

Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias

EXPERIENCING CARE IN THE BIRTHING CENTER CONTEXT: THE USERS' PERSPECTIVE

EXPERIMENTANDO CUIDADOS EN EL CONTEXTO DE UNA CASA DE PARTOS: VISIÓN DE LAS PACIENTES

Roselane Gonçalves¹, Cláudia de Azevedo Aguiar², Miriam Aparecida Barbosa Merighi³, Maria Cristina Pinto de Jesus⁴

RESUMO

O modelo de assistência ao parto e nascimento no Brasil tem sido tema de muitas discussões e estudos sobre a incorporação de práticas obstétricas que considerem a autonomia da mulher no processo de parturição. O modelo proposto pelas Casas de Parto configura-se como um cenário para esses cuidados. Este estudo voltou-se para a compreensão da vivência da mulher parturiente no contexto de uma Casa de Parto situada em São Paulo. Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2007 e analisados à luz do referencial da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Sete mulheres participaram da pesquisa. Os resultados evidenciaram que a mulher que escolhe a Casa de Parto para dar à luz busca pelo cuidado humanizado e que nesse contexto ela passa por experiências positivas e negativas. Faz-se necessário discutir as políticas públicas de assistência ao parto, sua implementação e seu impacto sobre os indicadores de saúde perinatal.

DESCRITORES

Saúde da mulher.
Parto normal.
Parto humanizado.
Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

In Brazil, the delivery and birth care model in Brazil has been the topic of many studies and discussions about introducing obstetric practices that take women's autonomy into account in the parturition process. Birthing Centers propose models that represent a new scenario to deliver such care. The objective of this was to understand the experience of women in labor in the context of a Birthing Center located in the city of São Paulo. Data was collected from March to October 2007 and analyzed according to the Alfred Schütz social phenomenology framework. Seven women participated in this study. Results showed that women choose the Birthing Center expecting to receive humanized care and that, within this context, they have positive and negative experiences. It is imperative to discuss public policies for delivery care, as well as its implementation and impact on perinatal health indicators.

KEY WORDS

Women's health.
Natural childbirth.
Humanizing delivery.
Obstetrical nursing.

RESUMEN

El modelo de atención del parto y nacimiento en Brasil ha sido tema de muchas discusiones y estudios sobre la incorporación de prácticas obstétricas que consideren la autonomía de la mujer en el proceso de parición. El modelo propuesto por las Casas de Partos se configura como un escenario para tales cuidados. Este estudio apuntó a la comprensión de la experiencia de la mujer parturiente en el contexto de una Casa de Partos situada en San Pablo. Los datos fueron obtenidos en el período de marzo a octubre de 2007 y analizados a la luz del referencial de la Fenomenología Social de Alfred Schutz. Siete mujeres participaron de la investigación, y los resultados evidenciaron que la mujer que escoge la Casa de Partos para dar a luz lo hace por el cuidado humanizado y, en este contexto, tiene experiencias positivas y negativas. Se hace necesario discutir las políticas públicas de atención del parto, su implementación y su impacto sobre los indicadores de salud perinatal.

DESCRIPTORES

Salud de la mujer.
Parto normal.
Parto humanizado.
Enfermería obstétrica.

¹ Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas. São Paulo, SP, Brasil. roselane@usp.br ² Obstetriz. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. claudia.azevedo@usp.br ³ Professora Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas. São Paulo, SP, Brasil. merighi@usp.br ⁴ Professora Doutora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem com Abordagens Fenomenológicas. Juiz de Fora, MG, Brasil. cristina.pinto@acessa.com

INTRODUÇÃO

A incorporação do parto à prática médica trouxe à cena, antes protagonizada pela mulher e pelo seu filho, outros atores que tomaram para si o papel principal no ato de parir e nascer. Mudaram a cena e o cenário: os partos domiciliares passaram a ocorrer em instituições de saúde e o ato de parir regido por médicos e enfermeiras, entre outros. Introduz-se o hospital como ambiente controlado e seguro e o profissional de saúde como o condutor do processo.

O modelo de atenção ao parto em nosso país caracteriza-se por altos índices de intervenção, contrariando as recomendações mundiais sobre os critérios no uso das práticas obstétricas, distinguindo entre aquelas úteis e que devem ser estimuladas; as que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que por isto devem ser eliminadas; aquelas sobre as quais não existem evidências suficientes para a sua adoção e que devem ser utilizadas com cautela, até que pesquisas suplementares clarifiquem sua utilidade; e as que frequentemente são utilizadas de modo inadequado⁽¹⁻²⁾.

Dentro desta perspectiva, muitas estratégias foram implementadas com o objetivo de resgatar o parto normal como um evento que ultrapassa o âmbito da fisiologia, abarcando a complexidade do processo de gestar, parir e nascer, de forma que a mulher volte a ter o controle sobre o seu corpo e o seu processo de parturição. Assim, em 1998, inaugura-se a primeira casa de parto em São Paulo e em 1999 é publicada a Portaria Ministerial 985/GM de 05/08/1999, criando os Centros de Parto Normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁾. Nestas instituições seria implementado um modelo de assistência ao parto em que a tecnologia disponível pudesse ser usada com critérios e a autonomia da mulher no processo de parir fosse reconquistada⁽⁴⁾.

