerne aos aspectos positivos relacionados ao parto humanizado, merecem destaque: assistência permanente da equipe, possibilidade de ter companhia de algum familiar durante o trabalho de parto, confiança das parturientes na equipe profissional, relação médico-paciente que se caracterizou como ética, solidária e afetiva, opção de exercícios para auxiliar no desenvolvimento do trabalho de parto e a possibilidade de ter um registro do parto através de fotos e/ou vídeos.

Palavras-chave: parto, parto humanizado, assistência humanizada, mulheres.

HUMAN CONSTITUTION FROM WOMB TO LIGHT: ANALYSIS OF THE WOMEN'S VOICE ON HUMANIZED CHILDBIRTH ASSISTANCE

ABSTRACT: This article examines the positive meanings related to the model of humanized childbirth assistance in the Humanized Childbirth Project in Campina Grande (PB), in accordance with the Ethics Committee (CAAE - 0345.0.133.000-10). In 2010 we interviewed 13 women, aged between 23 to 37, individually, in their own houses. We've analyzed their testimonies in the light of the Discourse Analysis. Regarding the positive aspects of the humanized childbirth is noteworthy: the team's permanent assistance, the possibility of the presence of a relative during the childbirth, the parturient's confidence in the professional team, the doctor-patient relationship was characterized by ethics, solidarity and regard, the option of exercises to help childbirth progress and the possibility of recording the childbirth in pictures and/or videos.

Keywords: childbirth; humanized childbirth, humanized assistance; women.

¹ Este artigo foi elaborado a partir da monografia apresentada em 2010 ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob o título "*Chega os olhos enche d'água*": percepções femininas sobre o parto humanizado.

² Formação e Licenciatura em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba. Vinculação atual: Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões (PPGCR) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. Endereço para correspondência: Rua Gilberto Gil, 105. Barra dos Coqueiros-SE. Brasil. Cel. 83 9622-5720. E-mail: lunamaia@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Odent (1981) alerta que “para mudar o mundo é preciso antes mudar a forma de nascer”, pois o nascimento é primeira grande experiência perceptivo-emotiva-sensorial do bebê e a maneira como ele será recebido poderá influenciar na sua compreensão do mundo, bem como para mãe e familiares o parto pode ser uma transformadora, profunda e rica vivência, sobre a qual também é refletido o modelo de formação humana que a equipe profissional que assiste nesse momento tem como orientação.

Cresce o número de pesquisas relacionadas à mudança no modelo de assistência ao parto no Brasil e no mundo. Trata-se de uma questão ampla e bastante complexa, pois envolve uma mudança de paradigma e por isso torna-se um processo lento e controverso. O foco desse artigo é a Humanização do Parto, mas para melhor compreensão acerca do tema é preciso antes saber a diferença entre os dois modelos vigentes na Medicina.

Há um padrão de assistência ao parto que segue o Modelo de Medicina denominado Tecnocrático, cujas características principais são:

Separação mente/corpo, o corpo é visto como uma máquina, o paciente é visto como um objeto; alienação entre médico e paciente; diagnose e tratamento de fora para dentro; organização hierárquica e padronização do atendimento; autoridade e responsabilidade inerente ao médico, não ao paciente; supervalorização da ciência e da tecnologia; intervenção agressiva com ênfase em resultado a curto prazo; a morte é encarada como uma derrota; um sistema dirigido pelo lucro (DAVIS-FLOYD, 1998, apud JONES, 2012, p.23).

Em contraponto, existe outra postura de assistência ao parto que se assemelha ao modelo Humanista (Biopsicossocial) de Medicina que tem como características fundamentais:

Mente e corpo como uma unidade; o corpo como organismo; o paciente como sujeito relacional; conexão e afetividade entre paciente e médico; diagnóstico e tratamento de fora para dentro e de dentro para fora; equilíbrio entre as necessidades da instituição e as do indivíduo; informação, tomadas de decisões e responsabilidades compartilhadas entre profissionais e clientes; ciência e tecnologia contrabalançadas com humanismo; focalização na prevenção de doenças; morte como resultado aceitável; cuidado compassivo; mente aberta diante de paradigmas alternativos de tratamento (DAVIS-FLOYD, 1998, apud JONES, 2012, p.23).



Segundo Dias (2006), “no Brasil, o desejo de mudança na qualidade da assistência à saúde da mulher era manifesto desde a década de 80 e nos últimos trinta anos vários trabalhos têm mostrado a importância dessa mudança”. Desse modo, Diniz (2001) avalia que “a busca por uma assistência humanizada ao parto é um tema de crescente interesse, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades dessa forma de assistência sejam em grande medida um debate em aberto”.

Vale ressaltar que a ampliação de propostas de mudança nas práticas de humanização por parte de várias instituições particulares e públicas – inclusive do Ministério da Saúde – é acentuada nos últimos anos, criando um campo mais amplo de possibilidades de transformação sólida nos serviços, entre os profissionais e a população.

Objetivando contribuir para com essa mudança, ao favorecer espaços de reflexão junto ao modelo de assistência humanizada ao parto, acreditando que esse tipo de assistência influencia na formação tanto do ser humano que nasce quanto da mulher que dá à luz, esta pesquisa identificou os sentidos atribuídos pelas mulheres aos seus partos humanizados, além de investigar os benefícios decorrentes desse modelo de assistência humanizada. Para tanto, foram entrevistadas 13 mulheres residentes em Campina Grande-PB, que tiveram as experiências de um parto assistido pelo modelo tecnocrático e também de um parto com assistência humanizada, oferecida pelo Projeto Parto Humanizado de Campina Grande.

É um estudo qualitativo cuja apresentação segue a seguinte ordem: após a Introdução, encontra-se uma Revisão Bibliográfica, que busca situar a legitimidade da discussão cerne do problema em questão, fornecendo, desse modo, a quem for de interesse, um material de referência adicional. Dessa maneira, foi realizada uma revisão da literatura que contempla a história do parto, desde o momento em que o parto era visto como acontecimento natural, passando pelo papel desempenhado pelas parteiras e surgimento da Obstetrícia, até a assistência humanizada ao parto. Por fim, citamos alguns dos eventos mais atuais no Brasil que estão relacionados ao movimento pela humanização da assistência ao parto. A isso segue a Metodologia, Resultados e Discussões, e, por fim, Considerações Finais, Referências e Apêndices.

“TÃO ANTIGO QUANTO A VIDA”: O PARTO EM BREVE PERCURSO HISTÓRICO



A história do parto e a história da Obstetrícia devem ser analisadas separadamente, porque, como observa Santos (2002), “apesar do homem se reproduzir com muito sucesso há aproximadamente 2.000.000 de anos, somente há 200 anos, com o advento da industrialização, é que a Obstetrícia se fez presente”.

Tão antigo quanto a vida, o parto é um evento que, para ser analisado, merece uma visão interdisciplinar, visto que seria irrealizável tentar compreender a história do parto sem fazer uma leitura antropológica e sociológica da mesma. De acordo com Silveira (2006), “o parto é também uma construção social, sujeita aos diferentes aspectos da cultura em que ele ocorre”.

