



HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ACOLHER A PARTURIENTE NA PERSPECTIVA DIALÓGICA DE PAULO FREIRE

DELIVERY AND BIRTH HUMANIZATION: EMBRACING THE PARTURIENT FROM PAULO FREIRE'S DIALOGIC PERSPECTIVE

HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y NACIMIENTO: ACOGER LA PARTURIENTE EN LA PERSPECTIVA DIALÓGICA DE PAULO FREIRE

Adriana Gomes Nogueira Ferreira¹, Mônica Moura Ribeiro², Livia Karla Sales Dias³, Juliana Gomes Nogueira Ferreira⁴, Marcos Aguiar Ribeiro⁵, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto⁶

RESUMO

Objetivo: analisar as percepções das parturientes quanto ao significado do parto humanizado na perspectiva freiriana. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, no qual participaram oito parturientes em início de trabalho de parto atendidas em maternidade do interior do estado do Ceará. Na coleta de dados foi utilizada observação direta das participantes e entrevista com base na dialogicidade de Paulo Freire. As informações foram abordadas por meio da Análise de Conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob o CAEE n. 0013.0.039.000.10. **Resultados:** foram identificados sentimentos de medo, insegurança e desconhecimento sobre o processo do parto expressos pelas parturientes e eles convergiram para a necessidade de inclusão de acompanhante no momento do parto. Também se destacou a falta de um ambiente com privacidade. **Conclusão:** é importante e necessária a implantação de política de humanização do parto que possibilite a valorização da atenção à mulher durante o processo de parto. **Descritores:** Humanização do Parto; Gestantes; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze the parturients' perceptions with regard to the meaning of humanized delivery from the Freirean perspective. **Method:** this is a qualitative study, with a research-action nature, with the participation of eight parturients in early labor assisted at a maternity hospital in the countryside of the state of Ceara, Brazil. For data collection, one used direct observation of participants and an interview based on Paulo Freire's dialogicity. The information was addressed through Content Analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of Universidade Federal do Ceara (UFC), under the CAEE n. 0013.0.039.000.10. **Results:** one identified feelings of fear, lack of confidence, and lack of knowledge on the delivery process expressed by the parturients and they converged on the need for inclusion of a companion at the labor time. Also stood out the lack of an environment with privacy. **Conclusion:** It's important and needed to implement a delivery humanization policy which enables the appreciation of care for the woman during the delivery process. **Descriptors:** Delivery Humanization; Pregnant Women; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las percepciones de las parturientes con relación al significado del parto humanizado en la perspectiva de Freire. **Método:** esto es un estudio cualitativo, del tipo investigación-acción, en lo cual participaron ocho parturientes en inicio de trabajo de parto atendidas en una maternidad en el interior del estado de Ceará, Brasil. En la recogida de datos fue utilizada observación directa de las participantes y entrevista con base en la dialogicidad de Paulo Freire. Las informaciones fueron abordadas por medio del Análisis de Contenido. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Ceará (UFC), bajo el CAEE 0013.0.039.000.10. **Resultados:** fueron identificados sentimientos de miedo, inseguridad y desconocimiento acerca del proceso del parto expresados por las parturientes y ellos convergieron para la necesidad de inclusión de acompañante en el momento del parto. También se destacó la falta de un ambiente con privacidad. **Conclusión:** es importante y necesaria la implantación de política de humanización del parto que posibilite la valorización de la atención a la mujer durante el proceso del parto. **Descriptores:** Humanización del Parto; Mujeres Embarazadas; Enfermería.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista Capes. Sobral (CE), Brasil. E-mail: adrianagn2@hotmail.com; ²Enfermeira assistencial da Clínica Médica Dr. Davi. Tianguá (CE), Brasil. E-mail: mk_lua@hotmail.com; ³Enfermeira. Residente em Enfermagem de Urgência e Emergência na Santa Casa de Misericórdia. Sobral (CE), Brasil. E-mail: livinha_lk@hotmail.com; ⁴Acadêmica de Enfermagem no Instituto de Teologia Aplicada (Inta). Sobral (CE), Brasil. E-mail: juliana_nogueira22@hotmail.com; ⁵Acadêmico de Enfermagem na Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Sobral (CE), Brasil. E-mail: marcosaguiar61@hotmail.com; ⁶Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor na UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: rosemironeto@gmail.com

