

Experiência de parto de mulheres em uma maternidade signatária do Projeto Parto Adequado: estudo misto

Childbirth experience of women in a maternity hospital signatory of the Adequate Childbirth Project: mixed study

Experiencia de parto de mujeres en una maternidad signatorial del Proyecto Parto Adequado: estudio mixto

Luara de Carvalho Barbosa^a 

Monika Wernet^b 

Nayara Girardi Baraldi^c 

Marcia Regina Cangiani Fabbro^b 

Carla Betina Andreucci Polido^d 

Jamile Claro de Castro Bussadori^b 

Como citar este artigo:

Barbosa LC, Wernet M, Baraldi NG, Fabbro MRC, Polido CBA, Bussadori JCC. Experiência de parto de mulheres em uma maternidade signatária do Projeto Parto Adequado: estudo misto. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200262. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200262>

RESUMO

Objetivo: Compreender a experiência de parto de mulheres assistidas em maternidade signatária do Projeto Parto Adequado.

Metodologia: Estudo misto, realizado em 2018. Aplicado o Teste de Associação Livre de Palavras em 62 gestantes e depois realizado entrevista aberta com 18 delas, então puérperas, e, para análise a Teoria do Núcleo Central, Nuvem de Palavras e Categorias temáticas, respectivamente.

Resultados: As palavras de predomínio reveladas na etapa quantitativa foram: dor, maravilhoso, recuperação, ansiedade e desejos. A análise qualitativa está apresentada pelas categorias temáticas “Inseguranças da mulher no modelo PPA” e “Novas perspectivas a partir da experiência no modelo PPA”.

Conclusões: As experiências das mulheres demonstraram que o modelo favoreceu a remodelagem da atenção ao parto. Entretanto, elas ainda vivenciam dor, insatisfação e falta de autonomia. A impossibilidade de escolha do profissional de confiança foi um gerador de insegurança, e as enfermeiras não tiveram voz nas decisões e ações no cuidado.

Palavras chaves: Tocologia. Parto normal. Parto humanizado. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

Objective: To understand the childbirth experience of women assisted in a maternity hospital signatory of the Adequate Childbirth Project.

Methodology: Mixed study, carried out in 2018. Applied the Free Word Association Test in 62 pregnant women and then conducted an open interview with 18 of them, then puerperal women, and, for analysis, the Central Nucleus Theory, Word Cloud, and thematic Categories, respectively.

Results: The predominant words revealed in the quantitative stage were: pain, wonderful, recovery, anxiety, and desires. The qualitative analysis is presented by thematic categories “Women’s insecurities in the PPA model” and “New perspectives from experience in the PPA model”.

Conclusions: The women’s experiences demonstrated that the model favored the remodeling of childbirth care. However, they still experience pain, dissatisfaction, and lack of autonomy. The impossibility of choosing a trusted professional was a source of insecurity, and nurses had no voice in decisions and actions in care.

Keywords: Midwifery. Natural childbirth. Humanizing delivery. Patient satisfaction.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la experiencia de parto de mujeres asistidas en una maternidad signataria del Proyecto Parto Adequado.

Metodología: Estudio mixto, realizado en 2018. La prueba de asociación libre de palabras se aplicó a 62 mujeres embarazadas y después se realizó una entrevista abierta con 18 de ellas, en ese momento ya puérperas y, para el análisis, la Teoría del Núcleo Central, la Nube de palabras y las Categorías Temáticas, respectivamente.

Resultados: Las palabras predominantes reveladas en la etapa cuantitativa fueron: dolor, maravilloso, recuperación, ansiedad y deseos. El análisis cualitativo se presenta por las categorías temáticas “Inseguridades de las mujeres en el modelo PPA” y “Nuevas perspectivas desde la experiencia en el modelo PPA”.

Conclusiones: Las experiencias de las mujeres mostraron que el modelo favoreció la remodelación de la atención del parto. Sin embargo, todavía experimentan dolor, insatisfacción y falta de autonomía. La imposibilidad de elegir un profesional de confianza era una fuente de inseguridad, y las enfermeras no tenían voz en las decisiones y acciones en la atención.

Palabras claves: Partería. Parto normal. Parto humanizado. Satisfacción del paciente.

^a Universidade de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

^b Universidade de São Carlos (UFSCar), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

^c Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes Ciências e Humanidades. São Paulo, São Paulo, Brasil.

