



Artigos Originais

Ações de cuidado em saúde ofertadas às gestantes e pais durante o pré-natal

Health care for pregnant women and expectant fathers during prenatal care

Nyessa Souza Arantes Nogueira¹
Emerson Fernando Rasera¹

¹ Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Resumo: O pré-natal representa um ponto significativo no processo da maternidade e paternidade, sendo mais que um acompanhamento rotineiro para avaliação biofísica da mulher e do bebê, uma oportunidade de abordar aspectos psicossociais, além de atividades educativas e preventivas. Ao reconhecer a complexidade deste fenômeno, o presente estudo teve como objetivo identificar as ações de cuidado em saúde ofertado as gestantes e pais durante o pré-natal. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, individualmente, com oito casais, residentes em uma cidade de Minas Gerais. A análise temática se deu a partir das categorias: "A desinformação e a 'falta de expectativa' para o dia do parto"; "Expectativas do tipo de parto: O privilégio da cesariana" e "Lei do acompanhante: o que é isso?". Observou-se que na trajetória de mães e pais na assistência pré-natal, foi evidente a falta de preparo e de informações qualificadas para uma vivência plena do parto. Assim, é necessária uma reflexão por parte dos profissionais acerca de sua postura e prática, de forma a colaborar para a promoção de saúde entre as gestantes e familiares, assim como uma vivência positiva de todo esse processo.

Palavras-chaves: Cuidado Pré-natal; Humanização da assistência; Maternidade; Paternidade.

Abstract:

Prenatal care represents a significant point in the process of motherhood and paternity, being more than a routine monitoring for biophysical evaluation of women and the baby, an opportunity to address psychosocial aspects, as well as educational and preventive activities. Recognizing the complexity of this phenomenon, the present study aimed to identify the actions of health care offered to pregnant women and their parents during prenatal care. Semi-structured interviews were conducted individually with eight couples living in a city of Minas Gerais. The thematic analysis was based on the categories: "Misinformation and 'lack of expectation' for the day of childbirth"; "Childbirth Expectations: The Privilege of C-section" and "Companion's Law: What is it?". It was observed that in the trajectory of mothers and fathers in prenatal care, it was evident the lack of preparation and of qualified information for a full experience of childbirth. Thus, it is necessary to reflect on the professionals' position and practice, in order to collaborate to promote health among pregnant women and their families, as well as a positive experience of this whole process.

Keywords: Prenatal care; Humanization of care; Maternity; Paternity.

1. Introdução

O parto representa um ponto significativo no processo da maternidade, sendo mais que um ato fisiológico, um evento construído e desenvolvido num contexto social e cultural¹. Sendo assim, para que a vivência desse momento seja completa, a participação ativa dos protagonistas é indispensável. Contudo, pais e mães são cada vez mais excluídos desse processo, o que é evidenciado pela atitude de apropriação do parto por vários profissionais obstétricos, privando da mulher as confianças na sua capacidade de dar à luz e do homem o direito de participar do nascimento de seu filho².

Os avanços tecnológicos da nossa época mostram incoerência com as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assim como a penalização da mulher e sua família ao ignorar a fisiologia e os aspectos sociais e culturais do parto³. Como reação ao uso irracional de tecnologia no parto, iniciou-se um movimento internacional e nacional pela valorização das

relações humanas sobre a tecnologia, e pela eliminação de intervenções potencialmente danosas na atenção ao parto e ao nascimento, movimento este chamado de humanização do parto⁴.

No Brasil, o modelo de atenção ao parto hegemônico também é questionado por profissionais e movimentos sociais, que se baseiam nas recomendações da Organização Mundial da Saúde⁵. Tais recomendações são subscritas por organizações civis, como por exemplo, a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA), que sintetizam um conjunto de pesquisas sobre parto no mundo inteiro e fazem uma importante crítica à excessiva medicalização do parto, orientada pelo modelo tecnocrático da assistência⁶.

No ano 2000, foi instituído no Brasil o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), pela Portaria do Gabinete Ministerial n.º 569, do Ministério da Saúde⁷, com foco na mulher e no resgate de sua dignidade durante o processo parturitivo. O documento faz uma crítica aos procedimentos que levam à despersonalização da mulher, à realização de operações cesáreas desnecessárias e incentiva o processo de parto ativo, com a priorização do parto vaginal, a não medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas. A Rede Cegonha (RC) e a portaria nº 1.459, de 24 de junho, foram lançadas em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS⁸.