Apesar dessas iniciativas é comum ouvir das mulheres indagações sobre o local em que darão à luz. Normalmente o local do parto é definido na ocasião de sua deflagração. Mesmo estando inseridas no sistema de referência e contra-referência dos serviços de saúde, as mulheres não têm garantido o local do parto. Esse último é definido, muitas vezes, pela disponibilidade de leito obstétrico na cidade/região e, algumas vezes, poderá ser em uma instituição distante da sua região de moradia. Sendo assim, na maioria das vezes, a escolha pela mulher do local onde dará à luz se justifica mais pelo acesso fácil do que pelo modelo de atendimento que esta deseja receber.

Neste sentido, para além da proposição de um novo modelo de assistência ao parto, considerando sua estrutura e processo, onde as práticas obstétricas sejam individualizadas e baseadas em evidências científicas, torna-se relevante que as ações realizadas no Centro de Parto Normal

sejam avaliadas sob a ótica das mulheres e, a partir de então, ser consideradas como um modelo de cuidado que, de fato, se mostra com potencial integrador da assistência à mulher no processo de parturição.

Diante destas considerações surgem alguns questionamentos: como a mulher, que procura a Casa de Parto, vivencia o cuidado recebido? O ambiente da Casa de Parto e o modelo de assistência adotado neste contexto garantem o cuidado humanizado?

Nesta perspectiva, esta pesquisa teve como objetivos conhecer a vivência da mulher, durante o trabalho de parto e parto, no contexto de uma Casa de Parto e os motivos que a levaram a optar por esta instituição.

TRAJETÓRIA DO ESTUDO

O contexto

...torna-se relevante que as ações realizadas no Centro de Parto Normal sejam avaliadas sob a ótica das mulheres e, a partir de então, ser consideradas como um modelo de cuidado que, de fato, se mostra com potencial integrador da assistência à mulher no processo de parturição.

As mulheres atendidas na Casa de Parto chegam por demanda espontânea ou, às vezes, são encaminhadas por profissionais das Unidades Básicas de Saúde da região. Não há restrições para mulheres procedentes de outras áreas, que não aquelas pertencentes à área de abrangência do serviço. A Casa de Parto, localizada na região sudeste da cidade de São Paulo, dispõe de dois hospitais para onde as gestantes, puérperas e recém-nascidos, nos casos em que há indicação, são encaminhados. No entanto, a mesma não faz parte do sistema de referência e contra-referência para atendimento obstétrico do município e não faz parte da central de vagas para leitos obstétricos da cidade.

Como propõe a Portaria Ministerial 985/GM/99, o quadro de recursos humanos da casa de parto em estudo é composto por enfermeiras obstétricas qualificadas para a reanimação neonatal; auxiliares de enfermagem; agentes administrativos; auxiliares de serviços gerais e motoristas de ambulância, distribuídos em escalas diárias de serviço. Essas características coincidem com o descrito em outros estudos sobre Centros de Parto Normal/Casas de Parto⁽⁵⁻⁶⁾.

No que se refere aos atendimentos, em 2006, a média de partos foi de 30 ao mês. A taxa mensal de transferências dos clientes para os hospitais de referência foi de 4,52%, materna intraparto; 1,2%, materna pós-parto e 1,2%, neonatal. A taxa de infecção puerperal ou neonatal foi zero, corroborando com um estudo sobre esse tipo de intercorrência em outro Centro de Parto Normal⁽⁷⁾. A admissão da gestante é sempre feita por uma enfermeira obstétrica e pode ocorrer a partir da 37ª semana da gravidez ou ainda na ocasião do parto, seguindo critérios clínico-obstétricos pré-estabelecidos por um protocolo de atendimento institucional, elaborado a partir das recomendações do Ministério da Saúde

e Organização Mundial da Saúde^(2-3,8) que subsidiam a indicação do parto no âmbito da Casa de Parto ou a sua transferência para o hospital de referência.

MÉTODO

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Parecer nº 570/2006/CEP-EEUSP), e da Secretaria Municipal de Saúde (Parecer nº 0044/07/CEP-SMS).

Trata-se de um estudo com abordagem metodológica qualitativa, utilizando como referencial a fenomenologia social de Alfred Schutz que busca a compreensão da ação social⁽⁹⁾. Este autor propôs um método de captação da realidade social a partir do qual é possível compreendê-la, reconhecendo que o significado de uma ação envolve a subjetividade do agente e que para se compreender a outra pessoa é fundamental uma observação genuína, que ocorre quando se interpreta o significado daquilo que o outro diz ou realiza por meio das suas ações⁽¹⁰⁾.

Participaram do estudo sete puérperas que deram à luz na Casa de Parto e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O número de participantes deste estudo foi definido pelas próprias descrições consideradas suficientes para responder às inquietações das autoras. Assim, o encerramento da inclusão de novos sujeitos foi decidido com base no conjunto dos dados coletados que evidenciou, tanto a riqueza como a abrangência dos significados contidos nos depoimentos.