^d Universidade de São Carlos (UFSCar), Departamento de Medicina. São Carlos, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção ao parto e nascimento tem relação com direitos e danos quando questões como desigualdade de gênero, violências e medicalização do corpo feminino na atenção obstétrica emergem⁽¹⁾. Ele também repercute em indicadores negativos de atenção à saúde, com destaque às altas taxas de mortalidade materna e neonatal, e o Brasil ocupa a segunda colocação mundial de cesáreas, com níveis muito acima dos considerados aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽²⁻³⁾. Em 2017, 56% dos partos brasileiros foram cesarianas e, ao direcionar o olhar para o setor privado essa porcentagem alcançou o patamar de 86%⁽²⁾, índices distantes dos 15% recomendados pela OMS⁽²⁻³⁾.

Boas práticas obstétricas e um cuidado livre de danos, sob o horizonte da provisão de uma experiência positiva de parto, são direito de toda mulher⁽³⁾, e se contrapõe aos desfechos negativos assinalados acima, o que evidencia a necessidade de transformações nos atuais modelos^(2,4).

Nesta direção, em 2015, em resposta à ação civil pública do Ministério Público Federal contra a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ao número excessivo de cesarianas praticadas no setor suplementar de saúde brasileiro, foi lançada a estratégia nomeada "Projeto Parto Adequado (PPA)", uma cooperação entre a ANS, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com apoio do Ministério da Saúde (MS)⁽⁴⁻⁵⁾.

A iniciativa direciona-se a apoiar a reorganização do modelo de atenção, reduzir o percentual de cesarianas desnecessárias e aumentar a qualidade e a segurança da atenção ao parto e nascimento a partir de quatro pilares fundamentais: governança, empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores e reorganização da estrutura e processos de cuidado⁽⁴⁻⁵⁾.

Estruturado em fases, o PPA inicia-se com a fase piloto, durante os anos de 2015 e 2016, que contou com a participação de 35 hospitais e 19 operadoras de planos de saúde, e demonstrou a viabilidade do projeto, além de aumentar a taxa de parto normal de 21,5% para 38% nos hospitais participantes. A segunda etapa, fase de disseminação, foi iniciada em 2017, e segue até o momento, com a participação de 137 hospitais e 65 operadoras de planos de saúde. E, por fim, a terceira fase, lançada em 2019 com o lema "Construindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestaçã o e no Parto", contempla medidas para promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala⁽⁴⁻⁵⁾.

O presente estudo intenciona dar voz às mulheres que vivenciaram o PPA com vistas a apontamentos para o modelo de atenção proposto, bem como reflexões direcionadas a um cuidado que promova experiências positivas na gestaçã o, parto e pós-parto para a mulher e sua família. O estudo foi

direcionado pelo questionamento: "Como foi a experiência de parto de mulheres atendidas em maternidade signatária do Projeto Parto Adequado?". O objetivo foi de compreender a experiência de parto de mulheres assistidas em maternidade signatária do Projeto Parto Adequado no interior do estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo misto, desenvolvido a partir de uma primeira etapa de caráter quantitativo reveladora de indicadores que foram explorados na etapa qualitativa, seguida de uma associação das evidências do fenômeno em estudo⁽⁶⁾, no caso, a experiência de parto em maternidade signatária do PPA.

O Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)⁽⁷⁾, proposto por Abric foi o selecionado para a primeira etapa, e a pesquisa exploratória qualitativa, para a segunda etapa. Esta última volta-se à exploração de significados e sentidos integrantes de uma experiência⁽⁸⁾. Os referenciais teórico e metodológico que apoiaram a segunda etapa foram, respectivamente, "Experiência positiva no parto"⁽³⁾ e a "Análise de Conteúdo Temática"⁽⁹⁾.

O estudo ocorreu em uma única maternidade signatária do PPA, localizada em um município do interior do estado de São Paulo com população estimada em 2018 de 76.864 habitantes⁽¹⁰⁾. No ano de 2018, ocorreram 785 nascimentos no município, dentre os quais 381 (48,5%) foram cesáreas⁽¹¹⁾.

A escolha dessa instituição se deu ao fato desta maternidade ser pioneira do PPA no país, iniciando a remodelagem do modelo de parto e nascimento em 2012 com a campanha "Campanha pelo Melhor Parto" e, em seguida, tornando-se signatária do PPA. No momento da coleta de dados, essa maternidade estava vivenciando a etapa de disseminação do projeto referente à segunda fase da iniciativa PPA⁽⁵⁾.

A maternidade elencada ao estudo concentra cerca de 90% dos partos do município, recebendo gestantes da rede suplementar das cidades do entorno. As gestantes de risco habitual, a partir de 34 semanas, são encaminhadas a essa maternidade para a continuidade do cuidado pré-natal até o nascimento, enquanto as gestantes classificadas como de alto risco são referenciadas para acompanhamento e suporte obstétrico na cidade vizinha (contrarreferência). Fisicamente, a maternidade contém 18 leitos para atender à gestaçã o de risco habitual, e, no período do estudo, a equipe obstétrica que acompanhava as mulheres durante o trabalho de parto, o parto e o puerpério era composta de quatro enfermeiros obstetras, uma obstetrix, quinze técnicos de enfermagem, aproximadamente vinte médicos obstetras, dez pediatras e cinco anesthesiologistas, sendo que todos trabalhavam em escala de plantão presencial.