Assim, o pré-natal passou a ser visto não só como um acompanhamento rotineiro para avaliação biofísica da mulher e do bebê, mas como uma oportunidade de abordar aspectos psicossociais, além de atividades educativas e preventivas^{9,10}. Contudo, as dificuldades na implantação da política Nacional de Humanização ainda são perceptíveis, uma vez que esta implica numa atuação diferenciada do profissional de saúde.

A equipe de saúde precisa valorizar as transformações dinâmicas e intensas dessa fase da vida da mulher, sendo de grande valia uma avaliação em que se considera o ambiente em que a gestante vive, sua história social, transformações emocionais que experimenta e uma relação adequada entre todos os indivíduos envolvidos, como a família por exemplo. Durante a gestação, a mulher vive uma fase de transformação psíquica em que muitos dos sintomas físicos podem se manifestar secundariamente a conflitos e dificuldades sociais e/ou emocionais não resolvidas¹⁰.

Os profissionais devem oferecer oportunidade para que a mulher expresse suas queixas e dúvidas, valorizando a capacidade de escutar, evitando excesso ou deficiência de informações e linguagem demasiadamente técnica, que prejudiquem a participação ativa da mulher na comunicação com a equipe de saúde. A falta de informação pode ser um dos fatores que dificultam o casal a ter uma possível noção de como será o dia do nascimento de seus filhos. O silenciamento médico, nesse contexto, reafirma o saber autorizado que restringe ao médico assuntos referentes ao parto, impedindo a abertura para que outros falem sobre o assunto de forma "confiável"¹⁰.

Nas consultas pré-natais, o profissional de saúde deve ainda dar espaço para a participação do parceiro, para que ele possa se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente. Por ser um processo complexo, geralmente, as mulheres ficam tensas e fragilizadas, sendo uma das justificativas para ter alguém de confiança que possa acompanhá-la nesse período, incentivando-a, auxiliando-a, trazendo segurança, tranquilidade e conforto¹⁰.

Contudo, para que a presença do pai durante o parto seja positiva, ele necessita de treinamento e apoio durante o pré-natal. Porém, em sua maioria, não se tem um preparo desse homem e cabe ao profissional de saúde buscar estratégias que insiram esse pai no aprendizado para este momento, visando seu bem-estar. Além disso, tanto na assistência pré-natal como na assistência ao nascimento, a presença do companheiro ou outro membro da família como acompanhante deve ser encorajada¹¹.

Hoje, no Brasil, após evidências sobre esse apoio durante o parto, o direito a um acompanhante está garantido por três legislações¹²: lei federal nº 11.108 de 07 de abril de 2005¹³, aplicando-se o direito ao acompanhante em hospitais do SUS e seus conveniados; resolução

normativa da ANS - RN N° 338, de 21 de outubro de 2013¹⁴, e Resolução-RDC n° 36, de 03 de junho de 2008 da Anvisa¹⁵, aplicando-se o direito ao acompanhante em hospitais particulares. Embora a presença do acompanhante seja preconizada pelo Ministério da Saúde e garantido por lei, observam-se em alguns serviços de saúde, obstáculos a sua participação, justificados pela inadequada infraestrutura e, principalmente, pela falta de preparo da equipe de saúde para lidar com essa recomendação¹⁶. A passividade que os familiares das parturientes assumem em relação à autoridade hospitalar, mediante o exercício de uma prática institucional sugere que o parto não é um assunto de família¹⁷.

Contudo, tem-se a notória imprudência de muitas instituições, que deixam de seguir as recomendações do Ministério da saúde e até mesmo de leis que garantem muitos desses benefícios. Pode ser talvez, uma mera disputa entre modelos de cuidado em saúde, que se trava entre a defesa por interesses próprios profissionais e a defesa dos direitos e respeito ao próximo, e em meio a esse conflito, vidas são colocadas em risco. O privilégio da cesariana durante as consultas pré-natais é uma prova disso.

A falta de informação qualificada durante o pré-natal, a baixa participação do médico como fonte desta informação e a falta de intercorrências clínicas que justifiquem a indicação de uma cesariana é o que se encontra hoje nos consultórios. Da mesma forma, verifica-se que o incentivo à opção pelo parto normal, como recomendado pelo Ministério da Saúde, não tem acontecido, evidenciando que os obstetras não valorizam as possíveis morbidades associadas à cesariana. Além disso, é no atendimento pré-natal que surgem as questões que conduzem a indicações de cesarianas desnecessárias¹⁸.

