



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

POSIÇÕES ASSUMIDAS DURANTE O PARTO NORMAL: percepção de puérperas atendidas numa maternidade de Jataí-Goiás

Eline Feitosa Paiva¹
Hellen Cristina Sthal²
Valquíria Coelho Pina Paulino³
Giulena Rosa Leite⁴

RESUMO: Historicamente, o parto era um ritual realizado pela parteira ou outra mulher de confiança e envolvia toda a família e contexto sociocultural da gestante. Porém, após a Segunda Guerra Mundial, esse processo fisiológico foi institucionalizado, com justificativa de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil. O parto deixou de ser um evento fisiológico e social, assistido pela família, para se tornar um momento no qual os profissionais de saúde assumem o controle de todas as ações do pré-parto e parto, minimizando o protagonismo e a autonomia da mulher, induzindo-a a parir em posição horizontal, que facilita a realização de procedimentos médicos. A Organização Mundial de Saúde reconhece os benefícios das posições verticais no trabalho de parto e recomenda que as mulheres sejam estimuladas e encorajadas a assumir a posição que desejarem no decorrer do parto, cabendo à equipe de saúde estar preparada para prestar o cuidado na posição escolhida. Buscando contribuir nesse cenário, este estudo teve como objetivo principal analisar a percepção de puérperas quanto às posições corporais assumidas durante o trabalho de parto normal, considerando os estágios de dilatação (1º estágio) e de expulsão (2º estágio). Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, realizada numa maternidade do município de Jataí-GO, cuja coleta de dados ocorreu no período de junho a agosto de 2017, tendo como participantes 14 puérperas, que aceitaram ser entrevistadas e assinaram o TCLE após esclarecimento. Os dados foram analisados à luz da técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os dados encontrados desvelam a insuficiência das informações fornecidas à mulher durante o pré-natal e o parto. São diversas as posições que as mulheres podem assumir durante todo o trabalho de parto, porém essa pluralidade não é do conhecimento delas. Todas as participantes do estudo pariram em posição litotômica e poucas delas assumiram posições verticais no período de dilatação. As que adotaram essas posições justificaram alívio da dor, mas não foram informadas sobre benefícios e ou contraindicações de cada posição. É preciso desmistificar a ideia de que os profissionais de saúde são os protagonistas do trabalho de parto.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Humanização do parto; Posições no parto normal.

POSITIONS ASSUMED DURING NORMAL LABOR: perception of puerperal women attended at a maternity hospital in Jataí - Goiás

ABSTRACT: Historically, childbirth was a ritual performed by the midwife or other trusted woman and involved the entire family and sociocultural context of the pregnant woman. However, after Second World War, this physiological process was institutionalized with the

¹ Email: eline_fp@hotmail.com

² Enfermeira. Professora mestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: hellen_sthal@hotmail.com

³ Enfermeira. Professora doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: valquiria.enf.ufg@gmail.com

⁴ Enfermeira. Professora doutora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Jataí (GO), Brasil. Email: giulena@gmail.com



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

justification of reducing the high rates of maternal and infant mortality. Childbirth ceased to be a physiological and social event, assisted by the family, to become a moment in which health professionals take control of all pre-delivery and childbirth actions, minimizing women's protagonism and autonomy, inducing - to give birth in a horizontal position, which facilitates the performance of medical procedures. The World Health Organization recognizes the benefits of vertical positions in labor and recommends that women be stimulate and encouraged to assume the position they wish during childbirth-with the health staff being prepared to provide care in the chosen position. Aiming to contribute to this scenario, this study aimed to analyze the perception of puerperal women regarding body positions assumed during normal labor, considering the stages of dilatation (1st stage) and expulsion (2nd stage). This is a qualitative study carried out in a maternity hospital in the city of Jataí-GO, whose data collection occurred from June to August 2017, with the participation of 14 postpartum women, who agreed to be interviewed and signed the consent informed. The data were analyzed by the Bardin approach. The data found reveal the insufficiency of information provided to the woman during pre-natal and childbirth. There are several positions that women can take during all labor, but this plurality is not known to them. All the participants of the study appeared in a lithotomic position and few of them assumed vertical positions in the period of dilation. Those who adopted these positions justified pain relief, but were not informed about benefits and / or contraindications of each position. It is necessary to demystify the idea that health professionals are the protagonists of labor.

Keywords: Obstetric nursing; Humanization of childbirth; Positions in normal labor.