Para participar da primeira etapa do estudo, as mulheres atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser gestante; estar na primeira consulta de pré-natal na instituição signatária do PPA; ser maior de 18 anos ou emancipada e ter gestação de risco habitual. Os critérios de exclusão adotados foram: impossibilidade de prover narrativa compreensível e ter indicação prévia de cesárea.

Na primeira etapa do estudo, todas as mulheres (n=80) inseridas no serviço ao longo de janeiro de 2018 foram elencadas. No primeiro contato, antes da consulta de pré-natal, em sala privativa, as gestantes foram convidadas a participar do estudo e aquelas que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Das 80 mulheres, cinco eram menores de 18 anos e não possuíam emancipação, duas pariram antes do primeiro contato para convite ao estudo, oito foram excluídas por terem indicação prévia de cesárea, duas não aceitaram participar e uma era deficiente auditiva. A primeira etapa, portanto, contou com um total de 62 gestantes aptas e dispostas a participar.

Para a primeira etapa, adotou-se um instrumento para caracterização sociodemográfica e obstétrica da participante, desenvolvido pela própria autora. No mesmo dia de aplicação da ferramenta, aplicou-se, também, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP)⁽⁷⁾ com o termo indutor “Parto Normal”. Foram solicitadas cinco evocações para as participantes, que, em seguida, classificavam essas evocações por grau de importância de maneira crescente. O tempo de preenchimento do instrumento e coleta do teste foi de cerca de 15 minutos.

Os dados oriundos da aplicação do TALP foram ajustados em sinônimos ou semelhança de significados. O software *OpenEvoc*⁽¹²⁾ foi utilizado e, de 310 palavras, alcançaram-se 38 *corpus*, que foram fundamentados a partir da proposta de Abric (1998) - Teoria do Núcleo Central, a qual o interpreta em Sistema Central e Sistema Periférico⁽⁷⁾.

Para dar início à segunda etapa qualitativa, a autora principal do estudo realizou o rastreamento das 62 mulheres que participaram da primeira etapa por meio do livro de nascimento da maternidade, no qual todos os dados dos nascimentos ocorridos na maternidade são registrados. Após 15 dias do parto, realizou-se contato com cada mulher através do aplicativo WhatsApp® ou telefone com a finalidade de confirmar a continuidade na pesquisa e propor agendamento de um novo encontro para sequência da coleta.

Para a etapa qualitativa, novos critérios de inclusão foram elencados: nascimento na instituição signatária do PPA e mulher e criança em adequadas condições de saúde. Nessa etapa, a coleta de dados ocorreu até que a saturação teórica fosse atingida, ou seja, as entrevistas encerraram-se quando as informações obtidas junto às participantes não proveriam aspectos novos em relação ao fenômeno explorado⁽⁸⁾. Isso

ocorreu após 18 mulheres terem sido entrevistadas. Essa etapa ocorreu ao longo dos meses de março e abril de 2018.

Em data, horário e local escolhidos pela mulher, a entrevista era iniciada com a questão disparadora: “Conte-me como foi sua experiência de parto”. Ao longo da conversa com a pesquisadora, outras questões foram realizadas de forma articulada à narrativa da participante, no intuito de compreender os aspectos integrantes do fenômeno exposto por ela. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio uma única vez, e tiveram duração média de 30 minutos. Ao final, as entrevistas foram transcritas na íntegra, e optou-se por realizar pequenas correções estruturais e gramaticais no conteúdo, sem modificar, entretanto, o sentido do que foi expresso pela participante.