Assim, nota-se a emergência de uma atenção às dificuldades de implantação dos programas de humanização da assistência ao parto, permitindo às mulheres vivenciar esses momentos não apenas como uma questão de saúde, mas também como um acontecimento social e afetivo que pode se registrar em suas memórias e marcar suas vidas e de seus companheiros. Diante de todas essas dificuldades, o objetivo deste estudo foi identificar as ações de cuidado em saúde ofertadas às gestantes e pais durante o pré-natal. Mais do que uma visão panorâmica sobre essa situação, buscamos uma compreensão das experiências vividas pelas mães e pais em diferentes contextos de atenção à saúde.

2. Método

O recrutamento dos participantes da pesquisa deu-se inicialmente por meio do acesso às famílias cadastradas e que recebem atendimento em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) do município. Após a escolha das famílias foi feito contato por telefone e a pesquisadora apresentou a pesquisa. Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi feito agendamento das visitas para realização das entrevistas.

O número de gestantes que atendiam aos critérios de inclusão para a pesquisa, dentre eles, idade gestacional igual ou superior a 36 semanas (devido à proximidade da data de seus partos) e o consentimento do pai do bebê para participar também da pesquisa, foi inferior ao esperado, totalizando apenas três casais. Sendo assim, foi necessário expandir a busca, sendo os demais casais provenientes de redes de contatos da pesquisadora. Fizeram parte do estudo 8 casais, sendo realizadas 16 entrevistas antes do parto (entre a 36ª e a 39ª semana de gestação).

Dos 8 casais entrevistados, tem-se que 6 se denominaram como casados e 2 como amasiados. As mulheres gestantes tinham faixa etária entre 22 e 38 anos e os pais dos bebês tinham faixa etária entre 21 e 45 anos. Quanto ao acompanhamento pré-natal, 5 fizeram exclusivamente na rede privada, 1 exclusivamente no público e 2 fizeram em ambos concomitantemente.

Os nomes dos participantes foram alterados para preservar a identidade dos indivíduos. Para os casais provenientes das UAPSF, as entrevistas antes do parto foram realizadas no estabelecimento da instituição e já para os casais provenientes da rede de contatos da pesquisadora, as entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, de acordo com a

disponibilidade de cada um e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, entre os meses de dezembro/2014 e Setembro/2015. As entrevistas descritas aqui, possuíam um caráter semiestruturado, baseada em questões que abordavam desde o histórico de gravidez e parto, até as expectativas de mães e pais para a hora do parto de seus filhos. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra posteriormente.

A análise dos dados foi qualitativa, influenciada pela perspectiva construcionista social, que compreende o discurso como um conjunto de práticas linguísticas que preservam e promovem determinadas relações sociais. Assim, a análise consiste no estudo de como essas práticas atuam no presente, mantendo e fomentando essas relações, mostrando o poder da linguagem como uma prática constituinte e reguladora^{19;20;21}.

Assim, após a transcrição de todas as entrevistas realizadas e uma leitura curiosa e reflexiva, a fim de que surgissem as primeiras impressões a respeito das transcrições, foi realizada uma análise temática, podendo ser descrita da seguinte forma: (1º) Familiarização com os repertórios históricos sobre a assistência obstétrica, (2º) Seleção baseada na unidade de registro "tema", e consequente recorte de falas que estivessem diretamente ligadas aos temas, (3º) Organização do material em três grandes temas.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade onde se realizou a pesquisa sob parecer de número 862.821.

3. Resultados e discussão

Serão apresentados e discutidos neste artigo os acontecimentos vivenciados pelo casal até o momento do parto, refletindo as suas expectativas em relação ao mesmo. Diante dos discursos produzidos, sendo notadas semelhanças temáticas, foram criadas categorizações para facilitar a discussão, conforme descritas a seguir.

3.1. A desinformação e a 'falta de expectativa' para o dia do parto

Tendo em vista a proximidade do dia de vivenciarem o nascimento de seus filhos, foi esperado que os casais entrevistados imaginassem de alguma forma como poderia ser esse dia, visualizando algumas possibilidades e se preparando para tal momento. Notou-se que todos os casais tinham informações limitadas quanto à hora do parto, fazendo com que os mesmos não criassem expectativas, além de se apoiarem numa resignada confiança do profissional médico para questões referentes a esse momento.