INTRODUÇÃO

Historicamente o trabalho de parto era percebido como um ritual familiar, acompanhado pela parteira ou “aparadeira” de confiança da família. Segundo Pinheiro e Bittar (2012, p. 213) “a gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do *status* de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.” O parto era visto, então, como um processo fisiológico e natural da mulher, vivenciado, na maioria das vezes, com a mulher assumindo posições corporais verticais. Porém, após a Segunda Guerra Mundial, o processo de nascimento, antes íntimo e familiar, passou a ser institucionalizado com a justificativa de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Nesse cenário, o parto deixa de ser um processo fisiológico assistido pela família e pela parteira, tornando-se um processo institucional e medicalizado, no qual profissionais de saúde assumem o controle das ações de pré-parto e parto, muitas vezes minimizando o protagonismo e a autonomia da mulher e induzindo-a a realizar o parto em posição horizontal. Tal posição facilita ao profissional médico a realização de procedimentos como administração parenteral de ocitócitos, realização de episiotomia, dentre outros procedimentos para a retirada da criança que podem



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

trazer danos significativos às parturientes se forem realizados indiscriminadamente (MAMEDE et al., 2007).

Essa mudança de foco no processo do parto foi determinante para o afastamento familiar e da rede social do processo do parto, já que as modificações ocorridas atendem geralmente às necessidades médicas e não da gestante ou da família (PINHEIRO; BITTAR, 2013). O parto passa a ser então um ato médico, no qual “o corpo da mulher é compreendido como máquina e a assistência prestada como linha de produção” (SANFELICE et al., 2014, p. 363). As ações dos profissionais de saúde durante o processo de parto têm se tornado muitas vezes rotineiras, não considerando os sentimentos, opiniões, direitos e desejos da parturiente.

Na tentativa de melhorar a assistência ao trabalho de parto, o Ministério da Saúde (MS) publicou, em 2002, o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, que apresentou como objetivo principal devolver à mulher o protagonismo das ações sobre os momentos de pré-parto e parto. Dentre as medidas listadas nesse manual estão: a estimulação da mulher na tomada de decisões quanto à posição de parto; uso de medidas alternativas não medicamentosas para alívio da dor (como água morna e massagens, por exemplo); a escolha de movimentar-se ou não e realizar exercícios se desejar; e que a mulher seja atendida por profissionais capacitados para prestar um cuidado humanizado, em que sejam esclarecidas suas dúvidas e respeitadas as suas opiniões (CAUS et al., 2012).

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicado no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão [...] (RATTNER, 2009, p. 599).

Segundo Silva et al. (2011, p. 61) “humanizar o parto significa colocar a mulher no centro e no controle como sujeito de suas ações, participando intimamente e ativamente das decisões sobre seu próprio cuidado”. O momento do parto é geralmente muito esperado e idealizado pela gestante, podendo gerar altos



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativas sobre essa situação. Nesse sentido, o parto humanizado tem como intenção devolver à mulher o seu papel de protagonista das ações do parir, respeitando as suas escolhas e acolhendo essa parturiente em suas necessidades (PINHEIRO; BITTAR, 2013).

A equipe de enfermagem é de suma importância na implementação do parto humanizado, e o(a) enfermeiro(a) obstetra tem respaldo para realizar partos nos quais a gestação é de baixo risco, conforme a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7.498/86 (COFEN, 1986). Além do conhecimento técnico e científico, o(a) enfermeiro(a) obstetra é capacitado numa perspectiva humanística, para reconhecer que cada parturiente tem uma cultura própria, bem como necessidades e desejos diferentes, o que implica, necessariamente, a individualização e personalização do cuidado prestado (CAMPOS et al., 2016).

Todos os profissionais integrantes da equipe de saúde devem respeitar as decisões tomadas pela parturiente, como a de se alimentar, a de se movimentar durante o primeiro momento do trabalho do parto, assim como a posição corporal que a mesma quer assumir durante o parto normal, podendo ser horizontal (posição dorsal, litotômica, na banheira, decúbito lateral esquerdo) ou vertical (em pé, de cócoras, sentada em assento, na bola suíça). É recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que as mulheres sejam estimuladas e encorajadas a assumir a posição que desejarem no decorrer do parto, cabendo à equipe de saúde estar preparada para prestar o cuidado na posição escolhida (BRUGGEMANN et al., 2009).

Nesse contexto, torna-se relevante a realização de pesquisas que se dediquem a verificar as posições corporais que têm sido assumidas pelas mulheres durante o trabalho de parto, assim como as possíveis implicações dessas posições e o conhecimento e percepções das parturientes acerca do assunto. O presente estudo buscou contribuir nesse cenário, identificando as posições assumidas e as percepções que as mulheres têm sobre essas posições, trazendo contribuições para o debate acerca da autonomia da parturiente na tomada de decisão durante o seu trabalho de parto.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

OBJETIVOS

O objetivo principal do estudo foi analisar a percepção de puérperas quanto às posições corporais assumidas durante o trabalho de parto normal, nos estágios de dilatação (1º estágio do trabalho de parto) e de expulsão (2º estágio). Além disso, como objetivos específicos, buscou-se identificar quais foram as posições assumidas por essas mulheres, se elas receberam orientações sobre essa questão, e o conhecimento delas sobre a humanização do parto e sobre as diversas possibilidades de posições que podem ser assumidas durante o parto normal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo. A coleta de dados foi realizada numa maternidade pública do município de Jataí-GO, no período de junho a agosto de 2017. Foram incluídas como participantes da pesquisa as puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram partos normais, primíparas ou múltiparas, que estavam internadas no alojamento conjunto dessa maternidade no período de coleta de dados, e que aceitaram participar de livre e espontânea vontade da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas puérperas que tiveram parto gemelar, prematuro ou óbito fetal.