A coleta de dados se deu no período de março a outubro de 2007. A abordagem dessas mulheres foi feita no período do pós-parto, enquanto ainda estavam sob cuidados profissionais da Casa de Parto. Nesta ocasião, havendo interesse em participar da pesquisa, a entrevista era agendada, conforme a disponibilidade da mulher, respeitando o período máximo de sete dias, a contar da data do parto. As entrevistas ocorreram nas residências das puérperas e foram gravadas com o seu consentimento, visando apreender os significados atribuídos às vivências do cuidado recebido durante o processo de parto naquela instituição. As seguintes questões foram feitas às mulheres: o que levou você a procurar a Casa de Parto para dar à luz? Como foi a sua experiência de dar à luz na Casa de Parto? Como você foi cuidada?

As mulheres que participaram deste estudo tinham entre 16 e 41 anos, uma possuía formação superior completa, outra superior incompleta, três terminaram o Ensino Médio, uma não completou o Ensino Médio e uma não concluiu o Ensino Fundamental. Três informaram ser do lar, uma massagista, uma enfermeira, uma costureira e uma era cabeleireira.

Seguiram-se eixos norteadores descritos por autores que adotam a referida fundamentação teórico-filosófica em

seus estudos⁽¹¹⁾. Foram obtidas as descrições das ações vividas e expressas pelos sujeitos nos depoimentos identificados por nomes fictícios. Por meio de uma leitura atenta e repetida das descrições, chegou-se às unidades de significados que permitiram a categorização dos dados para compreensão do fenômeno investigado.

A análise das categorias temáticas permitiu construir o processo de vivência do trabalho de parto e parto de mulheres que deram à luz em uma Casa de Parto. Esse processo inicia-se com a escolha deste modelo de assistência ao parto e nascimento, passando pela experiência vivida, culminando com a percepção das necessidades de cuidados. As categorias temáticas desveladas foram: a escolha do local para dar à luz; **a vivência do trabalho de parto** e as necessidades de cuidados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha do local para dar à luz

Os discursos evidenciaram que a escolha pelo local do parto tem origem nas experiências vividas por pessoas ou por si mesma em outras ocasiões, ou ainda porque estas mulheres buscavam um modelo de assistência diferenciado:

...eu descobri [a casa de parto] sem querer. Um dia eu tava navegando na internet, tal, aí eu achei um site [...] comecei a ver lá, tem um monte de relatos de gestantes [...] e tinha lá pra eu me corresponder [...] aí ela perguntou: 'você conhece casas de parto? Já ouviu falar?' [...] Aí, ela pegou e me indicou (Fernanda).

Nas reflexões a respeito da escolha do local para onde querem ir ter seus filhos algumas mulheres tomam como referência as rotinas comuns dos modelos medicalizados de assistência ao nascimento, bem como condutas normalmente adotadas por profissionais adeptos ao modelo mais intervencionista:

...até mesmo um tempo antes, eu procurei um hospital sim, pensando: *Eu acho que vou fazer cesárea!* [...] e na consulta do médico eu percebi que não era aquilo que eu queria [...] ele não tava pensando em mim, ele tava fazendo por fazer. E lá na casa de parto, não! *Olha, vamos esperar, tá tudo bem!* Então, ...eu falei: *Agora eu vou, e vou tranquila* (Valéria).

Nota-se que o discurso sobre a assistência usualmente prestada às gestantes e parturientes nos hospitais tradicionais e, ainda, a superlotação dos serviços motivam a busca por um atendimento diferenciado, o que nem sempre se dá de forma tranquila, tendo em vista as pressões sofridas pela mulher quando faz a opção pela Casa de Parto para dar à luz. O parto ainda é visto como uma experiência de risco para a mulher e a criança, e por esse motivo quando a gestante opta para dar à luz por um atendimento diferente e, sobretudo, em um local não convencional (fora do hospital), a força dos conhecimentos construídos socialmente sobre o cuidado na situação de parto pelos familiares e até

mesmo dos profissionais envolvidos com a assistência pré-natal se faz sentir:

...já tinha decidido que eu não ia informar a médica qual seria o meu parto... mas aí ela ficou insistindo, insistindo... aí, ela falou: *muito perigoso!* [...] me fez o maior pânico... ela falou assim: *E se ele (o bebê) tiver anoxia? Ele pode ficar retardado!* [...] (meus familiares) não gostaram... ficaram com bastante medo. (Carina).

As rotinas da moderna obstetrícia hospitalar compõem um ritual carregado de simbologias e que reforçam as idéias de que a mulher não é mais capaz de parir sem a tecnologia médica e de que seu corpo, sem esse controle, pode não ter as condições necessárias para a parturição. No hospital estarão protegidos, a mulher e o seu filho, pela tecnologia ali oferecida⁽¹²⁾.

A incerteza do acesso a um local seguro e acolhedor no momento do parto motiva a busca por outras opções, dentre elas, para aqueles que dispõem de recursos financeiros, é a contratação de um convênio de saúde que lhe permita usufruir da assistência no momento do parto sem maiores dificuldades.