A falta de expectativa para o momento do parto fica clara na fala de vários casais que vivenciavam a primeira gestação, como relata Célio: "*Não sei como é assim, só por vídeos que as pessoas me mostraram (...) Eu pesquisei um pouco na internet também*". Para obterem informações sobre aspectos relacionados ao período gravídico, assim como a hora do parto, os casais, em sua maioria, buscaram por si próprios em fontes nem sempre seguras, o que mostra um trabalho ineficaz dos profissionais que atendem o público de gestantes e seus familiares, omitindo informações importantes e de suma relevância para uma vivência plena de todo esse processo. Camila relatou:

"Não consigo pensar em nada como vai ser. (...) Ainda não conversei com ninguém sobre isso assim, mas elas devem me passar isso mais pro finalzinho, semana que vem eu entro nas 38 (semanas). " Diante da incerteza do que de fato acontecerá no dia do parto, alguns preferem aguardar e confiar nos profissionais médicos, como conta Geraldo: "(...) médico ou você confia ou você não confia, então, é uma médica que a gente conhece, que está nos acompanhando, então eu fico muito tranquilo".

Diante de informações omissas, os casais ficam passivos, crendo que tudo dará certo. Essa passividade diante do desconhecimento das possibilidades na hora do parto facilita ao

profissional de saúde ter o controle de todo processo, além de excluir a autonomia e o direito de escolha daqueles que de fato o vivenciarão.

A omissão de informações do que acontecerá no parto também acompanham as gestantes, como contou Maria: *“Não fala nada não (médico sobre o parto), só fala para mim ficar calma (risos) Fica calma que vai dar tudo certo”*. Durante a gestação, a mulher, assim como aqueles que a acompanham, tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela, com seu bebê e sobre o modo de sua participação. O profissional de saúde tem obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas²². Além de aspectos técnicos, o preparo para o parto inclui, também, o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal, os procedimentos rotineiros, entre outros¹.

Quanto ao local do nascimento, a Lei nº 11.634 de dezembro/2007²³ garante dentre outras coisas o direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado o parto para toda gestante. O conhecimento prévio do local do parto mostrou maior segurança para o casal, como descreve Maria que optou por realizar seu parto na instituição privada de saúde na qual trabalha, relatando já conhecer a sua estrutura, assim como os profissionais que trabalham no local: *“(...) eu conheço lá, então tô tranquila.”* Contudo, o desconhecimento do local do parto foi evidente para os pais que vivenciavam a gestação pela primeira vez, resultando em uma maior insegurança e incertezas, como relatam Saulo: *“ Imagino uma sala quente, iluminada, um tanto de profissional lá de verdinho, deve ser tenso pra caramba né? ”*. As descrições são pautadas no que a mídia mostra, sendo a única referência para idealizar o nascimento de seus filhos. Apesar de não detectado prejuízos visíveis ou descritos, sugere mais uma vez a alienação com as rotinas das instituições de saúde, que privam dos casais o conhecimento do local em que ficarão em um momento sensível de suas vidas.

Ao se tratar do conhecimento prévio dos profissionais que atenderiam o parto, foi notório o desconhecimento das mulheres e seus parceiros, se limitando, em sua maioria, ao conhecimento apenas do obstetra, no caso dos hospitais privados. Luciana que terá seu parto em um hospital privado relata: *“Conheço só o médico, o anestesista eu vou conhecer um dia antes, eu até achei estranho isso, a consulta ser só um dia antes (...) a gente pega firme com Deus né? ”* Já Patrícia terá seu parto no SUS e contou: *“Não conheço! Porque é por plantão né? Então não tem como saber! ”* O desconhecimento dos profissionais que assistirão o parto é notório para todas, que estando cientes do funcionamento dos serviços de saúde que as atenderão acabam por se adaptarem e adequarem à instituição. É essencial a empatia entre médico e paciente, por deixar o último mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas²⁴.

3.2. Expectativas do tipo de parto: O privilégio da cesariana

A escolha do tipo de parto é um direito da mulher que deve ser respeitado, com base nos artigos 24 e 31 do Código de Ética Médico (Resolução CFM nº 1931 de 2009, Seção I, p. 90)²⁵. Ambos vedam ao médico, respectivamente, *“Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar”* e *“Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida”*.

No estudo em questão, a metade (quatro) das gestantes entrevistadas demonstraram o desejo e a possibilidade de um parto normal, sendo duas primigestas e duas com um parto normal anterior, enquanto a outra metade (quatro) já estava com as cesáreas agendadas, sendo duas primigestas e duas com cesáreas anteriores. Sodré; Bonadio; et al.²² afirmam que a escolha e decisão da mulher quanto ao tipo de parto são decorrentes de um processo que envolve fatores diversos, como escolaridade, condições socioeconômicas, história de vida, histórias de parto que ouviu ou viveu junto a um familiar, conhecimento sobre as condições de assistência ao parto e acesso a informações, geralmente inacessíveis para a grande parte das mulheres. Contudo, nota-

se que as variáveis descritas pelos autores se remetem ao individual feminino, excluindo a estrutura dos serviços e a responsabilidade médica no repasse de informações como os principais determinantes para a "escolha" da mulher.