As puérperas que atenderam aos critérios de inclusão foram entrevistadas a partir de um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra pelas pesquisadoras para análise. O conteúdo das gravações foi utilizado apenas para os fins desta pesquisa. Para manter o sigilo acerca da identidade das participantes, as mesmas foram nomeadas como A1, A2, A3, e assim sucessivamente.

Optou-se por analisar os dados considerando as contribuições metodológicas da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Para esta autora, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas e métodos de análise das comunicações, para as quais se utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Esta análise consiste em depurar descrições de conteúdo muito aproximadas, subjetivas, utilizando procedimentos acerca do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

O estudo foi realizado respeitando a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Parecer n. 2.077.741).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O trabalho de parto é um processo complexo, durante o qual a mulher tende a vivenciar diversas alterações emocionais como: medo, ansiedade, alegria, desconfiança, incerteza, desconforto, frustração. Assim, esse é o principal momento em que a equipe de saúde deve orientá-la sobre como lidar com a dor, com o desconforto, como respirar de forma adequada, sobre a possibilidade de deambular, se alimentar, tomar banho de chuveiro, ser massageada caso deseje, sobre as posições que pode assumir nos diferentes momentos do trabalho de parto e sobre o uso ou não de medicamentos para redução da dor (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Segundo Miquelutti (2006, p.14), “a humanização do parto envolve um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas que tem como objetivo a realização do parto e nascimento de forma saudável, e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal”. No intuito de humanizar o parto, a equipe deve incentivar a mulher a deambular, pois este ato, além de reduzir o tempo do trabalho de parto, acelera a descida do feto e diminui a dor lombar. Mamede et al. (2007) também concordam que é melhor para mulher e para o bebê que ela se mantenha em movimento, o que estimula as contrações uterinas, melhora o fluxo sanguíneo placentário, diminui o tempo de trabalho de parto e a intensidade da dor.

Quando a mulher passa a maior parte do período de pré-parto e parto assumindo posições verticais, a descida fetal é favorecida devido à força da gravidade, reduz a compressão dos grandes vasos sanguíneos maternos, melhora o ângulo de encaixe e a eficiência das contrações uterinas. Vários trabalhos científicos têm mostrado os benefícios de a puérpera assumir posições verticais que lhe tragam maior conforto, comprovando os benefícios de cada uma delas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), inclusive, considera prejudicial ou ineficaz a tradicional posição horizontal litotômica, não recomendando que a mulher permaneça nessa posição durante os períodos de pré-parto e parto, porém alerta que se deve respeitar a escolha da posição corporal que a parturiente quer assumir. Comparando-se posições horizontais com as verticais, percebe-se que as posições



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

verticais reduzem o período expulsivo, a queixa de dores insuportáveis, o número de partos cesáreos, a realização de episiotomia e a ocorrência de alterações do batimento cardíaco fetal (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2009).

Pesquisas realizadas sobre o tema têm evidenciado que parturientes primíparas que se mantiveram na posição vertical do tipo sentada tiveram redução do período de trabalho de parto em consequência da pressão aplicada pela parede abdominal e pelo diafragma sobre o útero (LOPES et al., 2003). Além disso, posições verticalizadas possuem maior potencial de devolver à mulher a autonomia de decisão sobre as ações realizadas durante o trabalho de parto, além da visualização do nascimento do seu bebê. Percebe-se, ainda, que as posições verticais reduzem os traumas perineais, o edema da vulva e o uso de episiotomia (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2009).

É consenso geral, entre os profissionais que aderiram aos princípios da humanização, que as vantagens das posições verticalizadas estão nas evidências de menor desconforto e dificuldade dos puxos, diminuição das lacerações vaginais ou perineais, diminuição das dores e do período expulsivo que reduzem a asfixia neonatal (MOUTA et al., 2008, p.473).

Segundo Nilsen et al. (2011), a posição que a mulher assume durante o trabalho de parto pode interferir na intensidade da dor. A posição horizontal não favorece a movimentação da puérpera, podendo gerar um aumento do sofrimento e do cansaço, e aumentar o tempo do período expulsivo e o número de intervenções obstétricas. Nas posições horizontais a parturiente pode sofrer estrangulamento dos grandes vasos sanguíneos, o que dificulta a troca gasosa entre a mãe e o bebê, levando a falta de eficiência das contrações uterinas, o que acaba acarretando o prolongamento do trabalho do parto, da dor e o aumento de intervenções cirúrgicas (MIQUELUTTI, 2006).