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto, historicamente, foi desenvolvida por parteiras tradicionais (leigas), que tinham o domínio de técnicas, mas não do saber científico. Com o passar dos tempos e com a necessidade de qualificar essa ação, médicos e enfermeiros assumiram tal responsabilidade, fato que fomentou certa inovação tecnológica. Tais mudanças levaram a várias modificações nos cuidados às parturientes no período perinatal. O cuidado materno e infantil deixou de ser uma atividade assistencial desenvolvida em qualquer espaço do território da comunidade e passa a ser desenvolvido no espaço de uma maternidade sob uma lógica de atenção à saúde, com forte componente tecnológico.

Nessa perspectiva, quando uma mulher tem indicação para o parto normal e é admitida em uma maternidade são utilizados procedimentos de rotina, tais como: tricotomia, instalação de acesso venoso, enema ou clister, repouso no leito, jejum, parto na posição litotômica, excesso de manuseio perineal durante o período expulsivo, manobra de Kristeller e a proibição da presença de um acompanhante, dentre outros. Nem sempre as orientações são oferecidas à mulher e seus familiares, e o ambiente vivenciado é o hospitalar, com luzes fortes, sujeitos transitando e conversando, falta de privacidade, o que gera um clima de estresse para a mãe, o bebê e sua família.¹

A desvalorização do parto natural e a prática cada vez maior de intervenções cirúrgicas desnecessárias mostram o quanto a população feminina é carente de informação e educação em saúde. A relação profissional da saúde-cliente, usualmente assimétrica, faz com que as mulheres, sentindo-se menos capacitadas para escolher e fazer valer seus desejos, tenham dificuldades em participar da decisão diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais da saúde.²

A partir das modificações na assistência ao parto, o Ministério da Saúde decidiu institucionalizar a humanização do parto e a definiu como um conjunto de condutas e procedimentos que promovem a gestação, o parto e o nascimento saudável, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê, fortalecendo a autonomia da mulher de forma digna e libertária, acerca do processo envolvido no pré-natal, parto e puerpério, cabendo a ela escolher onde, como e com quem parir.³

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento

especial, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente, aspectos defendidos no Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde, em 2000. Apesar de passados mais de 10 anos, essa realidade está longe da aproximação entre o que foi teorizado e institucionalizado.^{4,5}

Assim, a visão de ser humano está muito distante daquela postulada pelo aconselhamento como uma atividade educativa na perspectiva freiriana, pois o homem pensado por ele é um ser existencial, está no mundo e com o mundo. Não se pode estimular esse homem à mudança sem entender sua existência, sua visão e interpretação deste mundo. Para Freire, o aconselhamento deve ser realizado na perspectiva dialética, reflexiva e crítica, podendo ser efetivo como instrumento para a formação de uma consciência crítica e, assim, possibilitará compreender a realidade do ser humano para sua autonomia.⁶

Em relação à realidade do estudo, a formação de uma consciência das gestantes as possibilitará compreender a evolução do parto humanizado, para sua autonomia e segurança. Visualiza-se, então, a humanização do parto de forma ampla, como uma atividade de educação, um ato de intervenção para a autonomia do sujeito. A intervenção educativa, nessa perspectiva, é um ato de conhecimento; é comunicação, diálogo e interação. Logo, o ser humano é sujeito de sua educação, não podendo ser objeto dela, assim, nessa concepção, ninguém educa ninguém. A educação é troca, homens e mulheres educando e sendo educados mutuamente. Ela deve ser desinibidora, libertadora, uma força de mudança, desenvolvendo o ímpeto de criar. É, pois, necessário dar liberdade aos educandos para decidir e fazer suas escolhas. Por isso, ela é política, porque é um projeto a ser construído, imbuído de esperança e luta.⁷

Percorrendo a ideia de humanização da assistência à mulher durante o trabalho de parto, esta só será possível se houver um envolvimento entre o profissional e a parturiente. A humanização inicia-se a partir da comunicação, do relacionamento entre os sujeitos, baseado no respeito e expresso por

meio dos gestos de amor, do ouvir, do cuidar e do observar.⁸

A pesquisa baseada nos pressupostos freirianos possibilita o diálogo como um momento educativo, pois o sujeito traz para si a realidade vivenciada; a partir desta, o pesquisador partilha com esse sujeito a construção de questões a ser exploradas e discutidas. Por meio dessa construção elaborada entre pesquisador e sujeito, haverá uma desconstrução do que foi abordado e que não está coerente, para posteriormente se reconstruir uma nova realidade.