Nesse estudo, foi notório a falta de informações qualificadas para a gestante sobre o que realmente acontecerá com seu corpo durante o nascimento e a omissão das reais vantagens e desvantagens de cada tipo de parto escolhido. Karla contou sua peregrinação durante o pré-natal a procura de médicos pelo convênio que pudessem assistir o seu parto como ela gostaria de ter (normal e sem intervenções), e já em um estágio avançado de gestação (35 semanas). Ela relata um dos diálogos com um médico que, indicado por conhecidas suas, supostamente poderia acompanhá-la:

"(...) ele falou que se eu chegasse com poucos centímetros de dilatação ele não ia ficar ali do meu lado e que se eu chegasse um pouco mais evoluída eles iam me dar um sorinho, daí eu já cortei ele e reforcei o que eu já tinha dito, que não queria isso. Aí ele: 'Ah, você não quer nada então?' ' Não, não quero isso, não quero episiotomia, quero um parto natural' Aí ele falou assim: ' Mas você sabia que você pode lacerar?' E eu: ' Sei, e mesmo sabendo não quero, porque não nasceria sem episio?' eu fui bem assim sabe, encarei ele (risos) Aí ele: ' Não assim, dá, claro que dá, só que a gente faz pra poder evitar' mas eu reforcei que não queria e ele disse: 'então você quer que a gente fique só vendo você?' Eu: 'É, é só isso mesmo, só se precisar mesmo'."

A postura do profissional que deveria ser de acolhimento, escuta ativa, orientações qualificadas e respeito à decisão da mulher, não aconteceu como no caso descrito, em que o profissional questiona a mulher de forma irônica em sua maioria e omite informações importantes para uma vivência positiva do trabalho de parto e parto normal. A maneira como o profissional realiza o atendimento à mulher gestante nos faz supor que suas práticas e discursos não são avaliados e nem fiscalizados, mantendo ativo aqueles que não têm compromisso com uma prática segura, atualizada e humanizada nos serviços de saúde em questão. Tal fato nos faz questionar a existência de leis e conselhos que regem a atuação dos profissionais médicos, uma vez que sua fiscalização é limitada e falha.

Diante do diálogo apresentado, a gestante Karla sai do consultório confusa quanto a confiabilidade naquele profissional, o que a leva a continuar procurando outros, como descreve abaixo:

" Mas marquei com outro ainda sabe que vou na consulta essa semana, daí vou comparar os dois, o que eu sentir mais segurança aí eu faço. (...) Tem um outro médico que foi bem grosso também, ele disse que não esperava passar de 40 semanas, não fazia se não fizesse episio, falou umas informações muito ridículas dizendo que esse musculo foi feito mesmo pra rasgar, que ia rasgar sabe? Aí eu fiquei calada sabe, tipo, pode falar que finjo que sou uma idiota que acredito, não discuti, só não voltei mais. "

A negação de assistir partos normais pelos profissionais vinculados a algum convênio, ou a limitação da assistência imposta pelos mesmos, mostra a visão do parto como mercado e não como saúde, contrariando toda a lógica da assistência humanizada assim como as recomendações internacionais e nacionais mais atualizadas acerca das práticas corretas relacionadas ao atendimento do parto. Além disso, os planos de saúde que têm a cobertura de obstetrícia são obrigados a cobrir partos, independente se normal ou cesariana, segundo o art. 10 da lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998²⁶. Dessa forma, o descumprimento de acordos fica notória, deixando um alerta para a necessidade de uma fiscalização mais efetiva na prestação desses serviços.

Atualmente, no Brasil, o percentual de partos cesáreos chega a 89,9% nos hospitais particulares e na rede pública, cerca de 50%, sendo que a OMS recomenda que apenas 15% dos nascimentos sejam cesáreas²⁷. Há uma verdadeira epidemia de nascimentos cirúrgicos e mesmo que a cesárea seja uma via de parto cada vez mais segura, sendo uma operação que pode salvar vidas, a sua prática como rotina, sem indicação clínica real tem ocasionado riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê. Esses dados levaram o Ministério da Saúde a

procurar maneiras de controlar e reverter esse quadro, sendo uma das estratégias a publicação pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em janeiro de 2015, de uma resolução (RN Nº 368)²⁸ que estabelece normas para estimular a realização do parto normal e a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar, que atende hoje 27 milhões de brasileiras com planos e seguros saúde.