Santos (2002) corrobora que “o estudo da gravidez e do parto não se esgota apenas no aspecto biológico. Esses processos recebem significados variados e são construídos a partir da experiência social e cultural”. Essa construção sócio-cultural pode ser responsabilizada pela diversidade de significados que a gravidez pode adquirir e a multiplicidade de modelos de atenção que coexistem dentro de uma mesma sociedade ou entre sociedades diferentes. Spink (2010, p. 169) complementa:

O nascimento de uma criança é essencialmente um ato cultural: um processo fisiológico inserido num contexto de crenças e costumes. Há, portanto, variações consideráveis na formatação dos diferentes aspectos do processo reprodutivo.

Desta forma, apesar de o parto ser um fenômeno universal da fisiologia humana, o local, de que forma, com quem e mesmo quando uma mulher vai parir, seguem, invariavelmente, determinações culturais de uma sociedade, o que, de certa forma, “retira da medicina o domínio de exclusividade sobre o tema e estreita as relações entre Antropologia, Saúde Pública e Obstetrícia” (SANTOS, 2002).

Avalia-se que:

Apesar de as mulheres darem à luz desde o início dos tempos e de seu corpo estar programado para a reprodução da espécie, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e nas diferentes culturas. Como escreveu o historiador francês Jacques Gélis, o nascimento não se restringe a um ato fisiológico, mas testemunha por uma sociedade, naquilo que ela tem de melhor e de pior (MOTT, 2002, p.02).



Segundo Prado Junior (2008), “a gestação pode ter vários enfoques, cada sociedade possuindo preconceitos variados frente à função procriativa”. Portanto, “em algumas sociedades a gravidez e o parto podem ser vistos como algo anormal, perigoso e em outras como algo natural, cotidiano, saudável” (LANGER 1986 *apud* PRADO JUNIOR, 2008).

Contudo, devido ao caráter inexaurível da história do parto, torna-se necessário fazer um pequeno recorte que contemple minimamente as três perspectivas históricas e socioculturais sobre a história do parto: quando a mulher pariu instintivamente, em solidão; quando a mulher pariu com ajuda de outras mulheres da vizinhança e, finalmente, quando a mulher pariu com a assistência de um obstetra.

Conforme evidencia Melo, *apud* Silveira (2006), “o parto era um episódio solitário do qual participavam somente a mãe e o conceito”. Não se sabe muito sobre o modelo de atenção ao parto de nossas ancestrais, contudo, acredita-se que “a medicina “primitiva” estava relacionada à magia e mesmo a medicina Hipocrática pouco tinha a oferecer em termos de tratamento, o qual foi deixado sob encargo da natureza” (SANTOS, 2002).

Em princípio, a mulher pariu isoladamente, sem o mínimo de atenção e cuidados. “A gravidez e a capacidade reprodutora feminina não eram fenômenos de interesse da coletividade” (MELO *apud* SANTOS 2002). Nesse sentido, Gil (1998) cita o caso dos Melpa, da Nova Guiné, “povo que tem como prática relacionada ao parto o fato de a mulher dar à luz completamente só, enterrar a placenta, alimentar seu bebê e prosseguir a sua vida cotidiana”.

De acordo com Santos (2002), “na Antiguidade, quando os homens viviam de acordo com seus instintos naturais, as mulheres ajudavam umas às outras nos serviços que o parto requeria”. Nessa época a sociedade recebia bem os nascituros, mas não dava a menor importância ao ato de parir.

Mais tarde, e isto representou um grande avanço, “o homem não abandonava sua mulher durante o trabalho de parto, mas permanecia ao seu lado ajudando-a” (SANTOS, 2002). Um fato interessante aí verificado é o *couvade*³. Nesse sentido, Dantas (1996) verificou a prática da couvade em pesquisa realizada com os índios Tupinambá, quando o homem seguia o resguardo após o parto, e não a mulher. Este fato se liga à ideia vigente entre eles de que “apenas o homem era o agente da reprodução e como tal corria perigo quando nascia a criança” (DANTAS, 1996).

³ Do francês “couver” (incubar), o termo também é usado para designar um tipo de ritual no qual o homem tem participação ativa no parto do bebê, ficando de “resguardo”.



Em outra etapa cultural, o marido não mais participava ativamente do processo, mas mantinha-se presente, observando. E, finalmente, o homem foi completamente excluído — o parto passa a ser um processo exclusivamente feminino. Nessa época, uma mulher que a comunidade considerasse como mais experiente nessa matéria era reconhecida como parteira.

A historicidade da assistência ao parto tem início “a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e estreia um processo de acumulação do saber sobre a parturição” (MELO *apud* SANTOS 2002). Ou seja, historicamente “o parto normal tende a ter sido campo de atuação das mulheres” (SPINK, 2010). Conhecidas popularmente como “aparedeiras, comadres ou parteiras” (BRENES, 1991), essas mulheres, “até meados do século XIX, deslocavam-se até o domicílio das parturientes para auxiliá-las” (MUSÉE, 2002 *apud* MOTTA, 2009).

Apesar da diversidade de padrões de comportamento reprodutivo nas diferentes sociedades, o parto raramente ocorre de maneira isolada. A mulher em trabalho de parto normalmente tem um ou mais acompanhantes que são frequentemente do sexo feminino. Isto se explica aos relatos de partos nas civilizações antigas, nas sociedades tribais e nas sociedades ocidentais pré-industriais (SPINK, 2010, p.169).

Segundo Melo *apud* Silveira (2006), “no período neolítico (cerca de 10.000 anos a.C.) o auxílio ao parto era uma prática exclusivamente feminina e à margem da prática social da medicina”.

Isso se deu no momento em que a família monogâmica começou a se esboçar sob a tutela do patriarcado, em função do interesse masculino em transmitir os bens adquiridos a seus filhos legítimos. Portanto, o auxílio à parturiente teve uma forte determinação econômica, ou seja, visava garantir uma assistência à esposa do patriarca. Consequentemente, se instituiu no âmbito social a obrigatoriedade da fidelidade conjugal por parte da mulher como garantia de que gerasse filhos de um único pai. Por isso, não era admitida a presença de outros homens no momento do parto, o que inviabilizou o auxílio masculino à parturição (MELO *apud* SILVEIRA, 2006, p.20).

Assim, ocorreu a profissionalização das mulheres que auxiliavam a parturiente, “processo que deu origem às primeiras parteiras, profissionais responsáveis por todos os assuntos referentes à gravidez, parto e puerpério” (MELO *apud* SILVEIRA 2006).

Gil (1998) assevera que “a figura da parteira e da acompanhante, já presente nos frescos egípcios, ilustra a imagem clássica do parto – trio formado pela parturiente, parteira e



acompanhante, rodeadas de outras mulheres”. Conforme indica Melo, *apud* Silveira (2006), “durante a Antiguidade clássica greco-romana e toda a Idade Média, o auxílio ao parto esteve sob a hegemonia das parteiras”.