Os dados extraídos das entrevistas foram tratados com duplo critério metodológico. Primeiramente, foi realizada a Análise Lexical - Nuvem de Palavras⁽¹³⁾ desses dados, e, em seguida, foram analisados a partir da Análise de Conteúdo Temática⁽⁹⁾. Para a análise lexical e elaboração da nuvem de palavras, utilizou-se o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)⁽¹³⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, com parecer consubstanciado registrado sob o número 2.409.121, e todas as mulheres consentiram ao estudo sob assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No intuito de manter o anonimato das participantes, suas falas foram identificadas pela letra “P” (de participante) seguida por um número arábico tradutor da entrada na segunda etapa do estudo. Como exemplo, “P3” seria a terceira mulher entrevistada na segunda etapa do estudo.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as 62 gestantes que participaram do estudo, a média de idade foi 32 anos, variando entre 19 e 41 anos; 31 (50%) se autodeclararam brancas e 24 (38,7%) pardas, e 30 (48,3%) eram casadas. Quanto à escolaridade, 7 (11,29%) não completaram o ensino fundamental, 10 (16,2%) não finalizaram o ensino médio, 29 (46,77%) concluíram o ensino médio e 16 (25,79%) ingressaram no ensino superior. A maioria das mulheres (54,83%) tinha renda familiar entre um e dois salários-mínimos, 36 (58,06%) eram multigestas, 27 (43,54%) não planejaram a gravidez e 48 (77,4%) iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação; 34 (54,84%) evoluíram para parto normal e 28 (45,16%) foram submetidas a cesarianas.

A análise lexical dos *corpus* formados a partir das evocações das 62 participantes em resposta ao termo indutor “Parto Normal” revelou uma média da ordem de evocação de 3,0 e frequência média de 2 evocações, com frequência mínima

de 1. O “ato de evocar” trata-se de recordar algo que está presente no subconsciente dos sujeitos⁽⁷⁾. Através dos dados empíricos, pode-se observar que, ao primeiro contato das gestantes com o termo indutor “Parto Normal”, os elementos do Sistema Central foram “dor”, “maravilhoso”, “recuperação”, “ansiedade”, “desejos”, “amor” e “expectativa”; já as evocações “medo”, “sofrimento”, “melhor escolha”, “dúvida”, “bom”, “mais natural”, “facilidade” e “alívio” formaram o Sistema Periférico.

Pautado em paradigmas, o parto normal é representado pelas participantes como um momento imprevisível e obscuro. Na sensação ativa de viver e sentir o parto, a gestante é imersa em uma mistura e explosão de sentimentos. No entanto, persuadidas pelas crenças pessoais e socioculturais, pelo impacto da mudança de ambiente (agora hospitalar) e a nova assistência ao pré-natal, elas trazem à tona elementos de um fenômeno complexo, que é reafirmado ao observarem-se os diferentes termos evocados pelas participantes⁽¹⁴⁾.

Ainda, as evocações: “ansiedade”, “expectativa”, “medo” e “sofrimento” permitem refletir como as mulheres se sentem em posição passiva em relação ao profissional de saúde. Nesse sentido, os direitos de escolha e o protagonismo da mulher acabam sendo infringidos, deixando-as quase sem fala e poder de decisão. Com isso, a cesárea vira uma regra ao invés de uma escolha consciente com base nos riscos e benefícios para a saúde materna e infantil⁽¹⁴⁾.

Pode-se constatar que, mesmo antes de vivenciar o parto, a dor é significada como um elemento desfavorável, além de ser um tópico perpassado socioculturalmente, contrariando uma vivência positiva e satisfatória para o parto normal. Logo, entende-se que a forma como a mulher recebe informações e orientações sobre o processo gestacional e parturitivo interfere sobremaneira na expectativa quanto ao parto e nascimento, contribuindo ou não para uma experiência positiva do parto⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Neste cenário, quando se discute a perspectiva da mulher sobre os motivos de sua insegurança, muitas expõem que suas dúvidas não são esclarecidas durante a gravidez, o que acentua o distanciamento do funcionamento do seu corpo e do processo fisiológico do parto. Isso cria a metáfora de desapropriação do próprio corpo e, quando a vivência do parto acontece, faz com que elas emanem reflexões que vão além de um panorama singular^(15,17).

Com o intuito de aprofundar a análise, a etapa qualitativa iniciou-se dando origem à Nuvem de Palavras. A imagem foi construída com a interação de palavras procedentes das entrevistas das participantes e, a partir de seus agrupamentos, compôs 175 *corpus* diferentes. A palavra “dor”, ao centro, foi a mais mencionada, e contou como uma frequência de 116 vezes, seguida das palavras “médico” (95 vezes), “enfermeiro” (88 vezes) e “bebê” (87 vezes), apresentada na Figura 1.