Salienta-se que a bagagem de conhecimentos que essa mulher apropriou-se ao longo de sua existência, a partir de sua própria experiência e da que foi herdada de seus familiares e pessoas significativas, inclui neste momento o médico que a acompanhou durante a gestação. O homem da atitude natural está situado biograficamente no mundo da vida e utiliza o conhecimento disponível como esquema de referência para toda interpretação desse mundo e para atividades práticas ou teóricas em relação a seus projetos futuros⁽¹³⁾. Daí sua angústia, suas dúvidas em ceder às pressões de familiares e de profissionais de saúde e optar pelo parto hospitalar ou escolher essa alternativa de cuidado – a Casa de Parto.

Quando a mulher supera os obstáculos impostos pelos seus próprios receios e pelas críticas de terceiros, ela prossegue com seu intento e percebe o cuidado no contexto da Casa de Parto.

A vivência do trabalho de parto

Durante o trabalho de parto e parto a mulher percebe o ambiente, as pessoas, suas atitudes. No entanto, por se tratar de um processo intenso de sensações físicas, emocionais e psíquicas, a mulher parece estar mais voltada para si e a percepção do seu corpo torna-se evidente a partir dos sinais por ele emanados. Tratando-se do processo de parturição, a dor das contrações traz à consciência a existência da materialidade do corpo:

...as dores não passavam mais, então, tinha hora que eu nem aguentava ficar sentada, deitada. Dava vontade de tirar logo. Que é a ansiedade (Marina).

Todas as experiências que temos dos objetos são típicas e não únicas e singulares. Recebemos uma série de

tipificações e modos de tipificar, geralmente admitidos no seio do grupo social e que utilizamos para alcançar fins típicos⁽¹³⁾. A dor está associada ao parto como uma tipificação que se funda sobre experiências anteriores e diretas da mulher, experiências estas, concretas. A mulher identifica, reage a essa dor e atua seguindo o seu ritmo e as suas próprias necessidades:

...foi muito importante a minha mãe e meu marido juntos... eu falava: *me ajuda, me ajuda!*, toda hora que vinha a contração... minha mãe tava fazendo massagem... E ia passando... pelo marido participar, a mãe participar, você fica à vontade... (Valéria).

Nesse momento, a presença atuante do acompanhante e do profissional é imprescindível, lembrando que o comportamento dos mesmos também influencia o modo de agir da mulher durante a vigência da dor de parto. Por meio das suas próprias convicções o acompanhante pode intervir positiva ou negativamente no processo, já que as mulheres, nesse momento, não necessariamente desejam ouvir orientações do modo como devem ou não agir.

...você está com seu companheiro, porque no caso meu esposo estava junto, né? Ele ficou o tempo inteiro comigo (Mabel).

Toda a experiência vivida pelas mulheres deste estudo no contexto da Casa de Parto propiciou a percepção de si mesma, dos seus pares e de tudo o que se passava no entorno. A conduta do profissional que recebe a mulher na Casa de Parto revela um diferencial no que diz respeito aos aspectos relacionais da interação interpessoal:

Me senti segura lá [...] elas explicando tudo, deixam a pessoa bem calma [...] todas as enfermeiras lá foram muito legais [...] Nenhum momento lá eu fiquei sozinha. Eu acho que isso foi importante. Elas acompanharam tudo. Me tranquilizava (Marina).

Importante destacar a importância da interação e do acolhimento como essenciais para que o cuidado seja centrado nas necessidades da parturiente. Neste caso, a informação é um fator relevante e constitui a base para que a parturiente tenha autonomia para escolher ou recusar todo procedimento que diz respeito ao seu corpo, por meio de escolha convergente e pertinente ao seu bem-estar⁽⁶⁾.

Neste estudo foi possível perceber que, apesar de terem tido sucesso no parto e terem sido acolhidas e cuidadas, algumas falas sugerem questionamentos a respeito da escolha pelo tipo de parto, confirmando os achados de outros estudos que apontaram que as mulheres geralmente se referem ao parto como uma experiência difícil, pausada pela dor, medo e emocionalidade negativa⁽¹⁴⁾. Essas mulheres expressaram pensamentos contraditórios diante das emoções do processo de parto:

...aquela noite... se você perguntasse pra mim: *Como foi seu parto? eu ia [dizer]: não sei por que eu vivi isso!!! [risos], Por que eu vim pra cá? Devia ter feito cesárea!* por-

que eu achei que eu sofri muito de dor, né?... Então, como falam do parto com analgesia, aí eu pensei: *Aí, eu vou regressar, devia estar evoluindo! Devia ter uma analgesia, pelo menos!* [risos]. E na hora do parto eu ficava: *Não vou aguentar! Eu devia ter ido pro hospital!*, pensei sim! [...] Eu pensava: *por que eu tô aqui?* (Valéria).

O conjunto do sistema de interesses e de relações na atitude natural se fixa na experiência da angústia fundamental e não se separa do motivo pragmático; daí surgirem os temores, as esperanças, os desejos e os projetos pessoais⁽¹³⁾.

Vendo-se diante do ato consumado, ou seja, da realização de seu projeto de dar à luz na Casa de Parto, a mulher reflete sobre sua ação e essa reflexão se volta para a intersubjetividade do momento do parto que ao mesmo tempo é individual, mas que a coloca na situação de interação com a enfermeira e seu companheiro ou membro da família mais próximo. A relação social do tipo face a face considerada como essencial à interação humana e como pré-condição para as demais é valorizada pelas mulheres que estão dando à luz na Casa de Parto.