A história das parteiras remonta à das bruxas, confundindo-se com ela. O seu comportamento era, muitas vezes, tido por estranho e oculto e assim, por toda a Idade Média e até a Renascença, elas eram olhadas como bruxas. “Eram-lhes atribuídos poderes mágicos relacionados com a fertilidade, o parto, o desenvolvimento do bebê, e a sobrevivência da criança, delas dependendo em grande parte o controle da natalidade” (GIL, 1998).

De acordo com Spink (2010), para a Igreja Católica, a presença da parteira ao lado da criança não batizada, seu papel na facilitação de abortos e seu conhecimento de métodos anticoncepcionais, era extremamente perigosa.

Nesse sentido, durante o Renascimento, observou-se a intervenção do Estado no exercício profissional pela “necessidade de garantir o crescimento numérico da população, tornando-se necessário exercer o controle e a vigilância sobre a prática das parteiras, muitas vezes acusadas de matarem os recém-natos” (MELO *apud* SILVEIRA, 2006).

Surge, então, a necessidade de regulamentar a prática das parteiras, mediante a licenciatura, ficando essa função a cargo do monarca, da Igreja e das municipalidades. Os novos conhecimentos anátomo-fisiológicos adquiridos a partir desse período, investigados pelos médicos-cirurgiões e impulsionados pela monarquia absolutista, permitiram o surgimento de novas descobertas no campo da obstetrícia. Entre elas, destacaram-se a realização da operação cesariana na mulher com vida, o aperfeiçoamento do fórceps e o entendimento dos mecanismos da parturição. A partir de então, na medida em que os médicos-cirurgiões passaram a adentrar no campo de trabalho das parteiras, observou-se uma organização desses profissionais no sentido de exercer uma pressão para que as mulheres se afastassem da prática obstétrica ou ao menos trabalhassem sob a sua dependência (MELO 1983, *apud* SILVEIRA, 2006 p.21).

Conforme demonstra Spink (2010), “em alguns países ocidentais, a exclusão progressiva das mulheres das atividades profissionais de cura assim como das atividades leigas de cura não afetou, inicialmente seu papel como atendente no parto” (SPINK, 2010).

Segundo Gil (1998), “o médico-cirurgião-parteiro só em finais do século XVII, princípios do século XVIII, começa a merecer alguma aceitação por parte de algumas mulheres”. “A *invasão* masculina dessa esfera tão íntima não era bem vista à luz dos preceitos



morais da época, encontrando-se mais presentes nos *casos difíceis*” (BARBAULT, 1990, *apud* GIL, 1998).

A partir do final do século XIX as parteiras perderam o controle da administração do parto. Na Grã-Bretanha, a participação masculina no parto data do século XIII, quando surgiram as corporações de cirurgiões-barbeiros que se reservavam o direito de uso exclusivo de instrumentos cirúrgicos. Os cirurgiões-barbeiros eram chamados quando não havia possibilidade de parto normal, criando assim a base para a diferenciação entre obstetrícia não cirúrgica feminina aplicada aos casos de parto normal e obstetrícia intervencionista masculina invocada em casos de partos difíceis que requeriam técnicas cirúrgicas (OAKLEY, 1976, *apud* SPINK, 2010, P. 181).

De acordo com Spink (2010), “até fins do século XIX, a Obstetrícia não era considerada uma especialidade legítima da medicina”. No entanto, “os avanços teóricos e práticos e o uso de hospitais-maternidade para a prática clínica contribuíram para elevar o *status* dessa atividade” (SPINK, 2010).

“QUANDO O PARTO DEIXOU DE SER NATURAL”: O SURGIMENTO DA OBSTETRÍCIA

Para compreender a história clínica do parto é preciso situar o surgimento da Obstetrícia. Como aponta Santos (2002), “a Obstetrícia deve ser avaliada em seu próprio campo de conhecimento e situada em seu contexto social”.

Segundo Davis-Floyd (*apud* Diniz, 2001), “a transferência do local de parto de casa para o hospital representou a definitiva desritualização doméstica daquilo que em outras sociedades mais “primitivas” foi sempre um processo onerado por superstições e tabus”. Quando, ao contrário, “a transferência do parto para o hospital resultou na mais elaborada proliferação de rituais em torno deste evento fisiológico já vista no mundo cultural humano” (DAVIS-FLOYD *apud* DINIZ, 2001).

A história da Obstetrícia no ocidente é a história da separação. Separou-se o leite, do peito; mães, dos bebês; fetos, das gestações; sexualidade, da procriação; gravidez, da maternidade. E, finalmente, surgiu a imagem do feto como um ser flutuante deixado sozinho, análogo ao homem no espaço, com o cordão umbilical conectado à placenta e a mãe reduzida ao espaço vazio que o circunda (ROTHMAN *apud* SANTOS, 2002, p.113).



A Obstetrícia passa a reivindicar seu papel de resgatadora das mulheres, trazendo uma preocupação humanitária em resolver o problema da parturição sem dor, “revogando assim a sentença de expulsão do Paraíso, iníqua e inverídica, com que há longos séculos a tradição vem amaldiçoando a hora bendita da maternidade” (MAGALHÃES *apud* DINIZ 2005).

Para Diniz (2005), “a mulher passa a ser descrita não mais como culpada que deve expiar, mas como vítima da sua natureza, e o parto, como uma experiência traumática e agressiva tanto para o bebê quanto para a mãe”.

Do ponto de vista da Obstetrícia moderna, é fácil esquecer que a grande maioria dos partos é um evento normal onde bastam os processos naturais. Em algum ponto do processo que resultou na tomada de poder da medicina no parto, o próprio parto sofreu uma redefinição: todo parto passou a ser visto como um risco potencial, dado que qualquer mãe ou bebê pode, durante o processo, desenvolver sinais inesperados de doença. Esta redefinição talvez tenha suas origens na tradição dos parteiros homens de lidar com os partos mais difíceis que requeriam intervenções instrumentais. O resultado final, portanto, é que a gravidez e o parto passaram a ser considerados seguros apenas em retrospecto, abrindo caminho para um estilo de Obstetrícia baseado no parto hospitalar, frequentemente intervencionista, e que raramente leva em conta as implicações sociais e psicológicas do nascimento de uma criança (SPINK, 2010, p. 189).

“A Obstetrícia, enquanto atividade médica masculina reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, leigo ou culto” (DINIZ, 2005). Outra perspectiva, anunciada pelo professor e obstetra Jorge de Rezende, refere-se a esse momento: “Sob o ponto de vista do mecanismo do parto, o feto é o *móvel* ou *objeto*, que percorre o *trajeto* (bacia), impulsionado por um motor (contração uterina)” (REZENDE, 2003, parênteses e grifos do autor). A institucionalização do parto também contribuiu para a sua distorção bio-psico-socio-cultural.

A necessidade de rotinas rígidas - introduzidas inicialmente de modo a tornar o hospital seguro e, mais tarde, como resultado da amalgamação de hospitais criando megainstituições - resultou em práticas que diminuem a autonomia e auto-respeito do paciente. Muitas vezes essas rotinas forçam o isolamento da paciente, afastando o marido e a família e até mesmo o bebê (BREEN, 1978 *apud* SPINK, 2010, p. 192).

