

PERCEÇÃO DAS MULHERES SOBRE ASSISTÊNCIA E VIVÊNCIA DO PARTO

Rebeka Pessoa de Almeida¹ (✉ re.pessoa.almeida@gmail.com), Carolina Mastelini Amorim Miyazaki¹, Silvia Nogueira Cordeiro¹

¹ Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil

O ciclo gravídico puerperal é caracterizado como um período de transição existencial na vida da mulher em que é possível ocorrer significativas reorganizações psíquicas, visto como momento delicado para a saúde mental em que há um aumento da probabilidade de conteúdos inconscientes se tornarem conscientes e do aparecimento de transtornos psíquicos, tal como a depressão pré-natal e depressão pós parto que podem desencadear adversidades no desenvolvimento da gestação, parto e puerpério, bem como prejudicar o vínculo entre mãe e o bebê. É considerado um marco no desenvolvimento humano e pode se prolongar para além do parto visto que a mulher continuará com as tarefas de elaborar a experiência do nascimento, formar vínculo com a criança e adaptar às transformações psíquicas (Klaus & Kennell, 1992; Maldonado, 2004).

Ao longo da história alguns aspectos ligados a mulher sofreram transformações, tal como sua posição social, a maternidade, a fecundidade e questões ligadas à assistência ao parto, antes considerado como um evento natural, fisiológico, no qual a mulher era a protagonista, conduzido e auxiliado por parteiras ou por mulheres de um mesmo grupo populacional. O parto deixou então de ser uma experiência privada e protagonizada pela mulher e foi transformado pela medicina em um evento patológico no qual há a necessidade de intervenção médica e ou cirúrgica, institucionalizado no ambiente hospitalar (Crizóstomoet al., 2007; Maldonado, 1997).

Com o desenvolvimento da industrialização e em técnicas em medicina, a mulher ao engravidar passou a ser submetida a métodos intervencionistas, muitas vezes marcados por excesso de procedimentos médicos,

medicamentoso ou cirúrgico, que priorizam aspectos biológicos deste período e desconsideram as questões afetivas, emocionais e sociais da mulher. Embora tais progressos tenham sido significativos para a diminuição das taxas de mortalidade materna e fetal, beneficiando partos de alto risco em sua maioria, muitas vezes, a assistência baseada na tecnologia, é desenvolvida de forma mecanizada, desumanizada e com o uso excessivo de práticas consideradas desnecessárias, que podem repercutir em fatores de estresse materno, impotência frente à situação a ser enfrentada e oscilações em sua autoconfiança (Gaíva & Tavares, 2002).

Em direção a transfigurar o quadro de atendimentos em Obstetrícia centrados somente em intervenções técnicas, a Organização Mundial da Saúde propõe alterações no padrão de assistência ao parto. Com propósito de evitar práticas desfavoráveis à saúde da parturiente e da criança, sugerindo mudanças nos procedimentos considerados excessivamente intervencionistas no trabalho de parto, parto e pós-parto. Esta situação implica em potencializar as ações humanizadoras, o que consiste em respeitar a fisiologia do parto, não intervir desnecessariamente, considerar os aspectos sociais, culturais e emocionais do nascimento, oferecendo suporte à mulher e sua família, sem o intuito de eliminar tais intervenções, mas reduzi-las onde exista necessidade validada através de medidas que estabeleçam atendimentos menos agressivos e mais naturais. Além disso, os espaços de atenção ao parto devem ser seguros e organizados de modo que mulher exerça sua autonomia. (Souza et al., 2012; Tornquist, 2002).

No Brasil, isso se dá por meio do Ministério da Saúde através de portarias ministeriais que incentiva o aperfeiçoamento da assistência obstétrica, com objetivo de estimular os profissionais de saúde a transformarem sua prática em direção a uma relação mais humanizada em que possam encorajar as mulheres a protagonizar seu próprio processo de parto, desmistificando o caráter da gravidez enquanto doença a ser medicalizada (Brasil, Ministério da Saúde, 2001), pois o processo de humanização resgata a noção de que o corpo da mulher, que possui a capacidade de gestar e parir, é um espaço de saber e poder (Tornquist, 2002).