Um aspecto evidenciado a partir do discurso de uma das puérperas foi o fato de que, mesmo sendo a Casa de Parto um local onde o modelo de assistência baseia-se nos pressupostos da humanização, a postura/prática dos profissionais nem sempre se mostra acolhedora, sensível, respeitosa. Os trechos do discurso apresentado representam um contraponto significativo, já que se refere às fragilidades do acolhimento na prática do cuidado:

...a que fez meu parto, [pequena pausa]... ela foi muito fria, ela foi muito seca [...] quando estourou minha bolsa, era uma meia noite e meia, eu não tinha pra quem ligar pra me levar, e aí eu liguei pra Casa de Parto. Aí essa... que fez meu parto, ela que atendeu o telefone, ela não quis mandar ambulância. Tava uma chuva no domingo e eu falei: *E agora?* Porque... poderia, né, passar da hora, ou o nenê engolir sujeira, sei lá! ...tinha duas ambulâncias lá e nenhuma mãe na Casa de Parto tendo nenê; só duas que já tinham tido (Mônica).

Percebe-se que a mulher inicia o seu período de interação na Casa de Parto com uma questão mal resolvida no que se refere ao atendimento de uma expectativa criada nos primeiros contatos com o serviço. Durante o processo de parto, outras experiências negativas são referenciadas:

...ela [a enfermeira] falava que eu tava fazendo muito escândalo e nem escândalo eu tava fazendo. A dor era terrível mesmo! Aí ela chegava: *O que você tá fazendo na cama? Você vai cair da cama!* Aí eu falava: *Como é que você quer que eu faça?* Fala pra mim um jeito, que eu faço! (Mônica).

O processo de parturição não se configura em um problema de saúde, no entanto, nesta fase do ciclo gravídico- puerperal a mulher encontra-se em uma situação de vulnerabilidade, devido aos limites físicos impostos pela dor e

pelos outros sentimentos que envolvem insegurança, medo e uma condição de dependência do outro. Nesta experiência, uma das mulheres, apesar de tentar alcançar as expectativas do cuidador, seguindo suas orientações/prescrições, não encontra amparo e isso aumenta sua insegurança, levando-a a decidir por si mesma, o que fazer para aliviar a sua angústia:

...eu tava debaixo do chuveiro, aí eu senti que o nenê tava nascendo ...aí eu falei: *Eu quero sair do chuveiro...* Aí a outra [a enfermeira] entrou e falou: *Você não vai sair do chuveiro!* [...] Eu achava que não ia ter força pra ter o nenê porque já faz 17 anos do último parto... Ela falava assim: *Vai demorar assim! E por que você tá fazendo esse escândalo?* [...] eu perguntei pra outra enfermeira: *Por que é que ela é assim, né, fria, não dá uma força pra gente? Por quê?* (Mônica).

Se pensarmos no serviço de saúde como um espaço de interações e se utilizarmos a escuta ativa e sensível, seguindo uma orientação assistencial voltada à integralidade do cuidado será possível produzir algum tipo de resposta do serviço às demandas dos usuários, mesmo porque, no caso em estudo, o que se exigia de máxima tecnologia e sofisticação no cuidado era tão somente a sensibilidade do humano, potencialmente presente em cada indivíduo.

Na experiência da mulher no contexto da Casa de Parto, além da relação profissional-usuário, ficam evidentes outros aspectos da assistência que inclui também a estrutura física do serviço, que se configura como sendo as materialidades da Casa de Parto. Seus mobiliários e instalações, o ambiente circunvizinho, entre outros, representa um componente importante do cuidado recebido no âmbito das instituições de saúde:

...ah, eu achei aconchegante, ...onde ficava no trabalho de parto, achei bom que tinha banheira [...] aí, ela [a enfermeira] falou que dava refeição, que você podia comer... Eu achei estranho de ser um atendimento desse do SUS. Falei: *Nossa, parece outro mundo!* (Carina).

A Casa de Parto é descrita pelas mulheres como um ambiente mais leve e tranquilo quando comparada aos hospitais tradicionais:

...o ambiente me agradou... É um quarto rosa, outro quarto azul, outro quarto verde... tem aquele quadro de fotos, depoimentos de gestantes... de pais que assistiram parto... o ambiente pra mim... ajudou bastante... [No hospital é] todo mundo de branco, é tudo branco, é uma porta de vidro, é todo mundo sério, é um corredor... aí tem uma mulherzinha no cartaz pedindo silêncio (Dulce).