Nas posições verticais a perna da puérpera funciona como uma alavanca colaborando com a abertura de passagem do bebê pela pélvis, além de diminuir o ângulo entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto e da coluna vertebral da mãe, o que demanda menor esforço do útero e ainda colabora com o ganho de 30 a 40 mmHg de pressão intrauterina pela mãe (MAMEDE et al., 2004).



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Para que o parto progrida de forma natural é necessário que a mulher apresente força de contração uterina eficiente, mobilidade pélvica e adequado encaixe do feto, conjuntamente. A inadequação de um desses fatores vai dificultar o trabalho de parto e o nascimento. A posição materna é um quarto fator que complementa os anteriores, e que se associa com a ocorrência do parto natural, pois tem relação direta com a contração uterina, com o encaixe do feto, com a mobilidade da pelve e com o efeito da força de gravidade (MIQUELUTTI, 2006, p.16 e 17).

São diversas as posições que a mulher pode assumir no eixo vertical. Uma delas é a posição semi-sentada (SS), na qual a mulher permanece com uma inclinação de 30° sobre um assento próprio para o parto com as pernas fletidas e afastadas. Alguns estudos apontam que a intensidade da dor é maior nessa posição, trazendo menos conforto (NILSEN et al., 2011), sendo recomendável que as parturientes não permaneçam nessa posição por um longo período no 2º estágio do trabalho de parto (período expulsivo) em consequência do risco de edema vulvar devido à dificuldade de retorno venoso (SILVA et al., 2007).

Outra possibilidade é a posição de cócoras, na qual ocorre a flexão das coxas sobre o abdome, colaborando com a retificação da curvatura lombo-sacra e rotação superior da sínfise púbica. É bastante utilizada durante o pré-natal para fortalecimento dos membros inferiores e da musculatura perianal. No trabalho de parto, essa posição pode encurtar o período expulsivo e reduzir o número de episiotomias (OLIVEIRA et al., 2006). Porém, apesar desses benefícios, é uma posição que pode trazer desconforto a puérpera (SILVA et al., 2007).

A posição de quatro apoios ou de mãos Joelho tem favorecido o desprendimento biacromial na distócia de ombro, além de reduzir as lacerações perineais, por favorecer a proteção perineal durante a deflexão cefálica (SILVA et al., 2007), sendo sugerida quando há uma evolução muito rápida do trabalho de parto pelo fato da mulher ter maior controle com relação ao feto (OLIVEIRA et al., 2006).

Outra possibilidade é a realização do parto na água, que além de trazer relaxamento da mãe durante os períodos de dilatação, diminui a intensidade da dor no período expulsivo devido o efeito relaxante da água morna sobre o corpo da mulher. Já o parto *Leboyer* acontece em um ambiente calmo e com pouca luz, e logo após o nascimento o bebê é colocado sobre o peito da mãe para que ele seja



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

acariciado e amamentado e em seguida é colocado em uma banheira com água morna recriando o ambiente que ele vivia dentro do útero da mãe (OLIVEIRA et al., 2006).

Com relação às posições horizontais, a mais indicada é a de decúbito lateral esquerdo (DLE), que pode reduzir o uso de ocitocina, de episiotomia, a perda de sangue materno, traumas perianais devido ao prolongamento do período de distensão, permitindo que o períneo se distenda aos pouco sem que haja o rompimento (NILSEN et al., 2011). É considerada posição padrão quando se busca impedir a hipotensão e melhorar a oxigenação fetal durante o período expulsivo (SILVA et al., 2007).

Fica evidente a importância das posições corporais assumidas pela parturiente durante o pré-parto e parto, e que tanto a equipe de saúde quanto a parturiente conheçam as diversas posições e seus riscos e benefícios, afim de realizar escolhas esclarecidas e consentidas. A maior preocupação da mulher na escolha de qual posição se apropriar durante o trabalho de pré-parto e parto é a de segurança quanto à saúde do bebê, cabendo aos profissionais de saúde orientá-la sobre as vantagens e desvantagens de cada uma das posições e incentivá-la a apropriar-se daquela que lhe traga maior segurança e conforto (BARACHO et al., 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes

A pesquisa foi realizada com 14 puérperas. Quanto à idade, 3 puérperas (21,4%) possuíam entre 18 e 20 anos; 9 (64,3%) tinham entre 20 e 30 anos e 2 (14,3%) possuíam mais de 30 anos de idade. No que se refere à cor, 2 puérperas (14,2%) se declaram negras; 4 puérperas (28,5%) se declaram brancas e 8 puérperas (57,1%) se declaram pardas.

Com relação à escolaridade, 2 participantes (14,3%) afirmaram ter ensino superior completo; 5 (35,7%) ensino médio completo; 2 (14,3%) ensino médio incompleto; 3 (21,4%) ensino fundamental completo e 2 (14,3%) ensino fundamental incompleto.