Nesse sentido, os questionamentos acerca dessas práticas citadas acima deram início ao movimento denominado “Humanização”. Para Wertz e Wertz, *apud* Dias (2006), “por volta de 1940 começava a aparecer um desafio ao modelo médico de dominação do parto”.



Este desafio “era feito por pessoas que defendiam o “parto natural” e que consideravam seguro acreditar mais na natureza e menos nas tecnologias médicas” (DIAS, 2006, p.09).

“O NASCIMENTO DO PARTO HUMANIZADO”: UMA HISTÓRIA SENDO ESCRITA

É arriscado delimitar quando se iniciou a humanização da assistência ao parto, pois o próprio termo “humanização” pode apresentar variados significados. Diniz (2005) corrobora que “o termo “humanizar” é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos”.

A humanização ainda se consolida como um *conceito* que geralmente é utilizado para designar uma forma de cuidar mais atenta, tanto para os direitos de cidadania, quanto para as questões intersubjetivas entre pacientes e profissionais (DIAS, 2006, pg. 08, grifo do autor).

Segundo Diniz (2005), “a *humanização* da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante desse sofrimento”. A partir desta compreensão iniciaremos o percurso desse movimento que envolve diferentes segmentos da sociedade.

O envolvimento desses atores sociais engloba setores não-governamentais e governamentais, profissionais diversos como enfermeiras, médicos, gineco-obstetras e pediatras, obstetrites, administradores de serviços públicos e privados, seguros e planos de saúde, usuárias dos serviços e seus acompanhantes. Enfim, “temos na cena um amplo leque de reações a essas propostas de mudança na assistência, positivas ou negativas” (DINIZ, 2001).

Diniz (2001) afirma que “a discussão sobre humanização é de algum modo uma versão brasileira ou latino-americana de um movimento chamado “gentle birth”, “respectful birth”, de países de língua inglesa e refere-se ao cuidado na relação pessoal”.

Convém apresentar alguns métodos referentes à assistência ao parto, desenvolvidos entre as décadas de 50 e 80, que se tornam marcos fundamentais para contemplar a história da humanização. Destacam-se: Dick-Read, Lamaze e Vellay com o parto psicoprofilático; Bradley (“husband-coached birth”), que já trazia na década de 60 o papel crucial do pai como acompanhante e do nascimento como evento familiar; Balaskas e a abordagem centrada no



parto ativo; Leboyer que preconizou um parto não-violento com o bebê; Odent e sua anti-obstetrícia, dentre outros.

Segundo Diniz (2001), “essas abordagens trazem críticas relativas ao modelo tecnocrático de assistência ao parto, seja à falta de respeito, seja ao papel passivo que atribuem à parturiente, ou mesmo ao isolamento a que a mulher é submetida”.

Convém particularizar a contribuição de algumas dessas abordagens. Vellay, principal discípulo de Lamaze, em seu livro intitulado “Parto sem dor”, descreve como esse método pode auxiliar as parturientes a não sentir dor durante o trabalho de parto, através dos reflexos condicionados. “A profilaxia é uma analgesia por meio da palavra que difere das outras analgesias por utilizar essencialmente a palavra como agente terapêutico” (VELLAY, 1980).

O método citado fundamenta-se nos pressupostos de Dick-Read, em 1933, sobre o ciclo medo-tensão-dor. “Acredita-se que, rompendo-se a relação entre estes três elementos, o parto voltaria às suas primitivas características naturais” (VELLAY, 1980). Lamaze, a partir de 1954, difundiu o método no ocidente. Segundo José Knoplich (1980), “o método de Read e o método psicofilático tendem a se fundir na prática”.

Frédéric Leboyer, médico francês, através do seu clássico “Nascer sorrindo”, em 1974, advogou que “o recém-nascido sente tudo”. Mas, mais que isso, que “as sensações do nascimento tornam-se ainda mais fortes pelo contraste com o que foi vivido antes, visto que os sentidos funcionavam bem antes de a criança estar entre nós” (LEBOYER, 2004). Nesse sentido, Leboyer iniciou um movimento para que o parto se tornasse um acontecimento sem violência para o bebê, ou seja, com menos fatores externos agressivos.

Leboyer (2004) aponta cuidados para que o período do nascimento não seja vivenciado com horror : “iluminação amena, silêncio, respeitar o ritmo do bebê, colocá-lo prontamente sobre o ventre materno e conservar o cordão umbilical intacto enquanto pulsar são alguns dos componentes imprescindíveis para criar a atmosfera desejada”.

A partir destas novas informações, “surgidas de questionamentos acerca da assistência hegemônica ao parto, com a introdução de novos elementos e formas de se conduzir o trabalho de parto, nasce o movimento do parto humanizado” (DINIZ, 2005).

De acordo com a autora supracitada, “há cerca de vinte e cinco anos inicia-se um movimento internacional que busca priorizar a qualidade da interação entre parturiente e seus cuidadores, e a *des-incorporação* de tecnologia danosa, movimento batizado no Brasil de *humanização do parto*” (DINIZ, 2005).



Na década de oitenta, “a discussão sobre os modelos de assistência leva à distinção entre o modelo baseado na parteira, ou holístico, e o modelo médico, ou tecnocrático” (BWHBC, 1998; Davis-Floyd, 1993 *apud* Diniz, 2001).

Diniz (2001) conclui que “atualmente a discussão sobre humanização tem ocupado espaço relevante no cenário internacional, destacando-se, em 2000, a Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento”, ocorrido em Fortaleza e apoiada por instituições como UNICEF e FNUAP (Fundos das Nações Unidas para Infância e para Assuntos de População).

Em 2010 foi realizada em Brasília - DF a III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, que objetivou dar visibilidade ao muito que vem sendo feito para tornar “o parto e o nascimento experiências fortalecedoras para a mulher e sua (seu) recém-nascida (o), retirando dessa vivência a conotação de momento de grande sofrimento” (SANTOS, 2010).

Segundo Rattner (2010), presidente da III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento, “a proposta de Humanização do Parto e Nascimento é atualmente Política de Estado do Governo Federal” e possui dentre seus objetivos: a “redução da morbimortalidade materna e perinatal, a redução dos índices de cesarianas desnecessárias, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e a humanização da assistência ao pré-natal, parto, pós-parto”.

METODOLOGIA

Caminho científico

Este artigo aproxima-se a um modelo de ciência que, assim como Demo (2004), também considera “uma visão diferente de ciência, compreendida não mais como estoque de conhecimentos, mas como processo de inovação permanente, onde, mais que resultados inovadores, trata-se de estabelecer o processo de inovação permanente” através do questionamento crítico e criativo, com vistas a uma forma mais competente de intervenção. Portanto, como aponta Minayo (1995), “a cientificidade deve ser pensada como uma ideia reguladora de alta abstração e não como sinônimo de modelos e normas a serem seguidos”.

A partir desse princípio, este estudo faz parte da pesquisa social, a qual “está interessada na maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre o que é



importante para elas e como elas pensam suas ações e as dos outros” (BAUER; GASKELL, 2007). Segundo Minayo (1995), “o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, sendo a realidade social o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante”. Desse modo, este artigo apresenta um perfil essencialmente qualitativo.