Figura 1 – Nuvem de Palavras
Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Com o intuito de agregar representatividade à figura e fornecer convergência empírica, as entrevistas foram analisadas sob o referencial da análise de conteúdo por meio de categorias temáticas. A análise permitiu a identificação de duas categorias intituladas: “Inseguranças da mulher no modelo PPA” e “Novas perspectivas a partir da experiência no modelo PPA”:

Inseguranças da mulher no modelo PPA

A categoria “Inseguranças da mulher no modelo PPA”, está nomeada como um sentimento experienciado pela estreia da mulher na estratégia PPA e pelo processo também constatado ao longo do pré-natal:

“[...] eu queria (parto normal), mas eu tinha medo, por trabalhar 9 anos em outro hospital e ter visto algumas coisas que me deixaram traumatizada [...]” (P 9)

Eu tinha uma visão muito chata, eu achava que iria ser mal tratada que na hora do parto ninguém iria ter paciência comigo [...]” (P13)

Eu tinha outra visão de como era [...] pelas coisas que as pessoas falam tanto do parto normal quanto o cesárea [...]” (P15)

O cuidado descentralizado, proposto pelo modelo do PPA, não foi bem compreendido e aceito pelas participantes:

Agora é o plantão que faz [...] deveria ser quem acompanhou desde o começo. (P4)

Eu sei que lá são todos profissionais capacitados, mas não é o profissional que eu escolhi né, não era o meu profissional de confiança [remetendo-se ao médico]. [...]” (P 9)

“[...] Sempre tem um médico a gente se identifica mais e que a gente gostaria de estar com aquele médico no dia do parto, é mas por uma questão de confiança e tal, e aí como são vários os médicos a gente não tinha essa certeza de quem a gente iria pegar no dia [...]” (P13)

Por outro lado, constatou-se com os relatos um processo de cuidado fragmentado, por vezes desrespeitoso e verticalizado, no qual a mulher não é ouvida e acolhida, além de ter seu direito de escolha suprimido:

Eu acho que essas consultas, cada dia com um (médico) diferente, gera muito conflito, e quem fica no meio é a gestante que já está em uma situação tão delicada, psicológico a mil, fica no meio dessa guerra, tudo com aquela ênfase de fazer o parto normal, eu acho que isso

não é um parto humanizado, é um parto forçado [...]” é isso que me senti, o tempo todo dizem: ‘não, você tem o direito de escolher’, em momentos eles falaram ‘vai, escolhe’, ‘não, você vai fazer o normal, você aguenta fazer o normal’ então esse negócio ‘você pode escolher’ para mim é tudo farsa. (P5)

“[...] não estava mais aguentando ficar lá sem saber o que ia acontecer [...]” (P8)

“[...] cada um tem um jeito de atender [...]” (P16)

Por meio do exposto até o momento, percebe-se que ser um hospital signatário do PPA não foi suficiente para garantir experiências positivas durante a gestação e parto, mesmo com a perspectiva da mudança do modelo obstétrico oferecido. Isso pode ser oriundo de uma implantação de um modelo não condizente com os preceitos ou necessidades singulares advindas das mulheres.

A centralidade no cuidado da mulher, apoiada por recomendações globais, é uma maneira de conscientização, aquisição de conhecimentos e, conseqüentemente, de obtenção da liberdade de escolha da mulher, elencados, atualmente, como um desafio para mobilização social e construção de políticas públicas para uma experiência positiva^(2,15).

A mulher traz consigo representações acerca de um modelo de nascimento determinante para construções psicossociais e culturais. Estas, atualmente, estão acometidas por um cenário com excessos de cesáreas, medicalizado, conflituoso e assimétrico, que as impedem de ser ouvidas, fato que limita o envolvimento, o empoderamento, a imersão e a compreensão de si mesmas como protagonistas desse ato^(1,15,17).

Nessa perspectiva, as falas retratam o paradoxo biomédico instaurado, contraponto à proposta do PPA, na qual, para o projeto, a descentralização da figura médica é vista como um elemento potencializador para boas experiências. No entanto, para as participantes, tal descentralização foi vista como um componente gerador de insegurança, ou seja, não há a possibilidade de se escolher um profissional de confiança para um cuidado contínuo.

As falas sugerem que essa mudança de modelo médico centrado gerou insegurança, uma vez que se rompeu o vínculo com o profissional médico que lhe acompanhou até 34 semanas de gestação e a inseriu em um contexto criado pelo novo modelo PPA, sem que ela conseguisse fazer essa transição internamente e pudesse sentir segurança frente à nova equipe que lhe acompanharia.

Nesta vertente, alguns autores⁽¹⁸⁾, refletem que a tecnologia e seus poderes de persuasão reforçaram socioculturalmente que a gestação, o parto e o nascimento são eventos inseguros e patológicos, e a necessidade de intervenção médica seria uma forma de garantir segurança à esses processos.

O prestígio da figura médica e de seu saber sociocultural estreita o relacionamento médico-paciente, tornando-o um relacionamento de confiança, e o modelo PPA tem dificuldade em sustentar esse discurso, ocasionando intranquilidade e insatisfação por parte de algumas participantes.