Sobre o estado civil, 4 puérperas (28,6%) se declaram solteiras; 2 (14,3%) afirmaram estar em uma união estável e 8 (57,1%) se declaram casadas. Quanto



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

ao número de gestações, 6 (42,8%) participantes eram primigestas e primíparas (primeira gestação e primeiro parto); 4 (28,6%) tiveram duas gestações; 2 (14,3%) tiveram três gestações; 1 (7,1%) teve quatro gestações e 1 (7,1%) teve sete gestações.

Com relação a abortos prévios, 1 participante (7,1%) relata ter tido um aborto; 1 (7,1%) relata ter tido dois abortos e 12 (85,7%) relatam não ter tido abortos prévios. Sobre o número de cesáreas prévias, 1 puérpera (7,1%) refere ter tido uma cesária anteriormente e 13 puérperas (92,8%) referem não terem tido cesárea anteriormente.

A maioria das puérperas entrevistadas possuía entre 20 a 30 anos de idade, primigesta e primípara e não tiveram abortos prévios. Estudo realizado por Messias et al. (2018), abordando o tema violência obstétrica e tendo primíparas como participantes do estudo, evidenciou a carência de informações e a desumanização no atendimento a essas mulheres.

Categorias de análise

A análise dos dados obtidos nas entrevistas convergiu para a formação de cinco categorias temáticas, as quais expressam diferentes percepções das puérperas sobre as posições assumidas no trabalho de parto (tanto no período de dilatação quanto no período expulsivo) frente às possibilidades de posições; sobre informações e conhecimentos prévios acerca do tema e sobre as orientações que receberam ou não de profissionais de saúde durante o trabalho de parto. Segue-se a análise das categorias que emergiram.

Conhecimento sobre humanização do parto

Ao serem indagadas se já ouviram falar sobre parto humanizado e sobre como seria esse parto na perspectiva delas, a maioria das mulheres entrevistadas (11) afirmou ter algum conhecimento prévio sobre o assunto. As ideias que sintetizam a percepção delas sobre o parto humanizado estão exemplificadas nos trechos de falas a seguir:

Humm... é aquele parto feito em casa, que você tem mais... acho que disponibilidade de você estar mais a vontade, não ter anestesia. (A1)



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

É quando ocorre tudo bem, que a gente é bem tratada na sala de parto como foi o meu parto agora, esse último. (A2)

Parto humanizado é aquele parto na água... é aquele que é feito na água, não é? (A3)

Parto humanizado, além do parto normal, é um parto com ajuda de enfermeiras, médicos, né? e com a natureza da mulher mesmo para induzir o parto normal. (A4)

É assim... o normal. Pra mim, ele tem rápida recuperação e facilidade de amamentar melhor. (A8)

É um parto onde ficam profissionais acompanhando, auxiliando no trabalho de parto e na dor. (A12)

Três das puérperas entrevistadas afirmaram não saber ao certo ou não possuir informações prévias sobre parto humanizado.

Não muita coisa. (A11)

Nada. (A13)

Sei lá. (A14)

A maioria das mulheres entrevistadas expressou noções sobre humanização do parto (78,6%), o que pode sugerir o crescimento e popularização do tema nas mídias sociais, na comunidade em que vivem e no pré-natal. Contudo, identifica-se a partir do conteúdo das falas uma percepção superficial e simplificada dessas puérperas sobre humanização do parto. A maioria delas relacionou parto humanizado ao parto vaginal em que se tem “acompanhamento profissional”, “assistência à dor” e no qual a mulher é “bem tratada”. Além do conceito de “bem tratada” ser altamente subjetivo, nenhuma das entrevistadas mencionou sobre autonomia e poder de decisão da parturiente, sobre redução de intervenções médicas e/ou sobre o atendimento a direitos básicos, como o de ter um acompanhante, como sendo requisitos para um parto humanizado. Sobre a atuação e protagonismo da mulher no momento do parto, apenas a participante A4 mencionou algo que se aproxima dessa questão ao dizer “[...] com a natureza da mulher mesmo para induzir o parto normal”.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Assim, apesar de já terem tido contato prévio com o assunto, essas mulheres não demonstraram ter subsídio de informações para se apropriar do seu trabalho de parto e fazer valerem seus direitos. Esses dados condizem com os achados de Ribeiro et al. (2010) que avaliaram o conhecimento de puérperas sobre parto humanizado e concluíram que as puérperas abordadas durante a pesquisa não possuíam conhecimento suficiente sobre o tema, apesar de terem realizado várias consultas de pré-natal. Com isso, elas tiveram dificuldade em avaliar a humanização durante o atendimento na maternidade.

Conhecimento sobre diferentes posições que podem ser assumidas no trabalho de parto

Ao serem perguntadas se conheciam posições que podem ser adotadas no pré-parto e parto, além da tradicional posição deitada de costas, a maioria das participantes (10) conseguiu citar outras posições, como exemplificado nos trechos a seguir.