Utilizamos a entrevista qualitativa semi-estruturada para alcançarmos maior êxito com os objetivos, visto que “este tipo de entrevista colabora muito na investigação dos aspectos afetivos e valorativos dos informantes que, dessa forma, assinalam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos” (BONI; QUARESMA, 2005).

Conforme os autores citados acima, “as respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade para a pesquisa”.

No que se refere ao problema central desta pesquisa, para identificar os sentidos atribuídos ao parto humanizado pelas mulheres que passaram por esta experiência, recorreremos à análise de discurso. Escolhemos este método de análise, pois “rejeitamos a noção de que a linguagem é um meio neutro de refletir, ou descrever o mundo, e temos convicção da importância central do discurso na construção da vida social” (GILL, 2007). Assim, todo discurso é visto como prática social e a linguagem, desta forma, não é vista como mero epifenômeno, mas como uma prática em si mesma.

Ao analisar as práticas discursivas como produção de sentido, SPINK (1994) afirma que “a apreensão de diferentes narrativas implica em ter familiaridade com a diversidade própria ao imaginário social sobre os objetos que são foco dos processos de significação”.

Segundo Gill (2007), “os analistas de discurso devem também estar sensíveis àquilo que não é dito, aos silêncios, porque senão não seremos capazes de ver a versão alternativa dos acontecimentos”.

Procedimentos da pesquisa

Tivemos contato com a ficha de cadastro de todas as mulheres que passaram pelo Projeto Parto Humanizado⁴ através da sua coordenadora, Prof^a. Dr^a Melania Amorim. A partir

⁴ O Projeto Parto Humanizado existe em Campina Grande desde 2007 e já atendeu em média 204 parturientes, somando um total aproximado de 208 nascimentos. Iniciou-se no ISEA (Instituto de Saúde Elpídio de Almeida) e funcionou também na FAP (Fundação Assistencial da Paraíba), ambas as instituições são públicas.



daquela ficha, iniciamos o processo de filtrar as possíveis entrevistadas, separando aquelas que atendiam ao perfil da pesquisa: ser de maior idade, moradora da cidade de Campina Grande- PB e que já tivesse passado também pela experiência de pelo menos um parto dentro do modelo tradicional, sendo, portanto, múltipara.

Após essa seleção, fomos a campo guiados por uma lista de endereços, que, em sua maioria, não possuíam referência, dificultando bastante a nossa busca. Esse processo durou pouco mais de um mês, pois algumas residências localizavam-se em lugares de difícil acesso e em pontos extremos da cidade.

O número de entrevistadas foi delimitado a partir dos critérios de acessibilidade. A participação voluntária dos sujeitos na pesquisa foi confirmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização das entrevistas. Como forma complementar de registro de dados, fizemos uso do diário de campo, que, segundo Cruz Neto (1995), é um instrumento ao qual recorremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando.

Caracterização das entrevistadas

Entrevistamos treze mulheres, residentes em Campina Grande, com idade variando entre 23 e 37 anos. Todas têm mais de um filho e optaram por ser entrevistadas em sua própria residência. Do total das entrevistadas, apenas uma possui Nível Técnico e as outras possuem Fundamental Incompleto. Três das entrevistadas trabalham fora de casa, como domésticas, nove trabalham em seu próprio lar, como donas-de-casa, e uma é técnica em Radiologia.

Com relação à Naturalidade, oito das mulheres entrevistadas nasceram em Campina Grande-Pb, duas nasceram em cidades do interior de Pernambuco e três nasceram em outras cidades do interior da Paraíba.

Coleta e análise dos dados

Após aceitarem o convite de participar da pesquisa, solicitamos que as futuras entrevistadas assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida



realizamos as entrevistas, guiados por um roteiro de entrevista semi-estruturada (VIDE APÊNDICE), que foram gravadas em aparelho digital e transcritas também digitalmente.

Na próxima etapa, após uma leitura geral de todas as transcrições, iniciamos um processo analítico, no qual todas as entrevistas foram relidas exaustivamente, com o objetivo de identificar os núcleos de sentido sobre os quais iríamos nos debruçar, para atingir aos objetivos desta pesquisa. Trabalhamos com categoria a fim de agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (GOMES, 1995). Assim, após minuciosa categorização, apreendemos a análise das referidas categorias, tomando por base os pressupostos teóricos sugeridos por Spink (1994) citados anteriormente, no tocante à produção de sentido e análise de discurso.

Com objetivo de garantir o anonimato das mulheres, utilizamos nomes fictícios nos relatos presentes nas discussões dos resultados. Pesquisa aprovada no Comitê de Ética (CAAE - 0345.0.133.000-10).

Resultados e discussões. Sentidos positivos relacionados ao Parto Humanizado

De acordo com Jones (2012), parto humanizado é “um modelo de atenção sustentado em três pilares quais sejam restituição do protagonismo à mulher, a visão integrativa ou biopsicossocial do evento e a forte vinculação com a Medicina Baseada em Evidências (MBE)”.

Jones (2012) nos explica que o protagonismo das mulheres é percebido como fundamental visto que a partir dele deixamos de lado uma suposta tutela sob a qual a mulher é entendida como incapaz e, conseqüentemente, submissa. A visão integrativa diz respeito à ampliação da percepção do parto como um evento humano e não apenas biológico e, assim, os aspectos emocionais, psicológicos, afetivos, sociais, culturais e espirituais também são igualmente reconhecidos e valorizados durante o parto, sendo suas necessidades atendidas em todos esses aspectos citados. Por fim, a vinculação com a Medicina Baseada em Evidências deixa claro que o Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento não está relacionada a um misticismo, magia ou pressupostos fantasiosos, mas que, ao contrário disso, está pautado em evidências científicas, ou seja, evidências resultantes de inúmeras pesquisas já realizadas que apontam os efeitos deletérios que alguns procedimentos de rotina causam no binômio mãe-bebê, além de não haver efetividade em seus usos rotineiros.



Dentro desse modelo, “as mulheres podem livremente escolher a posição para parir, seu acompanhante, o local, suas roupas, suas tradições e suas inúmeras vontades” (JONES, 2012).

A Humanização do Nascimento vem trazer a síntese entre as conquistas recentes da ciência, que nos oferecem segurança, com as forças evolutivas e adaptativas dos milênios que nos antecederam. Esta releitura do nascimento humano se faz necessária para acomodar as necessidades afetivas, psicológicas e espirituais das mulheres e seus filhos com as conquistas que o conhecimento nos trouxe através da aquisição crescente de tecnologia. (JONES, 2012, p. 32).

Segundo Jones (2012), precisa ser oferecido às parturientes o “suporte afetivo, emocional e espiritual que foi a marca de nossa ancestralidade”, e aquilo que nos define como ‘humanos’, que é a “capacidade de cuidar dos semelhantes” (BOFF apud JONES 2012)”.

Na presente pesquisa observamos diferenciados aspectos positivos relacionados à assistência humanizada, dentre eles: presença constante da equipe profissional e/ou estagiários, atenção e cuidados dispensados, ajuda e apoio nos momentos de desconforto, música durante o trabalho de parto, exercícios opcionais para aliviar as dores e/ou facilitar a saída do bebê, registro do momento de nascimento através de fotografias e/ou vídeos e, também, pequenos atos praticados pela equipe de cuidadores, tais como segurar a mão e alisar o cabelo.