A resolução entrou em vigor no dia 7 de julho de 2015 com mudanças significativas para aqueles que são atendidos por convênios, dentre elas: o pagamento pelos planos de saúde para a cesariana só será efetuado desde que se apresente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pela gestante. Ter o direito de escolher sua via de parto e assumir seus riscos engloba a detenção de um conhecimento plausível pela mulher para uma escolha consciente. Assim, para ser livre, a escolha não deve sofrer influência externa e muito menos pressão por parte dos profissionais mais esclarecidos no assunto que muitas das vezes possuem interesses pessoais e financeiros. Além disso, também deve ser esclarecida, ela não pode ser proveniente de mitos, lendas e preconceitos, mas sim embasada em informações fidedignas e nas mais recentes descobertas da ciência.

Contudo, a maioria das gestantes ainda desconhece os riscos reais da cesárea e considera o nascimento cirúrgico mais seguro, prático, simples e cômodo de dar à luz. Mesmo com tantos esforços, essa cultura cesarista ainda é perceptível e em sua maioria é incentivada pelo próprio profissional de saúde a quem a mulher confia sua vida e de seu bebê.

O tipo de parto também tem implicações para a sua data de ocorrência. Luciana (casal 4) contou: "*(...) Por causa do feriado né, ele antecipou um pouquinho (...) eu tô achando até bom porque a gente fica ansiosa pra ver o rostinho e o final é muito difícil né, pra dormir, a gente sente muito incômodo*". A busca pelos próprios interesses fica evidente nas condutas de alguns profissionais de saúde que negligenciam a fisiologia da gestação e o tempo de duração da mesma, interrompendo-a sem indicações clínicas. As gestantes, por sua vez, acabam por conformar e aceitar a decisão do obstetra, ficando passivas, não conhecendo muitas das vezes os riscos e implicações que a interrupção da gravidez sem indicações reais pode gerar.

Outro aspecto relevante nas falas dos entrevistados, ao se tratar do discurso dos profissionais de saúde que os atendem, são as indicações de cesariana apresentadas. Maria relatou: "*(...) mas a médica disse que também não dá parto normal porque ela tá sentada e já marcou a cesárea.*" Os médicos possuem limitações técnicas quanto à realização do parto normal, inclusive o pélvico, devido a limitações na sua formação profissional. Assim, as altas taxas de indicações cirúrgicas do parto são, em sua maioria, decorrentes de questões ligadas à formação médica e às tendências culturais da assistência, o que caracteriza um tema de grande complexidade na prática obstétrica²⁹. Ainda assim existe a possibilidade de prevenção do nascimento pélvico, com propostas de exercícios específicos e manobras como a versão cefálica externa (VCE) a partir da 37ª semana de gestação, o que é omitido as gestantes.

Assim, o fornecimento de informações qualificadas às mulheres durante a gestação deve ser uma alternativa, inclusive sobre os tipos de parto, visto os resultados psicossociais positivos a elas associados. A possibilidade de uma mudança no padrão de oferta dos serviços de atenção ao parto, com as mulheres apropriadas de informações e conhecimento se tornam mais facilitados.

3.3. Lei do acompanhante: o que é isso?

Segundo Rattner³⁰, a presença de um acompanhante de escolha da mulher é considerada a melhor "tecnologia" disponível para um parto bem-sucedido. Assim, tendo em vista os vários benefícios desse suporte é que deriva a Lei 11.108/2005, denominada Lei do Acompanhante¹³.

Contudo, após dez anos de vigência dessa lei no Brasil, ainda se nota o desconhecimento por parte do público a qual a mesma beneficia. No presente estudo, apenas duas gestantes e um pai, de diferentes contextos, tinham ciência da lei. Uma das gestantes a conhecia por experiência de um parto anterior recente, a outra gestante foi por informações repassadas de uma amiga profissional de saúde, e o pai por ser um profissional de saúde e ter acesso a instituições que

prestam tais serviços. As outras seis gestantes, assim como os outros sete pais entrevistados relataram não terem sido informados pelos profissionais sobre a lei.