Durante o parto normal eu já vi várias posições, né? Que é a cócoras, a posição de quatro também e deitada. (A4)

Cócoras e sentada na bola. (A10)

De cócoras e o do jeito que eu tive deitada de barriga para cima, o tradicional. (A3)

Cócoras, agachada e de quatro. (A7)

Contudo, quatro puérperas afirmaram não conhecer nenhuma outra possibilidade de posição corporal:

Não conheço nenhuma também não. (A13)

Vixe... Agora aí não sei. (A5)

Humm... só a tradicional. (A1)

Ah, eu... só a deitada de barriga pra cima mesmo, a tradicional. (A2)



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Apesar da maioria das entrevistadas saber da existência de outras posições, pode-se perceber que ainda há escassez de informações sobre a grande diversidade de posições, sobre os benefícios e contraindicações de cada uma, sobre a possibilidade de deambular durante o período de dilatação, dentre outros. Esses dados não diferem dos encontrados na literatura, visto que a grande maioria dos trabalhos utilizados no embasamento teórico deste estudo aponta para a escassez de informações fornecidas às gestantes durante o pré-natal e o trabalho de parto.

A educação em saúde é um processo que contribui para que as parturientes possam formar e desenvolver uma consciência crítica a respeito da sua gestação e do seu parto, o que as levará a buscar por autonomia e protagonismo. “[...] A educação em saúde deve ser transformada em uma tomada de consciência crítica e com autonomia, através da comunicação, por meio do diálogo aberto e da escuta ativa (OLIVEIRA, 2015, p. 17).

A equipe de saúde deve fornecer informações, orientações e demonstrações, tanto no pré-natal quanto no trabalho de parto, que possam auxiliar a mulher a se preparar e a fazer suas escolhas, objetivando que elas tenham uma vivência boa e saudável desse momento tão esperado.

Destaca-se que na maternidade onde os dados desse estudo foram coletados não há enfermeiro obstetra, profissional esse que é de suma importância não só no processo de orientação e esclarecimento de dúvidas das parturientes como na própria condução do parto humanizado.

Posições assumidas pelas participantes do estudo

Quando perguntadas sobre quais posições elas assumiram durante o período expulsivo, todas as 14 mulheres entrevistadas afirmaram que pariram em posição litotômica. Seguem trechos que exemplificam as respostas dadas.

A tradicional. (A1)

Deitada de barriga pra cima mesmo. (A2)

[...] foi um trabalho de parto muito rápido então nem usei as posições de parto. (A4)

Deitada. (A11)



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Na maca. (A7)

Deitada de perna pra cima. (A10)

Durante o período de dilatação, quando as parturientes geralmente permanecem na sala de pré-parto e possuem uma gama ainda maior de possibilidades de posições e de deambulação, o cenário não foi muito diferente do da sala de parto, visto que apenas 5 das entrevistadas (35,7%) relataram ter experimentado durante esse período outras posições que não fosse deitada.

Fiz um monte de coisa fiquei andando sentei na bola fiz agachamento. (A6)

Na bola fazendo agachamento. (A8)

Sentada na bola debaixo do chuveiro. (A10)

Várias... em pé, deitada, agachada na bola (A12)

Segundo Silva (2011), deve-se desconstruir a ideia de que a única posição a ser assumida durante o trabalho de parto normal seja a litotômica, assim como se deve preparar as gestantes para que elas possam assumir outras posições. Rattner (2009) ressalta ainda que as parturientes têm o direito de conhecer as diversas possibilidades e de tomar sua própria decisão sobre as ações prestadas no seu trabalho de parto desde que ele não apresente complicações.

Contudo, as maternidades no Brasil, de maneira geral, ainda preconizam a utilização da posição litotômica durante o parto e não oferecem opções para a parturiente escolher a que deseja adotar (Gayeski; Bruggemann, 2009).

[...] o modelo brasileiro de assistência ao parto e nascimento ainda é predominantemente intervencionista, penalizando a mulher e sua família por ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto, e acarretando como consequência taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com os avanços tecnológicos disponíveis. [...] (PINHEIRO E BITTAR, 2013, p.587).



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Percebe-se que foram poucas as posições verticais assumidas pelas puérperas participantes e que todas elas foram adotadas apenas no período de dilatação, na sala de pré-parto. Todas assumiram a posição litotômica no período expulsivo, o que retoma o debate do protagonismo e reforça o uso dessa posição como beneficiadora da autonomia do médico que realiza o parto e não da mulher que está parindo.