A permanência do modelo tecnocrático e biomédico é eminente nas falas das mulheres, seja pela prevalência lexical e centralidade da palavra “médico”, reveladas na nuvem de palavras, seja pelas falas recorrentes na categoria temática. A reputação da equipe de plantonistas é marginalizada como uma má assistência, fragmentada e não compartilhada, o que, deve-se ao fato de o ensino médico ainda ser pautado em procedimentos que despersonalizam as mulheres⁽¹⁾.

Dessa forma, a fim de que as inseguranças sejam ressignificadas e os modelos de cuidado como do PPA sejam reconhecidos como melhores pelas mulheres, faz-se necessário desenraizar a centralidade da figura médica como único detentor de poder e reconduzir, de forma compartilhada, o cuidado singular, oriundo de equipes multiprofissionais, na qual a informação e a conscientização pela escolha da via de nascimento e os desvelos realizados transcendam os estereótipos de poder criados pela sociedade^(1,14-15,18).

Novas perspectivas a partir da experiência no modelo PPA

Na categoria “Novas perspectivas a partir da experiência no modelo PPA”, observaram-se falas que trouxeram os benefícios de um suporte informativo assertivo e esforços de acolhimento por parte da equipe multiprofissional, em especial da enfermagem, favorecendo experiências positivas, o empoderamento da mulher e a possibilidade de aceitação do novo modelo de assistência proposto pelo PPA:

“[...]” quando falaram que era humanizado já me agradou bastante, que antes não era né? A hora que falaram que eu podia escolher as coisas, eu gostei. “[...]” (P7)

Senti bastante diferença, muito melhor, muito melhor mesmo, você sente mais segurança, você fica mais livre “[...]” (P11)

“[...]” tentaram me explicar os benefícios do parto normal que era o que eu mais tinha medo, tentaram me mostrar o lado bom. “[...]” (P13)

Ainda nesse sentido, as participantes ressaltaram os esforços de acolhimento e escuta da equipe formada por enfermeiras obstetras e obstetrix, fatores que favoreceram a criação de vínculo e um cuidado centrado nas demandas das mulheres:

“[...]” tem enfermeira muito legal, nem parece que a enfermeira, parece que é uma amiga que você conheceu

há muito tempo, as meninas são muito educadas muito simpáticas.” (P6)

“[...]” as enfermeiras são excepcionais, todas elas, um cuidado extremamente incrível, acho que os médicos deveriam aprender um pouco mais com as enfermeiras o cuidado que se trata uma gestante “[...]” (P5)

“[...]” tem pessoas que sabem lidar com pessoas, foi como ela falou para mim eu não estou sentindo sua dor, mas se você ficar estressada e ficar preocupada com a outra contração, você não vai conseguir relaxar é pior para você, então tenta relaxar, respira, então assim ela me acalmou de uma forma inteligente “[...]” (P14)

O suporte informativo, em consonância com as boas práticas obstétricas oferecidas, favoreceu a experimentação do trabalho de parto de forma mais positiva, possibilitando uma melhor visão e compreensão do PPA:

“[...]” (a enfermeira) disse que eu poderia ficar à vontade, se eu queria deitar na cama, se eu queria ir para o chuveiro de novo, se eu queria ficar na bola. (P3)

“[...]” tudo o que foi passado foi bem tranquilo, explicado bem certinho sai de lá bem confiante sabendo o que fazer. (P2)

“[...]” ela me ajudou muito, me apoiou muito, me indicou um livro e um documentário para assistir, eu assisti e eu até comprei o livro e aí foi aí que eu decidi que eu queria, que queria e não importa a hora que viesse. “[...]” (P12)

“[...]” me ensinou a ficar na bola, estimulou o bastante o parto, me ensinou bastante exercício, ensinou quase tudo, não sabia nada “[...]” (P17)

“[...]” foi muito importante a presença do meu marido porque ele me ajudou em tudo ficou perto de mim, ajudou no parto, cortou o cordão, o médico chamou ele e ele foi lá me ajudou em tudo, para mim foi essencial a presença dele. “[...]” (P1)

As falas acima permitiram identificar que, ao experimentar o trabalho de parto, os sentimentos e as expectativas das mulheres quanto ao modelo PPA se modificaram. Grande parte dessa mudança se deu pelo esforço informativo e acolhedor das enfermeiras obstetras e da obstetrix, que demonstraram uma nova concepção de cuidar e ser cuidada, dando-lhes maior protagonismo e confiança no processo parturitivo.

Nessa perspectiva, as participantes apontam que a assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, em especial pela equipe de enfermagem, favoreceu uma relação diferenciada e singular, vivenciada pelo cuidado e percepção de qualidade do atendimento. Ao apreciarem esse quesito relacional, demonstram que o cuidado vai muito além de

um processo pessoal, sendo um desafio paradoxal norteador por uma inversão de valores e ideais sob a maneira de nascer no Brasil, assim como em alguns cenários pelo país^(14,17).