Vale lembrar que os centros de parto normais, pela sua estrutura física e de recursos humanos, foram criados como forma de resgatar o direito a privacidade e a dignidade da mulher ao dar à luz⁽⁶⁾. Estes atributos podem ser dificultados ou facilitados quando se considera as materialidades que compõem uma instituição de saúde. Esse conjunto de objetos e pessoas interagindo simultaneamente pode ou não propiciar

o exercício da autonomia e o acesso ao direito de privacidade no processo de parturição. Durante o trabalho de parto e parto, na maioria das vezes, a mulher encontra-se submetida às condutas pré-estabelecidas nos protocolos assistenciais dos serviços e a evolução do parto é controlada, o que impede sua participação ativa do processo. O exercício da autonomia durante a parturição implica, necessariamente, no respeito pelo direito da mulher de participar das decisões quanto aos cuidados que necessita e reconhece como importantes para o seu bem-estar. Autonomia, individualidade e privacidade são condições imprescindíveis para o cuidado humanizado:

...acho que o principal é respeitar você... sua individualidade. Acho que o que é humanizado é saber quem eu sou, saber da minha história... eu ser única naquele momento... de não ser mais um. Eu era única, era a Valéria, era a Luana [o bebê]... eu acho que isso que é o mais importante... (Valéria).

Na concepção de alguns profissionais de saúde, o cuidado humanizado ao parto, deve expressar a atenção à individualidade da mulher, considerando seus padrões culturais e sentimentos⁽¹⁵⁾. Esse pressuposto do modelo que se propõe resgatar é fundamental para que a mulher assumira o controle sobre o seu corpo e seus processos de vida:

...você escolhe o que fazer... ela falou pra mim: *você prefere dar uma volta?* ...eu falei: *não, eu prefiro ficar aqui quietinha*, e ela falou: *...tudo bem, você fica do jeito que você achar melhor; se você falar pra mim que quer deitar, que quer sentar, que você quer andar, a gente deixa você livre do jeito que você quiser* (Mabel).

A proposta de humanização da assistência ao parto vem ao encontro dos anseios das mulheres de que a vivência do parto seja uma oportunidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, mas sim uma experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com suas expectativas, que podem ser demonstradas em um plano de parto previamente elaborado⁽¹⁶⁾. É no âmbito desta relação de confiança que o outro aprende que pode contar com o cuidado comprometido e pontual:

...eu não sabia se a minha bolsa tava estourando [...] eu falei: *eu vou ligar* (para a casa de parto)! [...] a enfermeira me atendeu, aí ela... nossa, ela foi, assim, super gentil, a gente ficou acho que 1h no telefone, eu contei tudo o que tava acontecendo [...] então, ela me deu toda a assistência [...] ela me deu uma certa segurança, né? Por isso que eu quis ir pra lá (Fernanda).

A intersubjetividade é pré-condição da vida dessas mulheres em situação de parto e configura um sentido social. O significado que é vivenciado na singularidade, é ao mesmo tempo vivenciado com as pessoas que mantém a relação direta, no tempo e espaço, na relação face a face⁽⁹⁾. Aos poucos, no discurso, as mulheres deslocam sua atenção do entorno (pessoas, coisas, cuidados) e passam a expressar a sua participação no processo de parturição. A maioria das práticas descritas nas falas destaca os procedimentos utili-

zados, que vão desde a simples presença do profissional e dos acompanhantes, até as intervenções diretas, tais como a massagem, o banho, o uso da bola suíça, a indução das contrações, a ruptura artificial das membranas amnióticas, a adoção das posições para o parto, entre outras:

...eu fiquei andando... aí, enquanto eu tava sentindo as dores... ela falou pra eu fazer agachamento [...] eu andava rápido [...] ela me pôs no banho, aí eu fiquei lá uma hora e pouco... eu ganhei 2 cm de dilatação, aí, ela voltou, fez o exame de toque... ela falou pra eu ficar me movimentando em cima da bola, eu fiquei... aí ela estourou minha bolsa... me pôs no banho de novo... fiquei andando pra lá e pra cá... (Carina).

Por outro lado, mesmo parecendo uma atitude profissional autoritária e impositiva, uma das falas aponta o rigor da conduta de uma das enfermeiras como imprescindível para a sua atitude na finalização do seu parto:

...elas [as enfermeiras] são mães, porque elas são fortes também, são rigorosas, como têm que ser, *olha, tem que ser assim, e vai ser assim... você já tá aqui, você já tá conseguindo, não desiste, você é mulher, já tem uma filha*, então, eles dão umas lições de moral em você que você perde a linha, você perde a bola, você fica *meu Deus, é verdade* ...Então, se eu não tivesse levado essas chamadas de atenção, eu acho que eu teria desistido (Dulce).

Embora a postura rígida do profissional tenha sido aceita pela mulher como ponto de apoio, essa fala também evidencia o valor dado ao papel feminino no momento do parto, bem como a relação de poder existente na relação profissional-usuário. Esses achados impõem, minimamente, uma reflexão sobre os aspectos da construção social de gênero e a forma como se entende o papel social da mulher no ciclo reprodutivo e para além dele. Observa-se que o profissional impõe à mulher um desempenho compatível com o que o senso comum define o seu papel social, como sendo a mulher forte e feita para parir.