Orientações da equipe sobre as possibilidades e benefícios das posições

Quando indagadas se receberam orientações de algum membro da equipe na maternidade sobre as posições que elas poderiam assumir no pré-parto e parto e sobre seus benefícios; 11 puérperas afirmaram que receberam alguma orientação:

Sim, a enfermeira. (A8)

Sim, a enfermeira. (A9)

A enfermeira. (A10)

O médico. (A11)

O médico e a enfermeira. (A12)

Vixe, um monte de enfermeira. (A7)

Foi o doutor lá, que tava lá. (A5)

Tinha uma enfermeira lá, né? que tinha exposto na parede com todas posições, só que aí o tradicional mesmo que é o mais usado, né? então foi o que eu usei. (A3)

Cabe destacar que a maioria delas afirma ter recebido orientações, contudo não souberam especificar que orientações foram essas, o que torna a análise desse dado subjetiva. Assim, como o dado de que foram orientadas “por uma enfermeira”, tendo em vista que a população em geral muitas vezes não distingue os diferentes membros da equipe de enfermagem, denominando todos como enfermeiros. Portanto, não foi possível apreender como essas orientações aconteceram, de quem



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

elas realmente procederam e se foram informações objetivas e de fácil entendimento para as parturientes, além de como estas lidaram com as informações recebidas.

Considerando que na maternidade onde o estudo foi realizado não há enfermeiro obstetra, sendo os partos realizados por profissionais médicos, deduz-se que as orientações fornecidas pela equipe de enfermagem sejam referentes a possibilidades de posição e locomoção no pré-parto (período de dilatação), acompanhado de perto por essa equipe, e não sobre o período expulsivo, que comumente é decidido pelo médico que realiza o parto. Além disso, três participantes afirmaram não ter recebido nenhuma orientação sobre posições que poderiam ser assumidas no pré-parto e parto.

Não. (A2)

Humm... a enfermeira que tava, né? que era pra mim continuar fazendo força que viria mais rápido, mas quanto a posição não.
(A1)

Não. (A6)

Além da obrigatoriedade, já mencionada antes, de acolher, informar e respeitar as decisões da parturiente cabe destacar a importância da equipe de enfermagem nesse processo de assistência à mulher e ao parto, e do enfermeiro obstetra enquanto profissional capacitado e habilitado para gerir essa equipe, acolher a mulher e realizar partos vaginais.

É necessário que os profissionais adotem condutas e atitudes éticas e solidárias, bem como valorizem a produção de vínculo, apoio, confiança, atenção acolhedora, “com privacidade, mais autonomia, privilegiando condutas que rompem com a infantilização e despersonalização, muitas vezes, impostas às mulheres, especialmente, no processo parir/nascer.” (CAMPOS et al., 2016, p. 54).

Cabe destacar que o hospital/maternidade onde os dados foram coletados possui o título de Hospital Amigo da Criança, título este concedido a instituições que privilegiam o aleitamento materno, a humanização do parto e o esclarecimento das mulheres e dos profissionais de saúde.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Posições em que as puérperas se sentiram mais confortáveis e notaram benefícios

Seguem abaixo trechos de falas que exemplificam e descrevem as posições em que as participantes afirmaram ter se sentido mais confortáveis e seguras, bem como as posições que consideraram mais benéficas.

Eh deitada de barriga pra cima. Me senti confortável e bem tratada. (A2)

Eu, assim, a bola ajuda bastante relaxar e a água de chuveiro tudo, eu já tô acostumada, né? que já é minha segunda gestação pra já tá tudo normal. Eu, quando eu tava sentindo as contrações, senti melhor relaxada mesmo na água, ela relaxa muito o corpo, vem as contrações assim mas você aguenta mais eu acho, sabe? (A3)

De lado. (A5)

Deitada. Sim, o neném desce mais rápido. (A8)

Debaixo do chuveiro, dor menos intensa. (A10)

Foi na bola debaixo do chuveiro, aliviou a dor. (A12)

Sentei na bola, ajudou um pouco. (A13)

Debaixo do chuveiro. Foi mais rápido, né? (A14)

Nenhuma, porque não tem posição confortável. Acho que se não fosse o médico ter subido em cima de mim, não tinha saído não. (A9)

Muitas participantes notaram benefícios no uso da bola suíça e da água morna no alívio da dor, sendo que tal dado encontra respaldo na literatura. O estudo de Lopes (2003), por exemplo, salienta que o uso da bola, além de colaborar no alívio da dor, facilita a promoção do parto em posição vertical.

Contudo, mesmo que algumas das participantes tenham utilizado bola, todas pariram em posição litotômica e algumas afirmaram considerar essa posição benéfica, pois “o neném desce mais rápido”. Provavelmente essa fala esteja reproduzindo algo que elas ouviram incentivando-as a permanecer nessa posição, mas que não encontra respaldo científico.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

Outro dado relevante é o de que todas as 14 participantes, ao serem questionadas se gostariam de ter tentado parir em outra posição, que não a litotômica, responderam que não. Em estudo realizado por Gayeski e Bruggemann (2009), comparando a percepção de mulheres que pariram em posições verticais e horizontais, as participantes apontaram muitas limitações e aspectos negativos nas posições horizontais, contudo, as que destacaram aspectos positivos do parto em posição horizontal relataram a possibilidade de a parturiente permanecer deitada e pela sensação de ser mais “ajudada”. Ou seja, percebe-se que algumas puérperas relacionam a assistência ao parto de qualidade com a necessidade de conduta mais ativa do profissional de saúde e mais passiva da mulher.