Tais transformações vêm se ancorando em evidências científicas que incentivam uma assistência humanizada e que compõe uma série de ações que se destacam em um acolhimento eficaz, uma escuta de qualidade e um relacionamento de confiança, com plausíveis mudanças no contexto social e representatividade do parto normal percebíveis nas falas acima^(2,15).

Essas melhorias na assistência são encorajadas pela OMS desde a década de oitenta. Em 2018, por meio das “Recomendações da OMS: cuidados intraparto para uma experiência positiva no parto”, reforçou-se a importância da participação e inclusão nas equipes de saúde de profissionais não-médicos. Tais profissionais são qualificados para uma assistência de excelência, com a finalidade de possibilitar melhores experiências de nascimento, com redução de intervenções desnecessárias visualizadas ainda nos modelos biomédicos. Tais recomendações, pautadas no cuidado singular, multidimensional, integrado e multiprofissional, têm se mostrado eficazes ao se visualizarem indicadores de saúde perinatais favoráveis⁽¹⁹⁾.

Percebe-se, por meio dos dados provenientes da nuvem de palavras e das falas, que a equipe de enfermagem tem a ação singular de nortear e influenciar transformações do cenário obstétrico. No entanto, dentro do modelo e no Brasil, observa-se ainda o desafio da atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento. Mesmo sendo parte de uma equipe multidisciplinar, o papel da enfermeira obstetra e da obstetrix ainda se mostra aquém do esperado e recomendado pela OMS. A equipe de enfermagem obstétrica, em especial no cenário nacional, tem seu potencial de autonomia do cuidado contínuo e recursos educativos durante todo o processo gestacional e parturitivo reduzidos, restando-lhes, na maior parte das vezes, o acompanhamento do trabalho de parto, não menos importante, mas que também se mostra desafiador e sem incentivo⁽³⁻⁴⁾.

Estudo⁽⁴⁾ aponta que apenas em 27% dos partos vaginais há registros de atuação da enfermagem obstétrica brasileira como responsável técnica, ainda que essa atuação esteja em ascensão no setor público. Por outro lado, no setor privado, essa atuação é quase que inexistente.

Em 2019, a *International Confederation of Midwives* (ICM) lançou um documento mundial atualizando as práticas e competências das enfermeiras obstetras e obstetrixes. O documento incentiva a autonomia da profissional para o cuidado reprodutivo, gestacional, parturitivo e puerperal, pontuando competências integrativas, como diagnóstico, ação, intervenção e ações emergenciais à saúde da mulher, bem como a participação no ensino de novos profissionais e

no desenvolvimento de evidências científicas. Tais iniciativas são importantes, pois agregam valores de mudanças nos cenários e nos contextos de nascimento⁽²⁰⁾.

Este estudo contribui tanto para a prática como para a ciência ao identificar, no contexto de uma maternidade signatária da estratégia PPA, as experiências das mulheres que pariram nesse modelo. De modo geral, evidencia-se que tais experiências ocorreram de forma tênue entre (in) satisfação, (in)segurança e (des)confiança.

Cabe lembrar que essas experiências sofreram constantes mudanças, tanto das projeções que as participantes trouxeram consigo quanto do contexto histórico, cultural e social, como também da relação estabelecida com os profissionais de saúde.

■ CONCLUSÕES

Embora o PPA tenha em seus princípios transformar o modelo atual vigente de atenção ao parto, as falas das mulheres deste estudo evidenciam um cenário assistencial ainda vinculado ao processo saúde-doença, com discreta liderança das obstetrixes e enfermeiras obstetras e baixa valorização da autonomia feminina e de experiências positivas para as mulheres e famílias.

Considerando os impactos da experiência de parto na identidade e papéis sociais, saúde física e mental das mulheres, é premente que o modelo atual seja transposto e que estratégias como o PPA cada vez mais envolvam usuárias no monitoramento da qualidade da assistência. Cabe a nós, pesquisadores e profissionais, que os desejos, opiniões e escolhas das mulheres sejam acolhidos e direcionados à luz das melhores evidências clínicas do cuidado.

Ainda, as obstetrixes e enfermeiras obstetras devem ser consideradas peças-chave para a transformação da atenção obstétrica pela habilidade de ultrapassar a concepção de parto apenas enquanto evento biológico e melhorar a escolha das mulheres. Há um crescente corpo de evidências indicando que um cuidado contínuo liderado por essas profissionais é particularmente adequado para mulheres saudáveis, pois tende a ser mais focado na mulher e na família, um fator de grande relevância na satisfação das mulheres com o parto.