Ressalta-se que o conhecimento de mulheres em situação de parto e dos profissionais que a atendem se encontram em um contexto objetivo de sentido, ou seja, mesmo sendo uma referência de configuração subjetiva de sentido, trata-se de um conhecimento típico que pode ser modificado a partir da interação entre a mulher, o familiar e o profissional de saúde. A tipificação é um esquema de referência usado na esfera da vida prática cujos elementos tomamos na relação interpessoal. No momento da relação face a face esses tipos podem ser modificados: os participantes estão conscientes um do outro, estão voltados um para o outro por isso é preciso refletir sobre o que dizem e sobre o que fazem. Na vida cotidiana as tipificações que realizamos não modificam nossa atitude em relação à vida e às suas exigências práticas. Não somos tipos fixados. Existe uma margem de liberdade e de indeterminação que nos permite parar de desempenhar o papel que o tipo nos havia imposto⁽¹³⁾.

Interessante observar na fala que se segue o reconhecimento de que a experiência profissional é importante para o bom desempenho da assistência ao parto:

...eu acho que elas não são meninas novas, já são pessoas experientes, a maioria já vem de outros hospitais... (Dulce).

Ao mesmo tempo em que vive a experiência, durante todo o tempo a mulher avalia a competência do profissional na administração da assistência, e quando avalia o cuidado recebido no contexto da Casa de Parto, algumas mulheres apontam para outras necessidades implicadas no processo de cuidado.

As necessidades de cuidado

As expectativas das mulheres em relação ao cuidado nos remetem à fenomenologia social como ação humana. Esta é planejada a partir de um projeto que se propõe realizar. Sendo a ação subjetiva, sua compreensão se dará pelos motivos da ação que se prendem ao passado sedimentado na bagagem de conhecimentos adquiridos e que vão determinar o projeto que se refere ao fim a ser atingido, que desencadeia a ação⁽¹³⁾.

A partir do contexto de significados que fazem parte da vivência da mulher em situação de parto, na medida em que são chamadas a refletir sobre a sua experiência de serem cuidadas no âmbito de uma Casa de Parto, as participantes do estudo apontam outras necessidades, como por exemplo, a de ter, na hora do parto, a enfermeira que fez as consultas, durante o período que antecede o trabalho de parto. Outro aspecto salientado nos depoimentos foi a necessidade de ter, além da enfermeira, outros profissionais e recursos para a assistência:

eu acho que, talvez, deveria ter um pediatra e um ginecologista no mesmo esquema, sabe? Mesmo esquema, assim: humanizado, direitinho [risos], na linha que elas trabalham... (Carina).

A fala acima incita uma reflexão sobre a política pública de saúde que, por meio da já citada Portaria nº 985/GM/99, estabelece os recursos materiais e humanos mínimos para o funcionamento deste tipo de serviço⁽¹⁷⁾. A adoção dos princípios constantes da citada portaria, sem considerar a Portaria 569/2000 que instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS, muitas vezes, motiva críticas ao modelo proposto classificando-o como um serviço simplificado e pouco seguro. Essa avaliação constitui um fator dificultador para a aceitação do modelo proposto, tanto por parte dos profissionais quanto dos usuários. É possível notar que essa polêmica se mantém e talvez possa justificar a pouca adesão dos profissionais da rede pública de saúde, principalmente os envolvidos com o cuidado pré-natal, quanto ao encaminhamento das gestantes às Casas de Parto existentes, culminando com um número de atendimentos realizado muito inferior à sua capacidade⁽¹⁸⁾.

Outro aspecto a ser considerado é a expectativa dos usuários dos serviços de saúde em ser atendidos preferencialmente por médicos, atitude esta fortemente influenciada pela cultura do modelo biomédico praticado há tanto

tempo no Brasil. Ao mesmo tempo, outra pesquisa sobre resultados da assistência ao parto em um Centro de Parto Normal apontou as vantagens da unidade intra-hospitalar, que eleva a resolutividade do serviço em vários aspectos, principalmente quando há necessidade do pediatra e do obstetra, evitando as transferências, que se impõem em unidades extra-hospitalares⁽⁵⁾.

Todas essas questões podem implicar na organização do serviço público de atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, uma vez que a hierarquização dos serviços, conforme o grau de complexidade da assistência pressupõe a existência de um sistema de referência e contra-referência efetivo.

Embora as discussões sobre os aspectos organizacionais dos serviços de saúde sejam, na maioria das vezes, do domínio dos técnicos da área, foi possível observar em um dos discursos que a necessidade de um sistema de referência e contra-referência para a assistência ao parto precisa ser considerado:

...fiquei até meio preocupada... porque você fica à mercê deles, assim, de eles te mandar pra qualquer lugar [...] eles [no Programa de Saúde da Família] não falam nada de Casa de Parto. Nunca ouvi falar... Eu fiquei sabendo dessa Casa de Parto por indicação de uma mulher que ganhou nenê lá... (Dulce).

Este discurso traz à tona a problemática da falta de integração entre os diversos programas propostos pela política de saúde do país. Para a integração das ações se faz necessária a organização de um sistema de referência e contra-referência que dê cobertura para as necessidades identificadas pelos serviços básicos de saúde, de forma que se otimize recursos na solução dos problemas diagnosticados⁽¹⁹⁾.

O entendimento dos usuários sobre as políticas públicas fortalece seu papel na sociedade e representa muito mais do que o de ser simples consumidor dos produtos e serviços. Na medida em que participa, discute e reivindica seus direitos de usuário, exercendo seu direito de cidadania.