A temática é relevante por tratar de situações que envolvem um momento importante para as mulheres, o momento de parir, no qual, muitas vezes, não existe uma escuta sensível e adequada por parte dos profissionais no sentido de compreender o contexto desse momento, frequentemente único na vida da mulher-mãe. E o desconhecimento do processo de parturição torna as mulheres dependentes das ações de outras pessoas, o que transforma este um momento de sofrimento e angústia. A partir disso, é possível identificar os elementos e os contextos que determinam tal problemática, por possibilitar o desvelar desse fenômeno e a criação de estratégias para melhoria da assistência.

Assim, o estudo teve como objetivo analisar as percepções das parturientes quanto ao significado do parto humanizado na perspectiva freiriana.

MÉTODO

Trata-se de estudo do tipo pesquisa-ação, sob abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade localizada no interior do estado de Ceará, Nordeste do Brasil, que é instituição de referência para oito municípios, durante o período de janeiro a julho de 2010. O referido serviço de saúde possui 20 leitos obstétricos do tipo alojamento conjunto, distribuídos da seguinte forma: 6 para pré-parto e 14 para o pós-parto.

Essa proposta teórica possibilita ao pesquisador instrumentalizar uma metodologia para o acolhimento apoiada em Freire, conforme a seguinte sequência:

- A construção da realidade vivida: nesse momento ocorre a identificação da realidade significativa da parturiente. É o momento de construção, quando o pesquisador, mediante diálogo despertando a curiosidade da mulher, explora questões relacionadas com a vida cotidiana desta, sua visão de mundo, sua percepção em relação ao

parto, sua vulnerabilidade e sua história. A partir desse diálogo, o pesquisador encoraja o sujeito a fazer sua pergunta, possibilitando discutir, desmistificar e trabalhar exemplos práticos de situações existenciais vivenciadas pelo sujeito.

- A desconstrução da realidade: esse é o momento da codificação e decodificação das questões trazidas pela parturiente, partindo do contexto vivido por ela e dos exemplos práticos elaborados pelo pesquisador/facilitador. À medida que se dialoga com os sujeitos, evidencia-se para um ou outro o ponto menos claro, problematizando-o. As perguntas que podem ser feitas nesse momento são: Por quê? Como? Será assim? Na desconstrução, destacam-se as convergências e as divergências entre os discursos. Representa, então, a análise de uma situação existencial concreta e sua decomposição, isto é, a passagem do abstrato ao concreto, da parte ao todo, para depois voltar às partes. Tudo isso para se chegar a um nível crítico de conhecimento, começando pela experiência do sujeito quanto à sua situação em seu contexto real.
- A reconstrução e as possibilidades dos inéditos viáveis: esse momento significa a união entre novos saberes com a realidade a ser apreendida. Buscam-se as possibilidades de inéditos viáveis. Essa é uma proposta prática de superação, pelo menos em parte, dos aspectos opressores percebidos no momento dialógico, quando o pesquisador/facilitador pensa com o sujeito as alternativas de solução dos problemas apontados por ele. Juntos identificam estratégias de intervenção capazes de superar as situações geradoras de conflito.⁹

Participaram do estudo oito parturientes, que atenderam os critérios de inclusão: estar internadas no Centro Obstétrico e em início de trabalho de parto. Foram excluídas as parturientes adolescentes. As mães que fizeram parte do estudo apresentaram o seguinte perfil:

1. Mãe₁ — 27 anos, ensino médio completo, casada e do lar. Primeira gestação e, pelos relatos, foi uma gravidez muito desejada e saudável. Admitida para internamento com 6 cm de dilatação do colo uterino. Permaneceu comunicativa e

cooperativa durante todo o trabalho de parto e, apesar do medo e das dores, evoluiu para parto normal.

2. Mãe₂ – 28 anos, casada, primigesta, admitida sem dilatação do colo uterino, com bolsa rota, desejava parir por via vaginal, mas evoluiu para parto cesariano por apresentar distócia.
3. Mãe₃ – 19 anos, não trabalha, solteira, admitida com 5 cm de dilatação de colo uterino. Inicialmente pouco cooperativa, porém, participativa nos diálogos. Sua expressão facial era de dor e medo, evoluiu para parto normal.
4. Mãe₄ – 18 anos, realizou o pré-natal em serviço particular e estava psicologicamente preparada para o parto cesariano, embora apresentasse boa evolução no trabalho de parto. Por conta de sua tensão, ocorreu elevação da pressão arterial, necessitando de intervenção medicamentosa. Houve dificuldade para manter um diálogo e só após sua dilatação evoluir para 9 cm a parturiente passou a colaborar na condução do parto vaginal.
5. Mãe₅ – 30 anos, segunda gestação, admitida com bolsa rota e história de cesária anterior há 1 ano e 7 meses. Chegou psicologicamente preparada para ser submetida à cirurgia, acreditando não poder ter parto vaginal. No acompanhamento da evolução do trabalho de parto foi indicado parto cesariano.
6. Mãe₆ – 22 anos, primigesta, trabalha como auxiliar de professora, encaminhada com bolsa rota e sem contrações, chegou chorosa e com muito medo por estar em um ambiente diferente e se sentindo sozinha. No dia seguinte, evoluiu para parto cesariano.
7. Mãe₇ – 26 anos, casada, do lar, terceira gestação, dois partos vaginais; comunicativa, verbalizou medo do parto devido às contrações serem diferentes daquelas dos partos anteriores; aceitou as orientações sugeridas, tirou dúvidas e evoluiu rápido para parto vaginal.
8. Mãe₈ – 22 anos, primigesta, observadora e participativa. O desejo de parir via vaginal ajudou muito na evolução do trabalho de parto.

Cinco mulheres evoluíram para parto normal e três se submeteram a parto cesareano por motivos fisiológicos da gestação. Das participantes, duas foram admitidas decididas a realizar parto cirúrgico,

uma por apresentar história prévia de parto cesáreo e outra por vontade própria.

Inicialmente, foi realizado levantamento de dados sociodemográficos nos prontuários e, posteriormente, as mulheres foram abordadas pela pesquisadora, utilizando uma perspectiva dialógica de modo individual, sendo norteadas pelas seguintes questões: O que este momento significa pra você? Quais seus sentimentos neste momento? E quais as suas principais necessidades? Para isso, foram utilizados gravador de voz e câmera fotográfica, como elementos de registro das informações dadas pelos sujeitos, e ferramentas educativas, como vídeo, música, gravuras e cartazes para auxiliar na problematização e desconstrução de conceitos, tais como, gravuras de gestantes em diversas situações, como sugerido pela metodologia de Paulo Freire. A utilização desses tipos de instrumentos, além de favorecer maior percepção da totalidade das informações coletadas, evita interpretações equivocadas durante a análise das informações e, para isso, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin.¹⁰

A análise de conteúdo foi realizada a partir de três momentos: o primeiro é a pré-análise, que corresponde ao período em que se organiza o material, e tem por objetivo tornar operacionais e sistemáticas as ideias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações sucessivas, tendo em vista a análise. O segundo momento é a exploração do material, é a realização das decisões tomadas na pré-análise. Momento da codificação – em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. E no terceiro momento há o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, momento em que são feitas inferências e interpretações, conforme os objetivos previstos ou relacionados a novos achados da pesquisa.¹⁰

Na análise dos dados coletados na abordagem dialógica com as parturientes emergiram duas categorias: significado do momento de parir para as mães e necessidades sentidas pelas parturientes no trabalho de parto.

Como se caracteriza como pesquisa envolvendo seres humanos, ela foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), no qual foi aprovada sob o CAEE 0013.0.039.000.10, por garantir os princípios da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelas parturientes, preservando-se a

garantia do anonimato. Os sujeitos do estudo foram identificados por meio da palavra “Mãe” seguida de um número, que representa a ordem das falas: Mãe₁, Mãe₂...

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Significado do momento de parir para as mães

Os sentimentos relacionados ao parto que predominaram entre as parturientes foram o medo, ansiedade, alegria, desinformação e insegurança, solidão, abandono e despreparo, conforme as falas a seguir:

Estou ansiosa para ter meu nenê nos braços, mas cheguei com medo da dor e das pessoas que iam me atender, [...] minha mãe dizia pra mim botar força e obedecer às enfermeiras, se não elas iam ficar com raiva e iam me deixar sozinha. (Mãe₂)

Me sinto só [...] eu estou morrendo de dor e vocês ficam aí, só vendo, e não fazem nada; eu sei que eu não consigo parir normal [...]. (Mãe₄)

Parece que andando ajuda mesmo o nenê descer, eu achei que no trabalho de parto a gente não podia andar, nem se sentar [...] só ficar deitada, foi assim nos outros dois partos e ninguém me disse nada. (Mãe₇)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. O medo, a tensão e a dor das parturientes nesse modelo de assistência impedem o processo fisiológico do parto normal, o que culmina em práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas. Por parte do Ministério da Saúde há um incentivo à realização do parto normal e minimização das cesarianas.¹¹

Os sentimentos revelados mostraram-se em consonância com os encontrados em pesquisas atuais: o medo do afastamento rápido e desnecessário do recém-nascido; de ficar sozinha; da dor do parto; das condições de vitalidade do recém-nascido; dos imprevistos do parto; da qualidade da assistência, caracterizada pela falta de atenção e desrespeito dos profissionais. Essa insegurança surge dos mitos e medos influenciados por múltiplos fatores que extrapolaram a própria evolução fisiológica da gestação. As gestantes convivem com a ambiguidade da alegria de conhecer o filho e do medo de parir, gerada pelas experiências de vida pessoal, pelas histórias de parto ouvidas ou vivenciadas junto a uma parente ou amiga mais próxima, pelas informações dos profissionais de saúde e por tantas outras, acessadas em todas as fontes disponíveis.¹²

Foi evidenciado na fala da Mãe₂ preocupação sobre seu comportamento diante dos profissionais de saúde no momento do parto, segundo o que foi alertado por familiares.

O confronto proporcionado pelas crenças e valores, em diferentes esferas, não permite à pessoa o exercício da dúvida e da fala que dá origem à submissão presente no parto. As mulheres desconhecem como funcionam seus corpos, seus direitos e os limites vivenciados nesse momento, reforçando a dependência de outro indivíduo, representado pelo profissional de saúde. Assim, é necessário que os profissionais modifiquem suas atitudes diante da assistência prestada, valorizando as necessidades da parturiente e de seus familiares, resgatando o vínculo de afetividade, reconhecendo o parto como experiência singular e peculiar, especial, que desperta diferentes sentimentos e necessidades.¹³

Essa liberdade de decisão do indivíduo requer que seja ativo e responsável, pois é preciso que se convença que essa luta exige sua responsabilidade total.⁹

Os sentimentos revelados por essas parturientes são resultado de um deficiente processo educacional durante o acompanhamento do pré-natal, sem orientações adequadas sobre o assunto, tanto das fases do parto, procedimentos burocráticos e direitos da gestante, ocasionando tensão nas parturientes.

A oportunidade de trocar saberes e vivências sobre as etapas do processo de nascimento, de se familiarizar com um ambiente parecido ao do parto, de expressar sentimentos e medos, conhecer experiências e refletir sobre situações semelhantes às suas possibilitou às participantes, ao construir coletivamente o conhecimento, fortalecer seus recursos pessoais, reelaborar suas compreensões sobre o processo de nascimento, escolher alternativas saudáveis para vivenciar o processo e, ainda, ter subsídios para a superação de limitações e oportunidades para participar ativamente e com segurança.¹⁴

A educação em saúde é um dos principais elementos da promoção da saúde, que constitui um processo político e pedagógico que leva ao desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo e à autonomia do ser humano, ao possibilitar a construção e produção de um saber que propicia a esse ser humano ser capaz de propor mudanças e decidir sobre as questões relativas aos seus cuidados, aos de sua família e aos cuidados da coletividade.¹⁵

Com base em Freire, acredita-se que a estratégia realizada na perspectiva dialógica, reflexiva e crítica poderá ser efetiva. É um instrumento para a formação de uma consciência esclarecida e, assim, possibilitará compreender a evolução do parto humanizado, para sua autonomia e segurança.

●Necessidades sentidas pelas parturientes no trabalho de parto

As necessidades relacionadas ao processo do parto que predominaram nas entrevistadas foram o desejo de um acompanhante e de privacidade, conforme evidenciado nas falas seguintes:

Me sinto isolada do mundo; chorei muito quando me disseram que não podia ficar com minha mãe e nem usar um celular. (Mãe₈)

Queria que minha mãe ou meu marido estivesse aqui [...] iria me sentir mais segura, ia ter uma palavra de conforto, de apoio. (Mãe₆)

Gostaria de ter privacidade nesse momento, acho um momento muito íntimo pra ficar sendo vista por outras mulheres; uma vendo o sofrimento da outra e até mesmo o parto. (Mãe₇)

Quanto à ausência de um acompanhante, observa-se, nas falas, a angústia e necessidade de ter uma companhia, provocadas pela ausência dos familiares após admissão no centro obstétrico.

A Lei n. 11.108/2005, que alterou a Lei n. 8.080/1990, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O acompanhante escolhido pela mulher deve refletir um relacionamento de confiança, intimidade e apoio emocional, podendo ser seu parceiro, amiga, mãe ou outra pessoa de sua confiança.^{1,16}

Sobre isso, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios e a ausência de riscos associados à inserção do acompanhante, e recomenda que todos os esforços devam ser realizados para garantir que toda parturiente tenha uma pessoa de sua escolha para encorajá-la e dar-lhe conforto durante todo o processo do nascimento.¹⁶ Estudos sinalizam a importância de um companheiro com a gestante no momento do parto.^{12,17}

Impedir a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto viola o direito da mulher como cidadã brasileira. Além disso, viola sua própria autonomia, sua capacidade de escolha, de optar pela presença ou ausência de um acompanhante, de escolher a pessoa que ela deseja que esteja ao seu lado nesse momento.¹⁸

Em estudo identificou-se que gestantes e acompanhantes desejam se preparar para negociar os cuidados e modalidades de parto sem se sentir intimidados pelo conhecimento do profissional.¹⁹ Assim, é importante que este preparo já ocorra no pré-natal, momento em que a gestante identifica seu acompanhante e este pode ser informado a cerca do processo de parto.

Com relação à falta de privacidade sentida pelas gestantes, o destaque maior pelas participantes foi devido à ambiência física inadequada, não atendendo às necessidades de preservação do pudor do corpo feminino, contrariando a ideia de humanização, pelo fato de causar aumento da tensão na mulher, em especial àquelas gestantes que vivenciam uma cultura rígida quando se trata de intimidade.

A privacidade é necessária para a mulher no processo de parto, o qual envolve liberações hormonais, levando a mulher grávida amenizar a dor e diminuir o tempo de parturição.²⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um estudo científico desenvolvido sob a forma de investigação de uma dada realidade requer do pesquisador o amadurecimento forjado pela construção de novos saberes, frutos da apropriação de novas informações provenientes do processo de reflexão/ação conscientizadora, sob a perspectiva transformadora.

Nessa compreensão, torna-se necessário a troca de saberes, como forma de ultrapassar a mera especulação ou denúncia velada dos problemas identificados. Considerando o pensamento de Paulo Freire, ao qual recorreu-se para subsidiar o estudo, enfatiza-se o diálogo e a participação como condição vital para a ação transformadora em relação à humanização do parto e nascimento.

Por meio do diálogo com uma presença curiosa do sujeito, frente à realidade e uma ação interventiva sobre a realidade para transformá-la, os resultados deste estudo devem possibilitar a promoção de uma maior participação dos sujeitos (profissionais e parturientes) para a construção coletiva de alternativas superadoras das práticas de parto contrárias à humanização do nascimento.

Dessa forma, apresenta-se a seguir algumas ideias básicas, extraídas de nossa compreensão a partir dos estudos realizados acerca da humanização do parto:

- A presença do acompanhante junto à parturiente no processo do parto, o bem-estar da parturiente e o

nascimento de um filho hígido dependem da confiança depositada nos profissionais que a assistem. A dor do parto é um mecanismo fisiológico com a finalidade de expulsão do feto, não se pode estimular as parturientes à mudança, sem entender sua cultura e interpretação do processo do parto. A privacidade preserva o pudor do corpo feminino e a multidisciplinaridade faz-se relevante na integralidade da assistência à parturiente.

Por fim, tomamos a liberdade de fazer algumas recomendações que consideramos fundamentais para melhor qualificar as ações realizadas na instituição: formação continuada dos profissionais envolvidos na maternidade da instituição a respeito do parto humanizado; acolhimento da parturiente com um comportamento dialógico; necessidade de adequação da estrutura física, de modo a possibilitar maior privacidade; aquisição de materiais que melhorem o momento de parir.

Com isso, será possível realizar uma assistência baseada na humanização ao parto, reduzindo a prática rotineira de métodos invasivos, o que torna o parto mais doloroso e menos natural. As mudanças para melhoria na atenção à parturiente irão resultar no aumento de partos normais, sendo estes de escolha para a mulher, reduzindo, assim, a taxa de partos cesarianos e garantindo diminuição de riscos para o binômio mãe/filho.

A autonomia da parturiente é de grande valor para a efetivação do parto humanizado, para isso é necessário que os profissionais da saúde reconheçam-na como sujeitos ativos no processo e acolham-na pautados pela escuta ativa e pela possibilidade de proporcionar um espaço para o diálogo.

REFERÊNCIAS

1. Revista Enfermagem [Internet]. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? São Paulo: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; 2009 [cited 2010 Dec 21]. Edição especial. Available from: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/81.pdf>.
2. Marque FC, Dias IMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2006 Dec [cited 2010 Aug 19];10(3):439-47. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12.pdf>.
3. Brasil. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
4. Mabuchi AS, Fustinoni SM. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 June [cited 2010 June 21];21(3):420-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_06.pdf.
5. Almeida SMO, Silveira MFA. Humanização do parto: avanços e dificuldades para sua implantação. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2011 Feb 9];3(4):945-52. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/105/pdf_960.
6. Miranda KCL, Barroso MGT, Silva LMS, Silva MRF. Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 Nov-Dec [cited 2010 Nov 14];61(6):899-903. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a18v61n6.pdf>.
7. Freire P. À sombra desta mangueira. 4. ed. São Paulo: Olho D'Água; 2001.
8. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc [Internet]. 2008 July-Sept [cited 2010 Oct 16];17(3):138-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014.
9. Freire P. Pedagogia do oprimido. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2008.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 2002.
11. Moura FMJSP, Crisóstomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 July-Aug [cited 2010 Oct 23];60(4):452-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>.
12. Sodre TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2010 Sep [cited 2011 Jan 15];19(3):452-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300006&lng=en.
13. Mabuchi AS, Fustinoni SM. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. Acta Paul Enferm [Internet]. 2008 [cited 2010 Dec 12];21(3):420-6. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-->

[21002008000300006&script=sci_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&tlng=pt).

14. Zampieri MFM, Gregório VRP, Custódio ZAO, Regis MI, Brasil C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 Jan 16];19(4):719-27. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000400015&script=sci_arttext.

15. Santo R, Penna CM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2010 Aug 13];18(4):652-60. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

16. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília* (2005 Apr 8); Sec 1.

17. Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 Feb [cited 2009 Aug 15];41(1):44-52. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100007&lng=pt&nrm=iso&userID=-2.

18. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 July-Sep [cited 2011 Jan 3];14(3):462-7. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300005.

19. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 1];18(3):390-7. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

20. Odent MA. *Cientificação do amor*. São Paulo: Terceira Margem; 2000.

Submissão: 07/10/2012

Aceito: 06/04/2013

Publicado: 01/05/2013

Corresponding Address

Adriana Gomes Nogueira Ferreira
Rua Floresta, 179 / Ap. 203 – Junco
CEP: 62030-470 – Sobral (CE), Brazil