“Mulheres valorizam conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, além de um cuidado fornecido por um número pequeno de profissionais, que reconheçam as suas necessidades” (MURRAY; WILCOCK; KOBAYASHI, 1996 *apud* DOMINGUES, 2004). A seguir, encontram-se os aspectos positivos mais frequentemente relatados pelas entrevistadas organizados em subcategorias.

Atendimento/Assistência da equipe

O nascimento do filho pode representar “uma experiência estressante para a mulher, companheiros e membros da família e, por isso, o apoio da equipe de saúde pode ajudar a atenuar o estresse emocional e o desconforto físico durante esse período” (WOLFF, 2004).

Cada parturiente responde à dor de um modo particular e a assistência da equipe pode ajudar a reduzir a percepção dolorosa. Maria da Glória em seu depoimento informa que o parto humanizado é “*totalmente diferente do tradicional*” e ela atribui essa distinção a aspectos relacionados ao atendimento prestado pela equipe durante o seu trabalho de parto:



“Uma assistência muito boa, a equipe toda em cima, os estagiários... Eu acho assim que você ser atendida por estagiário é melhor do que por profissionais. Porque eu acho assim, que por eles tá aprendendo ali né? Eles tem mais humanização do que quem já está acostumado com aquilo no dia-a-dia. Então, assim... eu tive uma médica excelente que cuidou de mim, os estagiários, os meninos tudim depois ia no quarto visitar você, durante o parto mesmo era a maior atenção, pega na mão, o som ambiente na sala... É totalmente diferente do tradicional...”. Maria da Glória

“O atendimento que foi ótimo. O atendimento do humanizado foi melhor.”. Maria de Lourdes

“Me deram muita assistência. Eu gostei muito da médica... dos meninos que tava lá... todo mundo! Deram muita assistência.”. Maria Clara

“A assistência do humanizado foi melhor, né? Porque tinha as meninas lá, deram mais assistência...”. Maria Aparecida

“O relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para sua satisfação” (GREEN; COUPLAND; KITZINGER, 1998 *apud* DOMINGUES, 2004, p.59). Como podemos perceber nos relatos de Maria da Glória e Maria de Fátima:

“Se fosse pra mim ter os filho *tudinho* de novo eu ia torcer pra cair no dia do humanizado porque é muito bom, realmente a assistência é muito boa.”. Maria da Glória

“Porque tudo do humanizado foi melhor. Tudo, tudo! Tudo do último foi melhor, todo atendimento do último foi melhor.”. Maria de Fátima

Segundo expressões de Moura (1997, *apud* WOLFF, 2004), “reforçar o momento da atenção à cliente é ocasião de se proporcionar uma interação especialmente rica de informações, nem todas expressas verbalmente”. Algumas entrevistadas destacam a satisfação com a equipe, que lhes ofereceu atenção durante o trabalho de parto:

“Eu gostei de todo mundo, gostei da doutora... gostei do atendimento, de *tudinho*, gostei muito da assistência.”. Maria Tereza

“O pessoal que tava lá na hora muito bacana, muito atencioso.”. Maria Clara

“Eu gostei mais do humanizado, porque eles me deram muita assistência, me ajudaram muito no que puderam, fizeram tudo que puderam por mim até eu ter ele.”. Maria Benvinda



Um número grande de entrevistadas indicou em seus depoimentos muita satisfação por terem sido acompanhadas pelos mesmos profissionais desde a entrada na maternidade até o momento da alta hospitalar:

“Até quando você sobe lá pra cima pro repouso eles vão lá olhar como é que você tá... é muito bom. Uma assistência muito boa (...) foi... foi essa assistência que eu não tive nos outros...”. Maria da Glória

“E eu achei totalmente diferente o humanizado porque a assistência... até o dia de você sair do hospital, a assistência é a do mesmo jeito do dia que você entrou. Eu sinto saudade daquela assistência, ficou marcado pro resto da vida.”. Maria da Glória

“Ótimo! Ótimo mesmo... gostei demais, porque o atendimento foi nota dez. Eu gostei de tudo, eles me atendeu do início até o fim. Eu gostei de tudo, do exercício... o que foi mais? Eles verificava direto a pressão da gente.”. Maria de Fátima

“Eu gostei mais por conta de que ficou só a médica, né? Quer dizer, tem também as meninas pra ajudar né? Mas só tem aquela médica que faz o toque, ela ajuda muito, as meninas também. Dá muita assistência ela a gente, porque eu demorei muito ter ele, mas ela sempre ficou comigo, ficou comigo da hora que eu cheguei até a hora que eu sai, elas fizeram massagem, elas me ajudaram em tudo que elas puderam lá. Eu gostei muito e todo canto que eu chego eu comento que foi muito bom.”. Maria Benvinda

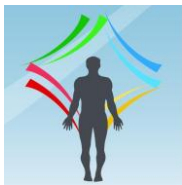
Companhia

Cranley *et al* (1983) estudaram a percepção e satisfação das mulheres sujeitas a diferentes tipos de parto (FIGUEIREDO; COSTA; PACHECO, 2002). Este estudo evidencia que a satisfação com o parto depende da conjugação de diversos fatores, mas principalmente da presença de suporte emocional durante o parto, pois as mulheres que foram acompanhadas por uma pessoa significativa têm uma percepção mais positiva da experiência de parto do que as que estiveram sozinhas:

“(...) gostei mais por isso, mais pelo acompanhante, porque a pessoa podia ficar com acompanhante, além de ficar a estagiária acompanhando a pessoa tinha a opção de ficar com acompanhante da família também né? Se quisesse...”. Maria Tereza

“Eu gostei, achei bom, gostei porque fica uma menina acompanhando a gente, conversa com a gente, a gente não fica só.”. Maria Tereza

“É melhor, pelo menos a pessoa não fica lá só. Porque pelo menos a pessoa fica acompanhado.”. Maria Antônio



Segundo Jones (2012), “não é de nossa natureza social ou psicológica afastarmos-nos dos outros durante esse momento do parto, afirmando inclusive que seria uma violência contra a nossa estrutura emocional”.

Atenção/Cuidado/Confiança

De acordo com Brasil (2001), “a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar”. A equipe de saúde em obstetrícia deve estar “preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, com isso facilitando a criação de um vínculo mais profundo com a gestante, transmitindo-lhe confiança e tranquilidade” (BRASIL, 2001).