Neste sentido, o presente estudo trata-se de uma proposta para conhecer as percepções de puérperas sobre o atendimento recebido durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato pela Maternidade do Hospital Universitário do Norte do Paraná, localizado na região do sul do Brasil, e conhecer os procedimentos utilizados pelos profissionais da área de obstetrícia na

assistência ao parto, entendidos por estes profissionais como humanização da assistência. Além de ser uma maneira de apurar as mudanças propostas por esta instituição que visa desde 2015 atender as orientações tanto da Organização Mundial da Saúde quanto do Ministério da Saúde de Humanização que priorizam o aspecto humanitário de atenção ao parto e a melhoria da qualidade assistencial. Tais melhorias podem representar avanços no atendimento à maternidade, melhor qualificação de profissionais deste segmento e diminuição de custos para a instituição, bem como maior benefício e satisfação para mãe e bebê.

O trabalho exposto possui caráter de Projeto “Guarda-Chuva”, sendo caracterizado como iniciação científica de graduação, tem como recorte a percepção de mulheres que passaram pela experiência tanto do parto normal quanto do parto via cesariana.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, de caráter descritivo. A população participante é composta por puérperas que passaram por atendimento na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, Brasil.

Os dados da pesquisa ainda são preliminares, pois esta se encontra em andamento no atual momento.

Participantes

Participaram da pesquisa doze puérperas da maternidade, com idade entre vinte e três e trinta e nove anos. Dentre elas, a maioria era casada, sem atividade profissional e com baixa instrução escolar. As mulheres foram abordadas, em média, no terceiro dia após o parto. A experiência relatada no estudo abrangeu tanto nulíparas quanto múltiparas.

As puérperas, quando postas para refletir sobre o seu parto e o momento em que vivem, recorrem em suas falas, principalmente, a temas relacionados à dor do parto, à apreensão em relação à capacidade de dar à luz e à saúde do bebê.

RESULTADOS

A dor do parto

O imaginário popular considera a dor do parto a pior vivenciada pelo ser humano. Tal percepção não é em vão, pois a dor do parto não é apenas física, mas também, circunscrita ao campo social, cultural e psíquico da parturiente. Considerar a dor como um fenômeno composto por essas multifaces supõe a construção de um corpo composto de significados coletivos, que será subjetivamente elaborado. A partir disso, toma-se como exemplo de uma construção sócio-cultural sobre a dor a passagem bíblica – livro da mais imponente religião ocidental, a cristã – em que Deus ratifica o sofrimento do parto e deixa como mensagem à mulher em Gênesis 3:16: “Multiplicarei sobremodo os sofrimentos da sua gravidez; em meio de dores darás à luz filhos”. Agora, elegendo o psíquico como foco, Catão (2011) enuncia que a dor “está ligada a uma ruptura, um extravasamento desorganizador, desestruturante da economia psíquica” (p. 80). Essa ruptura é evidente no parto, pois há a uma disjunção da unidade mãe-bebê, o que gera a angústia da perda, a dor da separação (Rei, Ramírez, & Berlinck, 2014). Pode-se, ainda, exemplificar, por meio do seguinte trecho da famigerada Música Popular Brasileira, “Pedaço de Mim”, a ilustração de como o aspecto cultural também compõe o psíquico e fornece sentido ao parto: “Oh, pedaço de mim, Oh, metade arrancada de mim, leva o vulto teu, que a saudade é o revés do parto” (Buarque, 1978). Nessa frase, também, observa-se as representações que o parto pode ter no imaginário cultural.

No presente estudo, a referência a dor se faz presente na experiência de todas as mulheres. Exemplificado nas seguintes falas:

“DOLORIDO PRA CARAMBA nossa... demais muito muito muito”
(Mulher 7, 2017).