Contraditoriamente, 13 das entrevistadas afirmaram que se sentiram autônomas e protagonistas de seus partos. A medicalização do parto já se encontra tão arraigada culturalmente, que para a maioria das mulheres, ser autônoma e protagonista é colaborar com o médico, seguindo suas instruções e deixando-o fazer seu trabalho.

Cabe destaque para a fala da entrevistada A9, única que respondeu não ter se sentido protagonista de seu parto, fazendo menção à realização da manobra de Kristeller, uma manobra obsoleta e arriscada na qual o médico ou enfermeiro faz pressão sobre o abdômen (fundo uterino) para acelerar o parto. Estudos não conseguiram demonstrar benefícios desta prática, havendo uma forte recomendação de evitá-la (LEAL et al., 2014). Contudo, a participante A9 não questionou a aplicação da manobra ou a relatou como ruim em sua entrevista. Disse: “se não fosse o médico ter subido em cima de mim, não tinha saído não”. Esse dado exacerbado o debate sobre a violência obstétrica, e sobre como a mulher desconhece o que seja essa violência, sobre como ela muitas vezes a aceita e ainda a considera como necessária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados desvelam a insuficiência (quantitativa e qualitativa) das informações fornecidas à mulher durante o trabalho de parto, de modo que ela comumente chega à maternidade sem conhecer seus direitos e sem saber que possui autonomia para opinar e decidir sobre seu processo de pré-parto e parto,



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

incluindo as posições que irá assumir nos períodos de dilatação e de expulsão, que foram objeto de investigação desse estudo.

Todas as participantes do estudo pariram em posição litotômica e poucas delas assumiram posições verticais no período de dilatação (pré-parto). As que adotaram essas posições justificaram alívio da dor, mas não foram informadas sobre benefícios e ou contraindicações de cada posição. Apesar da maternidade onde a pesquisa foi realizada estar inserida num hospital que possui o título de Hospital Amigo da Criança, as condutas que prevalecem no momento do parto ainda são aquelas que favorecem o trabalho do médico e não as que permitem às mulheres serem protagonistas do seu parto. Isso pode, inclusive, dificultar que a mãe amamente na primeira meia hora de vida do bebê, uma das principais premissas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

São diversas as posições que as mulheres podem assumir durante todo o trabalho de parto, porém essa pluralidade não é do conhecimento de todas as gestantes. É preciso desmistificar a ideia de que os profissionais de saúde são os protagonistas do trabalho de parto, tanto no imaginário das mulheres quanto no dos próprios profissionais que se veem assim.

Por fim, vale reafirmar que o Ministério da Saúde preconiza a assistência humanizada ao parto, de modo que a mulher deve conduzir seu próprio processo de parto, respaldada por orientações fundamentadas em informações válidas e confiáveis acerca dos possíveis benefícios das diferentes posições maternas adotadas. Contudo, para que isso possa se efetivar de fato, torna-se necessária qualificação, conscientização e engajamento dos profissionais de saúde, sem os quais o aparato legal não se materializa.

REFERÊNCIAS

BARACHO, Sabrina Mattos et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 4, p. 409-414, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRUGGEMANN, Odaléa Maria et al. Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 2, p. 189-196, 2009.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

CAMPOS, Neusa Ferreira et al. A importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v. 14, n. 1, p. 47-58, 2016.

CAUS, Eliz Cristine Maurer et al. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 34-40, 2012.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2009.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014.

LOPES, Tatiana Coelho. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 2, p. 134-9, 2003.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery (impr.)**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007.

MESSIAS, Ane Laura Saraiva et al. Violência obstétrica: experiências de puérperas primíparas em uma maternidade pública. **Cienc Cuid Saude**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2018.

MIQUELUTTI, Maria Amélia. **Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas**. Dissertação de mestrado, UNICAMP, 2006.

MOUTA, Ricardo José Oliveira et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 472-476, 2008.

NILSEN, Evenise et al. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 557-65, 2011.

OLIVEIRA, J.C. et al. Conhecimento das gestantes sobre os tipos de parto. Anais do X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, Universidade do Vale do Paraíba, 2006. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2006/inic/inic/03/INIC0000487_OK.pdf> Acesso em: 06/11/2016.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. **Fractal Rev. Psicol.**, v. 25, n. 3, p. 585-602, 2013.



EDUCAÇÃO E SAÚDE - DOSSIÊ DE ENFERMAGEM

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lôbo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, v. 37, p.212-227, 2012.

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

RIBEIRO, R. E. et al. O conhecimento da puérpera sobre o parto humanizado em uma instituição do vale do paraíba. **Anais do XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, 2010. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0013_0269_01.pdf>. Acesso em 10 set 2018.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene.**, v. 15, n. 2, p. 362-70, 2014.

SILVA, Larissa Mandarano da et al. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 60-65, 2011.

SILVA, Lucas Barbosa da et al. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Femina**, v. 35, n. 2, p. 2007.