Sabe-se que “a confiança e a tranquilidade são fatores que podem influenciar no desencadeamento do processo de parturição” (WOLFF, 2004). Nesse sentido, devido ao cuidado e atenção dispensados às entrevistadas, alguns relatos revelam que as experiências do parto humanizado foram lembradas de forma positiva:

“Foi muito mais melhor. Teve muita mais atenção...”. Maria de Lourdes

“Porque eu nem senti dor, num instante eu tive e elas conversando, acalmando...aí eu achei melhor o som. Eu achei melhor do que o primeiro.”. Maria Gorete

Houve emoção em algumas falas, quando as entrevistadas se lembraram da qualidade no atendimento da assistência humanizada:

“Chega os olho enche d’água...porque quando você é bem tratada... Foi bem tratada! Gostei muito.”. Maria de Lourdes

O fato da assistência humanizada ao parto incentivar a assistência integral e permanente à parturiente indica favorecer o estabelecimento de um vínculo de confiança entre a mesma e o profissional ou estagiário e isso desencadeia um trabalho de parto mais agradável e menos doloroso. Sentir-se cuidada e confortada no processo de parto proporciona segurança, por isso “se torna importante que a parturiente confie na equipe de saúde e que perceba sintonia entre todos e a intenção de estar proporcionando um trabalho de parto tranquilo e



seguro, respeitando o ritmo e tempo de cada mulher” (Diniz, 2004, *apud* CARRARO *et al* 2008).

A seguir alguns depoimentos que ressaltam a confiança advinda do cuidado destinado à parturiente pela equipe:

“Porque ali você sente confiança né? Naquela pessoa que tá próxima a você. Por mais que essa pessoa... assim, se ela não fosse estagiário, não soubesse fazer nada ali, mas só dela tá ali perto de você, ela já tá passando uma certa confiança.”. Maria da Glória

“Eu gostei de tudo, das meninas, do som, de uma menina que dava massagem nas minhas costas, outra alisava meu cabelo, aí *tudinho* ajudava a passar a dor, umas conversava.”. Maria Gorete

“Mas elas só saíram de lá quando eu tive ele, elas fizeram o que puderam por mim.”. Maria Benvinda

“E a equipe também muito boa conversando, um alívio, uma alisava meu cabelo, outra dava massagem nas minhas costas, e as outras conversava, bem animado! Eu gostei... a pessoa esquece a dor. Foi bom!”. Maria Gorete

“(...) gostei dos estudantes, dos estagiários que fica lá conversando com a pessoa. Isso deixa a pessoa mais tranquila.”. Maria Antônia

O cuidado recebido durante o trabalho de parto aparece como ponto central no que se refere à satisfação com o parto humanizado. No cuidado à mulher considera-se que “a comunicação terapêutica entre os profissionais e a parturiente – que tem qualidade curativa ou benéfica – ocorre quando há conforto, apoio, confiança, segurança física e emocional”. (CARRARO *et al* 2008).

“Elas me atenderam super bem, porque quando eu cheguei elas perguntaram se eu era do projeto, olhou lá que eu estava e eu tava com dores porque a bebe tava nascendo, começaram a fazer massagem, ainda passei um minutinho na bola.”. Maria José

Relação médico-paciente

King (1975) *apud* Dias (2006) elucida que, “com a utilização cada vez maior das máquinas, a prática médica teria se distanciado da pessoa e a relação médico-paciente se modificou no turbilhão de exames realizados”. A humanização, por sua vez, é “a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre paciente



e profissionais de saúde” (VAITSMAN; ANDRADE, 2005, *apud* DIAS, 2006). Nesse sentido, Maria da Glória ressaltou a relação estabelecida com a médica que a assistiu durante o trabalho de parto e pós-parto, como fator bastante positivo:

“Com certeza a assistência, porque (...) quando eu cheguei lá que eu encontrei a médica na sala muito atenciosa, nem parecia a médica né? parecia uma pessoa comum, sentou na cama e conversando com você normal...”. Maria da Glória

Caprara e Franco (1999) *apud* Dias (2006) refletem como atualmente a relação “médico-paciente tem sido focalizada como um aspecto-chave para a melhora da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personificação da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação”.

Atividades realizadas/permitidas durante o trabalho de parto

Estudos revelaram que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em livre movimento durante o trabalho de parto, porque “o útero contrai-se muito mais eficazmente, nesse caso a dor é menor, o fluxo sanguíneo que chega ao filho através da placenta é mais abundante e o trabalho de parto é mais curto” (KITZINGER *et al*, *apud* MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2007). Nesse sentido, algumas mulheres entrevistadas relataram que os exercícios, as caminhadas e as massagens as ajudaram durante o trabalho de parto e apontam esses fatores como positivos:

“E o humanizado ... ele.. é.. elas nos proporciona vários exercícios né? Como caminhadas, massagem, essa bola que elas coloca pra gente ficar sentada pra dilatar mais rápido...”. Maria Clara

“Teve aquelas massagens de bola, tinha sempre uma pessoa comigo lá... foi ótimo, gostei muito!”. Maria de Lourdes

“(...) tinha aquelas massagem com a bola pra aliviar as dores... tinha um bocado de coisa... gostei bastante do humanizado.”. Maria de Lourdes

“Pelos atividades com a bola, pra aliviar as dores...”. Maria de Lourdes

“(...) fazendo massagem, aí num instante ele desceu, aí me levaram aí eu tive. Pronto! Esse aí foi bom, esse foi melhor! Porque tinha as meninas lá...”. Maria Aparecida

“O humanizado foi mais rápido, porque ele eu tive mais rápido. Foi mais fácil, porque a menina me ajudou né? Dando massagem...”. Maria do Socorro



“Fazia massagem, tudo que eu precisei eles... sei lá nem tem o que dizer mais... porque eu gostei muito!”. Maria de Fátima

“Eu gostei mais da menina (humanizado), porque... a gente não faz muita força e não se cansa muito.”. Maria Gorete

Outros autores também mostram que a liberdade de movimentação e de deambulação da parturiente e que “a escolha de posição em todo o desenrolar do trabalho de parto são formas de cuidado que provavelmente são benéficas à parturiente e que deveriam ser encorajadas” (PIOTROWSKI, 2000; SABATINO, 1996 *apud* MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2007).

Robertson, 2000, *apud* Mamede, Almeida e Clapis, 2007, recomenda que “se deve encorajar a parturiente a se movimentar até que ela encontre um espaço físico e uma posição que melhor lhe convenha e lhe conforte”.

Registro do parto através de fotos e/ou vídeos

O Projeto Parto Humanizado de Campina Grande, oferece às parturientes a oportunidade de ter registrado todo o seu parto, desde que desejem e aceitem legalmente, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, Maria Clara referiu-se a este momento com bastante emoção:

“(...) as meninas do parto humanizado que tava lá na hora que eu tive meu menino, chegaram lá com as fotos da hora que meu bebê tinha nascido ainda sujo de sangue... Eu me emocionei e tudo, vendo as fotos lá na hora.”. Maria Clara

Maria de Lourdes e Maria Auxiliadora também recordaram dos registros:

“Foi gravado, o parto foi gravado. Gostei muito.”. Maria de Lourdes

“Uma ficava tirando foto (...) minha irmã também pode assistir o parto, tem até foto com ela.”. Maria Auxiliadora

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo é também uma defesa. Defesa de um movimento que sofre muita perseguição e preconceito por estar construindo algo tão complexo como uma mudança de



paradigma. A Humanização do Nascimento, à Humanização do Cuidado em Saúde, à Humanização dos profissionais e à Humanização das próprias parturientes, que, aos poucos, foram perdendo o seu papel principal nesse momento e, ao deixarem de protagonizar essa cena, permitiram que o médico o fizesse, é um dos pilares que constituem esse quadro de mudança.