Por fim, torna-se imprescindível uma maior sensibilização da sociedade ao fato de que não bastam mulheres e crianças vivas, mas que, para além disso, precisam ser saudáveis e com experiências positivas desse processo tão impactante na vida do ser humano.

Recomenda-se que outros estudos sejam conduzidos nesse cenário assistencial, de forma que as lacunas acima mencionadas sejam ainda mais exploradas, bem como sejam propostas estratégias inovadoras da promoção de uma experiência segura e positiva no parto para a mulher e sua família.

Limitações do estudo

A pesquisa, por sua natureza, está sujeita a certas limitações. Assim, este estudo teve como limitações a avaliação de uma única unidade de PPA específica de uma região e a perda de participantes ao longo do processo (fato esperado em estudos científicos que envolvem mais de uma etapa de coleta de dados). Embora a característica qualitativa da metodologia não nos permita a extrapolação dos resultados, ela nos apoia na reflexão do problema no contexto específico, e ainda pode servir de base para novos estudos quantitativos sobre as percepções sobre a assistência obstétrica através dos modelos vigentes.

No entanto, acreditamos que os resultados apontados poderão contribuir para o desenvolvimento de novos estudos acerca da experiência de parto e a qualidade da assistência para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. The vagina-school: interdisciplinary seminar on violence against woman in the teaching of the health professions. *Interface*. 2016;20(56):253-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>
- Oliveira BJ, Lansky S, Santos KV, Pena ED, Karmaluk C, Friche AAL. Senses of Birth: An interactive and provocative exhibition to change the culture about childbirth in Brazil. *Interface*. 2020;24:e190395. doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.190395>
- World Health Organization (CH). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 May 10]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0A>
- Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica*. 2019;35(7):e00223018. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223018>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (BR) [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; c2020 [cited 2020 jun 17]. Parto Adequado; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/parto-adequado>
- Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 9. edição. Porto Alegre: Artmed; 2019.
- Abriç JC. A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB; 1998. p. 27-38.
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual*. 2017 [cited 2020 jul 17];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; c2020 [cited 2020 jul 17]. Jaboticabal; [aprox. 1 tela]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/jaboticabal/panorama>
- Datasus (BR). Nascidos Vivos: Jaboticabal-SP 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 maio11]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>
- Sant'Anna HC. openEvoc: um programa de apoio a pesquisa em representações sociais. In: Avelar L, organizador. Psicologia social: desafios contemporâneos. Vitória: GM Gráfica e Editora; 2012 [cited 2020 abr 12]. p. 94-103. Disponível em: <http://www.hugocristo.com.br/projetos/openevoc/>
- Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour l'és Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Internet]. c2008- [cited 2020 May 20]. Available from: <http://www.iramuteq.org>
- Oliveira VJ, Penna CMM. Every birth is a story: process of choosing the route of delivery. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 3):1228-36. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
- Cavaler CM, Castro A, Figueiredo RC, Araújo TN. Representações Sociais do Parto para Mulheres. *Id on Line Rev Mult Psic*. 2018;12(41):977-90. doi: <https://doi.org/10.14295/online.v12i41.1158>
- Prudêncio PS, Mamede FV. Evaluation of prenatal care in primary care in the perception of pregnant women. *Rev Gaucha Enferm*. 2018;39:e20180077. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077>
- Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. *Esc Anna Nery*. 2017;22(1):e20170013. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>
- Brandão e Mendes YMM, Rattner D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Rev Saude Publica*. 2020;54:23. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>
- Davis D, Homer CS, Clack D, Turkmani S, Foureur M. Choosing vaginal birth after caesarean section: motivating factors. *Midwifery*. 2020;88:102766. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766>
- International Confederation of Midwives (NL) [Internet]. The Hague: ICM; c2019- [cited 2020 May 7]. Essential Competencies for Midwifery Practice; [about 1 screen]. Available from: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

■ **Agradecimentos:**

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) CNPq o apoio dado à pesquisa.

■ **Contribuição de autoria:**

Luara de Carvalho Barbosa, participou do design do estudo original e todas as outras etapas do estudo. Jamile Claro de Castro Bussadori participou do design do estudo original, supervisão da execução da pesquisa, análise de dados, bem como da redação e revisão crítica da versão final do manuscrito. Os demais autores contribuíram na redação e revisão crítica da versão final do manuscrito.

■ **Autor correspondente:**

Luara de Carvalho Barbosa
E-mail: luara.obstetricia@hotmail.com

Recebido: 14.07.2020
Aprovado: 12.11.2020

Editor associado:

Jéssica Machado Teles

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti