



O (re)nascido – o protagonismo da mulher em trabalho de parto

Inês Raquel Alves da Silva Rosário^{1*}; Yohanna Peixoto Vilela²

¹Acadêmica de medicina da Faculdade de Medicina de Campo-FMC 1; ²Médica Residente do Hospital Plantadores de Cana- HPC.

*inesraquelrosario@gmail.com

Resumo

A incerteza pelo desconhecido, a ansiedade, o medo da dor e as interpretações construídas socialmente ao longo dos anos acumulados afetam fortemente na autonomia da mulher gestante em seu trabalho de parto e essa escolha é influenciada por diversos fatores sejam eles físicos, emocionais ou psicológicos. Todavia, essa autonomia deve estar vinculada às evidências científicas que permitam identificar a melhor conduta a ser adotada no momento da concepção da criança. Com base nisso, este trabalho tem o objetivo a investigação do protagonismo da mulher na escolha da via de parto. O estudo foi feito a partir de uma revisão narrativa de literatura, onde foram selecionados artigos nas bases de dados: Scielo e Medical Literature on Line (MEDLINE). Concluiu-se que a autonomia de decisão e escolha da mulher sobre a via de parto é impactada por questões socioculturais, o medo e a dicotomia do parto normal e cesárea exercem forte influência.

Palavras-chave: Gestante, Parto normal, Cesária, Autonomia.

1.Introdução

A gestação ao longo da história da humanidade representa um crucial momento na vida das mulheres marcado pela nova função social: ser mãe e lidar com a maternidade ^[1].

A gravidez e o parto, por mais que estejam diretamente correlacionados à concepção da vida, devido os sentimentos e transformações promovidos, possuem diferenças cruciais. Enquanto que a gravidez é um período adaptativo e de paulatinas mudanças e rodeado de sentimentos intrínsecos ao momento como momento único e especial, o segundo é antagônico, uma vez que as transformações são abruptas além de estarem envoltos de sentimentos e imprevisibilidades como os riscos de alguma complicação obstétrica, ansiedade, a insegurança, e principalmente a dor causando sofrimento à mãe, ainda que o mesmo, resulte em um momento inesquecível e de intensa felicidade. A perspectiva cultural da dor alude à uma conceito ultrajado e dualista: bem ou mal, com origem das mitologias primitivas e arcaicas, do qual os habitantes da época relacionavam a dor a uma visão entrelaçada ao sofrimento e ao mal, danosa e julgada como adversidade, do inimigo. Dessa maneira, compreender a extensão da dor, seu processo, as questões socioculturais correlacionados é um grande desafio da ciência ^[2].

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o mito do parto doloroso e traumático em contraste com a tecnologia de ponta, médicos qualificados e hospital seguro, atribuído ao parto normal e à cesariana, respectivamente, está presente com muita veemência. Vale ressaltar que a atuação midiática reforça tal mito. Acoplado a isso, a formação dos médicos incentiva a cesariana, uma vez que é mais rápida, oferece menos labor que o parto normal, resultando também em uma questão econômica para o médico ^[2].

O parto normal é notado como um processo doloroso, por envolver respostas complexas neurocomportamentais ao estímulo algico, e com intensidade de dor acima que o aguardado ainda que por um curto período de tempo. Somado a isso, determinados procedimentos que contribuíram para a elevação dos níveis de dor como a episiotomia e alguns até contraindicados na atualidade, como a Manobra de Kristeller, coadjuvam para a percepção negativa do parto pois muitas mulheres creem que os determinados procedimentos técnicos



utilizados nos hospitais são necessários e importantes. Tais situações anteriormente citadas fazem parte do mecanismo da transformação do corpo feminino em objeto laboral além de não respeitar o protagonismo da mulher e reproduz o modelo de medicalização da assistência ^[1,2]. As percepções negativas sobre o evento do parto normal são comumente relatadas e caracterizadas pelas mulheres como sofrimento, solidão, abandono, algumas vezes associadas à ausência de um acompanhante, determinada por uma imposição institucional. Ademais, a insatisfação com a experiência do parto está também associada à má atenção da equipe complicações com o bebê, parto demorado ou difícil, pouco ou nenhum controle do trabalho de parto pela parturiente, frequência de exames vaginais, limitações de movimentação e compartilhamento das salas com outras mulheres, o que eleva a ansiedade ¹. Os avanços no que concerne à ciência e tecnologia da assistência ao parto, elucidado nas últimas décadas, trazem benefícios diversos para partos considerados de alto risco, que por sua vez, reduz consideravelmente os índices de morbimortalidade materna e neonatal. Tais avanços vão além das técnicas e ferramentas utilizadas para o momento do parto alcançando os aspectos psicossociais da parturiente, possibilitando-lhe ser protagonista na escolha do tipo de parto que deseja ser submetida ¹.

