

Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil

Overcoming the culture of physical immobilization of birthing women in Brazilian healthcare system? Findings of an intervention study in São Paulo, Brazil (abstract: p. 15)

¿Cómo superar la cultura de la inmovilización física de las parturientas? Resultados parciales de estudio de intervención en São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil (resumen: p. 16)

Denise Yoshie Niy^(a)

<denise.niy@gmail.com> 


Valéria Clarisse de Oliveira^(b)

<lerinha.clarisse@gmail.com> 


Luma Rodrigues de Oliveira^(c)

<lumadeoliveira.nutri@gmail.com> 

Bruna Dias Alonso^(d)

<bruna.dias.alonso@gmail.com> 

Carmen Simone Grilo Diniz^(e)

<sidiniz@usp.br> 

^(a, e) Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo (USP). Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-904.

^(b, c) Graduanda do curso de Nutrição, FSP, USP. São Paulo, SP, Brasil.

^(d) Pós-graduanda do Programa de Saúde Pública (Doutorado), Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, FSP, USP. São Paulo, SP, Brasil.

Superar a cultura de imobilização física no trabalho de parto e no parto ainda é um desafio no Brasil. Este trabalho identificou facilitadores e obstáculos para a implementação de maior liberdade de posição, em projeto-piloto da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança numa maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo, Brasil, usando metodologia orientada pelo Laboratório de Mudança (LM). A percepção de gestores e profissionais de saúde mostrou-se discrepante das opiniões das usuárias e do que foi observado. A liberdade de movimentação pareceu mais respeitada durante o trabalho de parto do que no parto. Frequentemente, as parturientes eram “posicionadas” em litotomia, considerada pelos profissionais “instintiva” ou “preferência” feminina, enquanto as mulheres relatavam não tomar iniciativas por temerem repreensões. Adequações simples da ambiência e treinamento dos profissionais para atender partos em posições não supinas podem contribuir para promover mudanças.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Saúde da mulher. Humanização. Assistência ao parto. Violência obstétrica.

Introdução

A assistência à gestação, ao parto, aborto e puerpério, tanto no país como no mundo, constitui tema privilegiado quando se trata da saúde da mulher. Enquanto nos países mais pobres os desafios relacionados ao acesso aos serviços permanecem, em nações de renda média e com universalização da assistência, como o Brasil, a qualidade da atenção passa a entrar no foco¹. Isso porque, a despeito de quase todos os nascimentos acontecerem em instituições de saúde e com assistência de um profissional de saúde treinado, a mortalidade materna brasileira está estagnada desde o século passado em um patamar elevado, com predomínio das causas diretas de mortalidade². Além disso, os indicadores mostram excessiva medicalização, com altas taxas de intervenções, como cesarianas e amniotomia, e baixa adesão a boas práticas, como alimentação durante o trabalho de parto e parto e alívio não farmacológico da dor³. De forma surpreendente, apenas 5,6% das mulheres de risco habitual que dão à luz nos hospitais ficam livres de sofrer algum tipo de intervenção³.

Nas últimas duas décadas, diversas iniciativas foram propostas para a melhoria da qualidade assistencial, envolvendo desde a elaboração e divulgação de diretrizes orientadoras das práticas obstétricas^{4,5} até políticas e programas mais amplos voltados à saúde da mulher⁶⁻⁹. Não é recente, portanto, o reconhecimento de que a assistência deve ser aprimorada para que as mulheres tenham garantido seu direito ao mais alto padrão de saúde, conforme estabelecido pela Constituição e por documentos internacionais assinados pelo Brasil¹⁰⁻¹⁴.

Entre as diversas mudanças na assistência propostas pelo Ministério da Saúde e outros organismos internacionais, está a recomendação de que as mulheres tenham liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto e parto, pois evidências científicas mostram que esta movimentação está associada a melhores desfechos e maior satisfação materna^{4,15,16}. Quando a mulher permanece em posições verticalizadas e se movimenta durante o trabalho de parto, há benefícios físicos e psicológicos: aumenta o senso de controle pela mulher e as contrações são mais efetivas, além de não haver os efeitos adversos fisiológicos sobre a mulher e o bebê advindos da posição supina. Como resultado, reduz-se o tempo necessário para que a dilatação ocorra, diminuem a necessidade de analgesia, as chances de cesariana e de os bebês serem admitidos em UTI neonatal^{17,18}. Adicionalmente, quando se oferecem diferentes possibilidades de posição de parto para as parturientes, elas sentem-se fortalecidas em sua autonomia¹⁹. Contudo, ainda há obstáculos para a implementação dessa medida, inclusive no Brasil^{3,20,21}.