“sofrimento também”... (Mulher 8, 2017).

“muita dor MISERICÓDIA... (risos) o que eu senti? dor... muita”
(Mulher 12, 2017).

Considerando que a dor constitui um fenômeno atravessado pelo psíquico, social e cultural é necessário que o trabalho na saúde tome como

referência todos os atores na cena que envolvem o parto: a mulher, o bebê, sua família e os profissionais (Sarti, 2001). E, então, tecam a trama das relações, de modo a fazer da dor do parto uma experiência com um significado a ser buscado subjetivamente por cada mulher, o que verifica-se faltar na fala de algumas delas:

“muita dor (risos) não tem como explicar, dói” (Mulher 10, 2017).

“ai... foi bem dolorido porque não sabia como que era, não imaginava” (Mulher 11, 2017).

Portanto, ao cuidar do parto deve-se necessariamente, incluir a dor nesse evento, entendendo que ela se constitui simbolicamente, com um significado singular para cada mulher, mesmo quando este ainda não está manifesto na linguagem. Essa concepção pode contribuir para beneficiar a prática do atendimento ao parto.

Apreensão para o parto e saúde do bebê

Constata-se a partir do estudo que as mulheres vivenciam expectativas e sentimentos temerosos em relação ao parto:

“NOSSA... eu imaginava que iria ser meio dolorido meio tenso... que iria ser um dia meio... sei lá... diferente... E FOI” (Mulher12, 2017).

“ah... eu achei que eu não iria conseguir”(Mulher 1, 2017).

“senti que não iria conseguir... foi bem... diferente” (Mulher 4, 2017).

“eu fiquei com medo... fiquei totalmente fragilizada” (Mulher 2, 2017).

Verifica-se que tais sentimentos acima descritos ora representam a preocupação em relação à perda da criança e ao sucesso do parto, nestes termos:

“ah... eu fiquei com medo assim... antes da cirurgia não... mas depois eu fiquei com medo... de perder ele a qualquer momento eu tinha muito medo...” (Mulher 11, 2017).

“medo de não conseguir... de perder ela... achei que não iria ter força para o parto...” (Mulher 2, 2017).

“saber que estava tudo certo com ele... porque a dor passa, é suportável, não?...” (Mulher 3, 2017).

E ora são demonstrados, diretamente, sob a forma de cuidado com a saúde da criança:

“ah eu queria que eles buscassem o diagnóstico da infecção dele logo... para saber o que é e para gente está ciente...”(Mulher 1, 2017)..

“TRISTE PRA CARAMBA COM ISSO... ai coitadinho... porque o problema não é nem ficar aqui mais uma semana... mas a questão é, se tem que ficar mais uma semana é que tem problema... e ele tão pequenininho... tudo eu por ele... é triste” (Mulher 7, 2017).

(enfermeira vem examinar o bebê e fura seu o pezinho) “dói... dói para mim também” (Mulher 6, 2017).

Na visão psicanalítica a mulher toma a criança como um substituto simbólico do falo, ou seja, ela cumpre a função de preencher o falta a ser da mãe, o que tampona a castração materna (Costa & Bonfim, 2014). Compreende-se esses temores que surgem em relação ao parto como consequência da revivenciada angústia da castração, pois no nascimento há a dissolução da fantasia de um bebê ideal e a concretização de um bebê real, que está propenso a todos os males da realidade, sobre os quais a mãe não tem o controle (Labaki, 2007).

Dentro dessa temática da apreensão, além dos aspectos psíquicos já mencionados, também, deve-se considerar todas dimensões, subjetivas ou concretas, que envolvem o parto: as redes de cuidados familiares e sociais que a mulher possui, as condições física e psicológica e a qualidade do suporte profissional de atenção à saúde. Para que, assim, essa questão seja trabalhada com a finalidade de compreender e atenuar as angústias maternas.