Mudança no modo de ver, de fazer, de sentir e de falar. É uma grande mudança que mesmo para quem está dentro da luta, dentro do movimento ainda é difícil encontrar meios de sensibilizar a sociedade para a importância dessa transformação. Há uma realidade triste e por vezes bastante cruel, mas infelizmente nada distante da maioria das mulheres em nosso país: maus tratos e violência no momento talvez mais especial das suas vidas: o nascimento dos seus filhos. Pesquisas demonstram a insatisfação dessas mulheres, que menos pela dor do parto em si, sofrem por dores da falta de dignidade, respeito e atenção nessa hora.

Vale destacar que esta pesquisa revelou algo que experiências⁵ vivenciadas pela pesquisadora já sinalizavam: descontentamento das mulheres com o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Nossos resultados se aproximam de outras pesquisas realizadas nesse âmbito, indicando que a atenção ao parto em algumas unidades de Saúde do SUS tem negligenciado as orientações da OMS (Organização Mundial da Saúde). Nesse sentido, aponta-se a necessidade de modificar o modelo obstétrico em vigor, transcendendo de um modelo em que os interesses institucionais sobressaem-se às necessidades bio-socio-psicológicas das parturientes para um modelo no qual as parturientes sejam “empoderadas”, ativas e respeitadas.

Acreditamos que a evolução tecnológica da Obstetrícia acarretou em uma sofisticação que terminou por dissociar aspectos físicos, sociais e emocionais no atendimento clínico e esta dissociação presente na rotina obstétrica hegemônica não satisfaz às necessidades psicológicas da mãe e dos familiares.

Assim, esperamos poder levantar reflexões sobre a humanização do cuidado na parturição e a necessidade dos profissionais de saúde, acadêmicos dos diversos cursos da área de saúde e da sociedade pensarem sobre como estão nascendo as “nossas crianças”, o “nosso futuro”, pois disso depende a nossa formação enquanto “seres humanos”.

⁵ Experiência do meu parto, experiência do Estágio Curricular em Maternidade Pública de Campina Grande-PB como estagiária de Psicologia e experiência como doula comunitária voluntária em uma Maternidade Pública de João Pessoa-PB.



Ao concordar com Odent (1981), quando afirma que “para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”, nós acreditamos que esta pesquisa, dentro dos limites de um texto que apenas introduz a questão referente à humanização da assistência ao parto, se caracteriza como importante contribuição nas vozes das mulheres para a Academia e para a sociedade, falando o que sentiram nesse momento através da repercussão de uma assistência mais digna, respeitosa e atenciosa.

Por fim, registramos que este trabalho configura-se também como oportunidade de algumas mulheres poderem falar, lembrar, relembrar e, principalmente, denunciar, aspectos relacionados à vivência dos seus partos, visto que em alguns relatos percebemos, em suas vozes, o tom de desabafo misturado com indignação. Vozes essas que, infelizmente, ainda representam a maior parte das mulheres deste país.

REFERÊNCIAS

BAUER, M. W. ; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som-** um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar:** como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 02, nº1, 2005. Disponível em: www.emtese.ufsc.br Acesso em: agosto 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como ajudar as mães a amamentar.** Brasília, 2001.

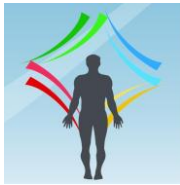
BRENES, A. C. **História da Parturição no Brasil, século XIX.** Cadernos de Saúde Pública, Vol. 07, nº 02. Rio de Janeiro, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo> Acesso em: julho 2010.

CARRARO, T. E. **O Papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf> Acesso em: Novembro de 2010

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: MINAYO, M.C.S.(Org.) Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 4. ed. Petrópolis: Vozes,1995, p. 51-66.

DANTAS, B. G. **Os índios em Sergipe.** In: DINIZ, D. (coord.) Textos para História de Sergipe. Aracaju: Banese, 1996.

DEMO, P. **Pesquisa e Construção de Conhecimento.** Rio de Janeiro, RJ: Tempo Brasileiro, 2004.



DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese apresentada ao Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF-FIOCRUZ, 2006.

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.10 nº 3 Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php Acesso: julho 2010.

_____. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2001.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2004000700006&script=sci_arttext Acesso em: Novembro de 2010.

FIGUEIREDO, B.; COSTA, R.; PACHECO, A. **Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação**. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a04.pdf> Acesso em: Novembro de 2010.

GASKELL, G. **Entrevistas Individuais e Grupais**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som- um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GIL, M. J. **Dar sem (se) perder**. *Análise Psicológica*, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a05.pdf>. Acesso em: Agosto de 2010.

GILL, R. *Análise de discurso*. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som- um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GOMES, R. *A análise de dados em pesquisa qualitativa*. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 4ª edição. Petrópolis: Vozes, 1995.

JONES, R. **Memórias do homem de vidro**: Reminiscências de um obstetra humanista- 3ªed.- Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012.

_____. **Entre as Orelhas**: Histórias de Parto. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012.

LEBOYER, F. **Nascer sorrindo**. São Paulo, SP: Editora Brasiliense, 2004.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; SOUZA, L. **A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação**. *Revista Latino-americana de Enfermagem* 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: Novembro de 2010.



MOTA, R. A. **Papel dos profissionais da saúde na política de humanização hospitalar.** Psicologia em Estudo, Vol. 11, nº 02, Maringá, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: julho 2010.

MOTT, M. L. **Parto.** Revista Estudos Feministas, Vol. 10, nº 2, Florianópolis, 2002. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php Acesso em: julho 2010.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico:** mudar a vida, mudar o nascimento: o instinto reencontrado. São Paulo: TAO Editorial, 1981.

PRADO JUNIOR, P. P. **Da concepção ao nascimento: práticas educativas na assistência à mulher no período gravídico e puerperal.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Centro Universitário Plínio Leite- Niterói- RJ, 2008.

RATTNER, D. **III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento.** 2010. In: <http://www.conferenciarehuna2010.com.br/apresentacao/index.php>

REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento-** um modelo teórico. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. 2002. Disponível em: www.tede.ufsc.br/teses/PSPB0044.pdf Acesso: junho 2010.

_____. **III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento.** 2010. Disponível em: <http://www.conferenciarehuna2010.com.br/apresentacao/index.php> Acesso em: Novembro de 2010.

SILVEIRA, Sandra Cristina. **A assistência ao parto na maternidade: Representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde** – Práticas, saberes e sentidos. 7ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2010.

_____. **Práticas Discursivas de Produção de Sentido:** apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901994000200008&script=sci_arttext Acesso em: Novembro de 2010.

VELLAY, P. **Parto sem dor.** 4ª edição. São Paulo: Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A. (IBRASA), 1980.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. **Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf> Acesso em: Novembro de 2010.



A Condição Humana: olhares da espiritualidade, educação, saúde e tecnologia.
ISBN: 978-85-65430-11-1 – Instituto de Formação Humana

27

WOLFF, L. R. **Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto.** Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.