Entretanto tais avanços configuram-se na atualidade uma vez que ao longo da história, o parto normal era oferecido como opção única da mulher, de forma que qualquer outro tipo de intervenção era exclusivamente possível quando o parto normal era inviável. No Brasil, o parto normal está relacionado à figura de dor e sofrimento em razão de seu caráter fisiológico. Ainda nos dias atuais, essa forma de parto impõe à mulher um comportamento que exige dela a superação da dor durante o evento. Sua natureza fisiológica expõe a fragilidade das mulheres gerando conflitos emocionais e metabólicos e passa a falsa ideia, culturalmente construída de que uma cesárea, decidida e agendada antecipadamente, proporciona um “parto sem dor” ^[2,3].

O parto cesáreo vem crescendo gradativamente no Brasil que hoje apresenta índices elevados (58,6%) em relação a outros países do mundo como os EUA (24,7%), Canadá (19,5%), Dinamarca (13,1%) e Austrália (7,5%). Entre as usuárias no de planos de saúde no país brasileiro, em especial, em dados de 2003 a 2006, a taxa de cesariana subiu de 64,30% para 80,72% respectivamente, índices muito acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de duas vezes maior que a média nacional e a mais elevada em âmbito mundial ^[1,4]. Desde essa declaração, por diversos motivos, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesáreas podem efetivamente reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal todavia não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitam dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, como os impactos e riscos que ela pode causar no sistema respiratório do recém-nascido de cesárea eletiva, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados ^[5,6,7].

Com a civilização e a evolução da ciência médica, a parturição deixou de ser compreendida pela sociedade como um ato natural e fisiológico de domínio da fêmea mamífera, para ser considerada como um ato médico, sendo o fator segurança a principal justificativa dessa representação. Acoplado a isso, a questão cultural influencia no escasso domínio da gestante sobre a fisiologia da parturição e os benefícios para o bem estar materno fetal.O



desconhecimento da mulher sobre a parturição não concerne somente em questões técnicas, mas também nas funções fisiológicas adaptativas dessa etapa, importante para sua autonomia de decisão. Outro exemplo dessa pouca preparação da mulher que contribui para a cultura da cesariana diz respeito ao seu medo da dor do trabalho de parto, o que faz com que a mesma busque evitar esse sofrimento provocado pelas contrações uterinas com a cesárea eletiva. A mulher desconhece a importância dessas contrações para o bem-estar e adaptação do recém-nascido e necessidade de ser a protagonista desse momento único ^[5,6,7].

2. Materiais e Métodos

2.1. Materiais

Por o trabalho se caracterizar em um relato de experiência, foi utilizado principalmente o acompanhamento aos partos, seja via vaginal e cesariana, no Hospital Plantadores de Cana. Ademais, relato das parturientes, enfermeiros obstetras, obstetras, revisão bibliográfica foi utilizada. Os dados obtidos até então foram computados em planilha no Microsoft Excel 2010®. Nesta seção devem ser discriminados todos os materiais empregados como objeto do estudo.

2.2. Metodologia

A metodologia adotada no presente trabalho foi um estudo retrospectivo, observacional, com revisão bibliográfica, análise de prontuários.

3. Resultados e Discussão

Como resultado obtido até então, há a percepção ainda errônea de muitas mulheres no que concerne ao trabalho de parto. Muitas são temerosas à própria fisiologia do momento mas com uma equipe multidisciplinar adequada composta pelos médicos e os acadêmicos, enfermeiros obstetras, técnicos em enfermagem e, quando necessário, até mesmo a psicologia do hospital, o medo do desconhecido é tomado pela confiança. Foi observado que a maioria das mulheres em que haviam sido devidamente instruídas por seus obstetras sobre o momento do parto possuíam maior confiança, controle emocional em comparação às muitas que nem faziam pré natal. Foi possível constatar que nos partos normais, muitas gestantes pariam de acordo com a posição que lhes conferiam mais autonomia, seja de cócoras, quatro apoios ou na própria banheira. Muitas ouviam música do agrado, solicitavam o acompanhante, que é permitido por lei, e possuíam uma boa relação com a equipe plantonista.

4. Conclusões

A necessidade de trabalhar no próprio pré-natal o preparo para o momento do parto é crucial, resgatar a autonomia da mulher nesse momento único, instruí-la sobre os diversos benefícios do parto normal em comparação a cesária e que essa, por ser um ato cirúrgico, e como todo ato cirúrgico possui seus riscos, deve ser devidamente indicada pela equipe médica e a mulher apenas tomar sua decisão com seu plano de parto baseada em sua autonomia e não motivada por terceiros.



Referências

- [1] VELHO, Manuela Beatriz et al . Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 458-466, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Oct. 2020.
- [2] PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. A dor e o protagonismo da mulher na parturição. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas , v. 61, n. 3, p. 382-388, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014&lng=en&nrm=iso>
- [3] FIGUEREDO, N. S. V. et al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 36, n. 4, p. 296-306, out./dez. 2010
- [4] PIMENTA LF. Cultura no processo de parturição: contribuições para a enfermagem. [Dissertação], Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria, RS, 2012
- [5] HANNAH ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
- [6] LUMBIGANON P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007- 08. *Lancet*. 2010;375:490-9
- [7] PEREIRA, Raquel da Rocha; FRANCO, Selma Cristina; BALDIN, Nelma. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 579-589, Sept. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Oct. 2020