Qualquer que seja o espaço de cuidado da mulher em situação de parto, no seu mundo vida ela espera manter uma relação social profunda vivida sob a forma do *nós* que permite a compreensão do outro como único, em sua singularidade⁽¹³⁾. O parto constitui uma experiência típica no mundo cultural. Ele demanda esforços físicos, mentais, emocionais e sociais, pois envolve a participação de pessoas (a mulher, o bebê, os familiares, a comunidade) e sempre ocorre em um contexto biossociocultural onde os sujeitos interagem com os seus conhecimentos, crenças e valores⁽²⁰⁾.

Falar no cuidado ao parto e ao nascimento implica considerar todas as subjetividades, que ultrapassam o contexto real onde ocorre o parto. Seja no domicílio, em uma casa de parto ou num hospital, este evento configura-se como uma experiência de múltiplos sentidos que necessita ser apreciada sob a ótica da integralidade e transdisciplinaridade.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi possível constatar que a mulher que escolhe a Casa de Parto para dar à luz busca pelo cuidado humanizado e, durante o processo de parturição vivenciado naquele contexto, tem experiências positivas e negativas.

A necessidade de cuidados evidenciada pela mulher de ter outros profissionais de saúde disponíveis no momento do parto remete à importância do estabelecimento de diálogo entre as diversas categorias profissionais e o exercício do respeito pelas competências específicas de cada um. Desta forma, sugere-se que o espaço da Casa de Parto seja considerado como um local que propicie a retomada da concepção de que o parto e o nascimento não são, por si, eventos em que o risco está implícito, mas sim que fazem parte de um processo que pode ser vivido pela mulher e acompanhado pelo profissional, seja ele médico ou enfermeiro.

Vale ressaltar que a realização do parto não é privativa de um profissional em particular, mas, ao contrário, pode incluir a participação de vários outros, nas suas diversas competências. O que devem ser garantidos são o fortalecimento e a manutenção do modelo de assistência ao parto que atenda os preceitos do humanismo e aqueles relativos

ao uso racional e seguro das tecnologias disponíveis, segundo as necessidades da parturição e do nascimento.

Os achados deste estudo sobre a vivência da mulher durante o cuidado recebido no contexto de uma casa de parto indicam que o modelo de assistência ali implementado tem o potencial de proporcionar o cuidado centrado nas necessidades da parturiente, cuidado este que não depende apenas das rotinas e da estrutura física do local do parto, mas também de uma postura profissional comprometida com uma forma de cuidar sensível e competente. No que se refere às políticas públicas de assistência ao parto, se faz necessário discutir seu impacto sobre os indicadores de saúde perinatal, bem como incrementar a produção científica sobre a temática da assistência ao parto e nascimento em contextos que norteiam suas condutas conforme o preconizado pelas evidências científicas e pelos pressupostos da integralidade do cuidar. Tal produção muito contribuirá para o desenvolvimento da assistência obstétrica.

No âmbito do ensino é fundamental a inclusão dos conhecimentos das ciências humanas e sociais no conteúdo programático dos cursos formadores de profissionais da saúde, particularmente daqueles que se propõem assistir às mulheres durante o processo de gestação, parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):646-54.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra; 1996. (Relatório Técnico).
3. Brasil. Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Dispõe sobre a criação do Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do SUS [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2009 mar. 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>
4. Hoga LAK. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2004 [citado 2009 set. 6];57(5):537-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a04v57n5.pdf>.
5. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1349-59.
6. Machado NXS, Praça NS. Centro de Parto Normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):274-9.
7. Machado NXS, Praça NS. Infecção puerperal em Centro de Parto Normal: ocorrência e fatores predisponentes. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):55-60.
8. Brasil. Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília; 2001.
9. Schütz A. *El problema de la realidad social*. Escritos I. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
10. Nery TA, Tocantins FR. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir à gestante. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2006 [citado 2009 set. 7];14(1):87-92. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a14.pdf>.
11. Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):17-24.
12. Dias MAB, Deslandes SF. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: Deslandes SF, organizador. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 351-69.
13. Capalbo C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz*. Londrina: UEL; 1998.
14. Figueiredo B, Costa RPA. Experiência de parto: alguns fatores e consequências associadas. *Análise Psicol*. 2002;20(2):203-17.

-
15. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10 Supl:221-30.
 16. Dias MABD, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):669-705.
 17. Pereira VM, Maranhão MASA, Andreoni S, organizadores. Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém nascido: manual. São Paulo: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; 2002.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2007 abr. 6]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-569.htm>.
 19. Lucchese P. Introdução: Políticas Públicas em Saúde [Internet]. 2004 [citado 2009 set. 7]. Disponível em: [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=t&menuld=2&subject=healthPolicies&search=\(\\$\)*\(introduction/channel\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=t&menuld=2&subject=healthPolicies&search=($)*(introduction/channel))
 20. Chubaci RYS, Merighi MAB, Yasumori Y. A mulher japonesa vivenciando o câncer cérvico-uterino: um estudo de caso com abordagem da fenomenologia social. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2005 [citado 2009 out. 20];39(2):189-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/09.pdf>