Humanização do parto

As puérperas, em sua maioria, encontram dificuldade de identificar práticas desumanizadoras por elas vivenciadas, mesmo quando tais práticas aparecem em seus relatos, mostrando desconhecimento sobre a humanização do parto. Uma das hipóteses possíveis para isso acontecer é a não disseminação e a falta de acesso de informações acerca da humanização do parto, o que reitera uma visão médica tecnicistas sobre o parto. Conclui-se isso, porque algumas puérperas, apesar de afirmarem uma boa qualidade

no serviço médico, em outros momentos da entrevista, queixam-se o/ou apontam algum tipo de negligência no atendimento, não obstante, efetivamente, não se observa que isso foi consta do como tal pela mulher. Para exemplificar:

“como foi para você o parto normal... teve orientação?” (Entrevistador, 2017).

“não... eu não estava orientada para nenhum dos dois... nem para cesárea nem para o normal” (Mulher 11, 2017).

“o que achou da assistência... algo que melhoraria?” (Entrevistador, 2017).

“não... está tudo bom para mim... bem atendida... está tudo ótimo pra mim está tudo bem”(Mulher 11, 2017).

Pode-se concluir que muitas mulheres sofrem ações desumanizadoras e, por vezes, violentas no que concerne ao seus processos reprodutivos e não se dão conta disso por falta de conhecimento. Em vista disso, a humanização do parto é uma temática que deve ser incorporada à formação de profissionais e na educação da mulher. Para que, dessa forma, as mulheres agreguem conhecimento de seu próprio corpo e autonomia que as preparem para o parto. E, também, que os profissionais respeitem essas mulheres, garantindo dignidade e qualidade ao parto.

DISCUSSÃO

Foi possível por meio da fala das mulheres analisar as vivências do parto e pós-parto, o que contribui para compreensão dos significados desse momento a partir da percepção dessas mulheres protagonistas. Essa reflexão auxilia no direcionamento do cuidado e criação de estratégias que atendam as parturientes de maneira integral.

Considerando-se que o presente estudo ainda está em construção e se apoia em um projeto de pesquisa mais amplo, os resultados são preliminares, o que faz que novas hipóteses e temáticas ainda possam surgir da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. *Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Buarque, H. C. (1978). *Pedaço de mim*. Polygram/Phillips
- Catão, P. L. (2011). Sublima-dor. Considerações sobre dor e sublimação nos limites do pulsional. *Reverso*, 33(62), 79-84.
- Costa, A., & Bonfim, F. (2014). Um percurso sobre o falo na psicanálise: Primazia, querela, significante e objeto a-. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(2), 229-245.
- Crizóstomo, C. D., Nery, I. S., & Barros Luz, M. H. (2007). A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*, 11(1), 98-104.
- Gáiva, M. A. M., & Tavares, C. M. A. (2002). O nascimento: Um ato de violência ao recém-nascido? *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 23(1), 132-145.
- Klaus, M., & Kennell, J. (1992). A formação do apego. *Artes Médicas*. Porto Alegre.
- Labaki, M. E. P. (2007). Ter filhos é o mesmo que ser mãe? *Jornal de Psicanálise*, 40(72), 75-87.
- Maldonado, M. T. (2004). Psicologia da gravidez, parto e puerpério. *Saraiva* (16ª ed.). São Paulo.
- Rei, V. A. F., Ramírez, X. Y. A., & Berlinck, M. T. (2014). As dores do parto. Reflexões psicopatológicas em torno da angústia e do narcisismo primitivo. *Estilos da Clínica*, 19(1), 67-77.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*, 10(1), 3-13.
- Souza, T., Gaiva, M. A. M., & Modes, P. S. S. A. (2011). A humanização do nascimento: Percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 479-486.
- Tornquist, C. S., (2002). Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492.
- Velho, M. B., Santos, E. K. A., Brüggemann, O. M., & Camargo, B. V. (2012). Vivência do parto normal ou cesáreo: Revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto contexto – Enfermagem*, 21(2), 458-466.