Uma vez que não possuem conhecimento das possibilidades dentro da sala de parto e sobre as leis que os respaldam, os pais ficam sem a autonomia de escolha e sem condições para uma decisão consciente. Visto que já estavam ao final da gestação, observa-se uma falha na transmissão do conhecimento, pautada em omissão de informações. Tal fato sugere ainda uma deficiência de divulgação pela mídia, bem como pelos serviços de saúde, conforme já destacado no estudo de Tomeleri; Pieri; et al.³¹ Consequentemente, demonstraram pouco conhecimento sobre o objetivo de sua presença no local, relacionando-a com um papel fiscalizador de possíveis erros na assistência prestada. Cabe ao profissional de saúde buscar estratégias que insiram o pai no aprendizado para este momento, visando seu bem-estar.

Além disso, tem-se as expectativas das mães e dos pais quanto ao primeiro encontro com seus bebês, que apesar de não ter sido abordada diretamente durante as entrevistas, notou-se a importância desse momento diante de algumas falas. Caio relatou: *“Quando ele (bebê) nascer imagino que vão entregar pra mãe e eu ali junto partilhando desse momento, abraçados, e curtindo um pouquinho o bebê né, mas detalhes assim, eu não sei como vai ser”*. Taís contou: *“Eu tô com muita expectativa porque ela (médica) disse que vai fazer como se fosse uma cabaninha pra ela (bebê) ficar pelo menos uns dois minutos comigo lá”*. Saulo disse: *“Acho que vou chorar junto com ele (bebê). Deve ser muita emoção né? Ver seu filho nascendo ali (...) mas vou tentar me controlar e ficar de olho nele (...) gravar bem o rostinho dele pra não ter perigo de trocar ele com outro né? (risos)”*

Foram encontrados vários estudos que tratam das expectativas e a realidade do primeiro encontro com os bebês, porém de pais que vivenciavam a prematuridade ou alguma deficiência física (má formações) nos mesmos, além de aspectos mais gerais que abordam o bebê imaginário e o bebê real^{32;33}. Contudo, ao se tratar da maioria dos bebês que nascem e são saudáveis, nenhum estudo foi encontrado permitindo uma discussão mais profunda quanto a esse primeiro encontro logo no nascimento.

Diante das expectativas descritas por mães e pais no presente estudo, notou-se a importância atribuída a esse momento e a responsabilidade dos profissionais de saúde que participam do parto, no sentido de proporcionar segurança e um ambiente acolhedor para que esse primeiro encontro dos pais com o bebê aconteça. A expectativa dos pais em receber o bebê nos braços em um ambiente mais próximo do familiar é notória e a falta do repasse de informações sobre esse primeiro encontro também é existente, apesar de algumas promessas serem relatadas.

4. Considerações finais

O despreparo dos pais para a vivência do parto mostra a imperícia por parte dos profissionais de saúde que atendem o casal durante o pré-natal. A falta de informações claras e qualificadas sobre o processo do nascimento impedem que a gestante faça escolhas conscientes além de afastar a possibilidade dos pais viverem plenamente o nascimento de seus filhos.

Assim, a assistência pré-natal reflete um sistema obstétrico ineficiente, desintegrado e sem conexão, em que os seus dirigentes não reconhecem a autonomia das mulheres para tomar decisões e continuam tratando-as como meras clientes ignorantes. O total desconhecimento quanto ao momento em que estavam prestes a viver foi o marco dos relatos apresentados, e como consequência veio à tona sentimentos como inseguranças, medos, ansiedades, crenças e esperanças de que tudo terminaria bem.

Zorzam³⁴ concluiu em seu estudo que a disponibilização das informações no pré-natal é insuficiente tanto nos setores públicos quanto suplementares de saúde, revelando o silêncio em torno do parto. Além disso, as mulheres são desencorajadas a busca ativa por informações, e mesmo que tenha o acesso às informações sobre humanização, não possuem possibilidade de

negociação, não garantindo êxito para as decisões referentes ao parto, dadas as várias dificuldades impostas pelos mecanismos profissionais e institucionais.

É preciso questionar ainda a falta de fiscalização para as leis já vigentes, além do desconhecimento das gestantes e seus familiares acerca de seus direitos. Assim, o debate se aprofunda para além das escolhas, se afirmando sobre a falta de oportunidade para escolhas conscientes e a presença limitada de informações qualificadas para esse público. Além de fornecer informações às mulheres, os profissionais precisam assumir uma postura de aproximação, cuidado, respeito e compromisso com as mais recentes evidências científicas, de forma que auxilie na superação de tabus relacionados à assistência materno-infantil.

É necessária uma reflexão por parte dos profissionais acerca de sua postura e prática, de forma que transponha os estereótipos de irresponsabilidade e imaturidade, tornando-se mais sensíveis às noções de especificidades sociais e históricas e a multiplicidade de sentidos dados aos eventos do nosso cotidiano, além de colaborar para a promoção de saúde entre as gestantes e familiares, assim como uma vivência positiva de todo esse processo.

Espera-se que as discussões levantadas inspirem outros estudos e que estes produzam novos questionamentos, permitindo um processo constante de discussão. Ao discutir a temática procura-se enxergar novas possibilidades, respeitando o outro enquanto detentor de direitos, além de ampliar o olhar para o mesmo, compreendendo as singularidades existentes para uma preparação efetiva que envolve a vivência plena do processo do nascimento.

5. Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento do projeto.

6. Referências Bibliográficas

1. Brasil. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília (DF); 2001, p. 32-7.
2. Griboski, R.A. & Guilhem, D.. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006, 15(1): 107-14.
3. Abouzahr, C. & Wardlaw, T. La mortalidad materna al término de una década: hay indicios de progreso? *Bull World Health Organ*; 2001, 79: 561-8.
4. Diniz, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*; 2005, 10:627-37.
5. Tornquist, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003, 19(Sup. 2): S419-27.
6. Diniz, C.S.G. (Tese). Entre Técnica e os Direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
7. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal do país, com incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto. Brasília, DF, 2000.
8. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Brasília, DF, 2011.
9. Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il.

10. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério, organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234 p.
11. Brasil. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS ; v. 4, 2014, 465 p.: il.
12. Brüggemann O.M., Osis M.J.D. & Parpinelli M.A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saúde Pública; 2007, 41:44-52. 22.
13. Lei nº 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. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm Acesso em 24.01.2018
14. Resolução normativa - RN nº 338, de 21 de outubro de 2013. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==> Acesso em 24.01.2018
15. Resolução- RDC no - 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, DF. http://www.abenfosp.com.br/mt/resolucao_36_junho_2008.pdf Acesso em 24.01.2018
16. Longo, C.S.M.; Andraus L.M.S. & Barbosa M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 abr./jun.;12(2):386-91. <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm> Acesso em 24.01.2018
17. McCallum, C. & Reis, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública; 2006, 22:1483-91
18. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Soc. Sci. Med, 2000; 51(5):725-40.
19. Iñiguez, L. Manual de análise do discurso em ciências sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 2005. <http://pt.scribd.com/doc/33505797/Manual-de-Analise-do-Discurso-em-Ciencias-Sociais-Lupicinio-Iniguez-coordenador>. Acesso em 24.01.2018
20. Rasera, E. F. & Japur, M. Grupo como construção social. 2007. São Paulo: Vetor
21. Spink, M.J. P. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais. 2010, 72p. ISBN: 978-85-7982-046-5.
22. Sodré T.M.; Bonadio I.C.; et al. Necessidade de cuidado e desejo de participa o no parto de gestantes residentes em Londrina-PR. Texto contexto - enferm. 2010, Set; 19(3): 452-60.
23. Lei n  11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vincula o à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema  nico de Saúde. Brasília, DF. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm Acesso em 24.01.2018.
24. Halpern, J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. New York:Oxford University Press; 2001.
25. Resolu o CFM n  1931 de 2009. Aprova o Código de  tica Médica. Artigos 24 e 31. Se o I, p. 90. Brasília, DF, 2009. http://www.portalm medico.org.br/resolucoes/cfm/2009/1931_2009.htm Acesso em 24.01.2018
26. Lei n  9.656, de 3 de junho de 1998. Que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência   saúde. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm Acesso em 24.01.2018.
27. Leal, M.C. & Gama, S. G. N. Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública. vol.30 supl.1 Rio de Janeiro, 2014.

28. Resolução normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Brasília, DF.
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==> Acesso em 24.01.2018.
29. Dias, M.A.B.; Domingues, R.M.S.M.; et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 2008, 1521-34.
30. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1 supl):759-768.
31. Tomeleri K.R.; Pieri F.M.; et al. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. *Rev Gaúcha Enferm*. Dez; 2007, 28(4):497-504
32. Lopes, R.C.S.; Donelli, T.S.; et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(2), 247-254.
33. Schmidt, K.T.; Sassá, A.H.; et al. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Escola Anna Nery*, 2012, 16(1), 73-81.
34. Zorzam, B.A.O.Z. (Dissertação). Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. Mestrado em Ciências – Faculdade de saúde pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Artigo Recebido: 28.03.2018

Aprovado para publicação: 01.02.2019

Nyessa Souza Arantes Nogueira

Rua Ettore Masini, nº135, Jardim América II

38401752 – Uberlândia, MG - Brasil

Email: nyessa.sa@hotmail.com