Iniciativas que visam à mudança de práticas nos serviços, de forma a tornar o parto uma experiência mais segura e prazerosa para as mulheres, também reconhecem a importância desse aspecto e o incluem entre seus critérios para acreditação. É o caso, por exemplo, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), por meio do seu anexo “Cuidado Amigo da Mulher”, cujo cumprimento tornou-se obrigatório para que as maternidades sejam credenciadas na IHAC²². Do mesmo modo, a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC) inclui a movimentação durante o trabalho de parto e parto como indicador²³. Todavia, se a IHAC já possui uma história bem-sucedida no país, com um sistema de acreditação já consolidado, a IHAMC encontra-se ainda em fase experimental no Brasil e em outros países.

A IHAMC foi proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras instituições de relevo, em

2015, e procura responder às elevadas taxas de mortalidade materna que persistem em países de renda baixa e média, diante da constatação de que a garantia de acesso a serviços de saúde por si só não produz melhores resultados para mulheres e bebês. Propõe, assim, dez critérios⁽⁶⁾ para qualificar uma maternidade como “amiga da mulher e da criança”²³. Essa iniciativa ancora-se na percepção de que o cuidado nas maternidades deve se pautar pelos direitos das mulheres, e se relaciona diretamente com a promoção da equidade, como já apontado por entidades e iniciativas anteriores²⁴⁻²⁷.

Nos países da América Latina, e no Brasil em especial, tem se construído o entendimento de que a restrição ao leito durante o trabalho de parto e a obrigatoriedade de dar à luz em posição supina podem configurar formas de violência institucional contra a mulher, uma vez que ferem a autonomia da parturiente, prejudicam o desenrolar fisiológico do parto e impedem que ela decida livremente sobre seu corpo. Essa apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos também tem sido denominada violência obstétrica, ou abuso, desrespeito e maus-tratos, e a cada dia crescem as evidências de que esse fenômeno está intimamente ligado à baixa qualidade da assistência e a piores desfechos, inclusive em serviços especializados^{13,25,26,28-34}.

As adaptações necessárias aos serviços para que a mulher tenha liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto envolvem baixos custos, em especial, quando se consideram os benefícios para a saúde e o bem-estar da mulher e do bebê. Contudo, no Brasil, menos de metade das mulheres se movimenta durante o trabalho de parto, e essa proporção é significativamente mais baixa no setor privado³. Em relação à posição para o parto, mais de 90% das mulheres dão à luz em litotomia (deitada de costas, com as pernas abertas e imobilizadas, uma posição considerada antifisiológica, dolorosa e potencialmente danosa), com poucas variações dessa proporção segundo região e características da parturiente³.

As evidências e recomendações apoiam a liberdade da mulher para se movimentar no trabalho de parto e parto, conforme seus desejos e necessidades. Entretanto, os indicadores brasileiros delineiam uma realidade com obstáculos à implementação de mudanças, e modificar esta realidade é uma importante lacuna do conhecimento, conforme apontado por Priddis et al.¹⁸ após revisão da literatura a respeito do tema. Assim, este texto discute os resultados parciais de um projeto para a implementação da IHAMC em uma maternidade SUS da capital paulista, e tem como foco os facilitadores e obstáculos para a implementação da liberdade de movimentação e posição durante o trabalho de parto e parto, na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e usuárias.

Métodos

Este estudo integra o projeto “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)”, iniciado em novembro de 2016 e ainda em curso. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CAAE 56958716.0.1001.5421). O projeto tem como objetivo desenvolver e avaliar um piloto de implementação da IHAMC em duas maternidades do SUS, em São Paulo e em

⁽⁶⁾ Liberdade de movimentação no trabalho de parto e ingestão de alimentos leves e bebidas; política não discriminatória para mulheres HIV-positivas, adolescentes, minorias étnicas, etc.; privacidade durante o trabalho de parto e o parto; acompanhante de escolha da mulher; cuidado culturalmente competente; sem abusos físicos, verbais, emocionais ou financeiros; cuidado acessível ou, mesmo, gratuito; sem práticas de rotina; alívio farmacológico e não farmacológico da dor; contato pele a pele entre mãe e bebê e incentivo à amamentação.

Ribeirão Preto, e orienta-se metodologicamente pelo Laboratório de Mudança³⁵. Este foca as atividades de trabalho em sua transformação permanente, e busca evidenciar as contradições internas dos sistemas de atividades, criando condições para a identificação de problemas e para o surgimento de inovações que levem à sua solução. Suas etapas compreendem: o mapeamento da situação, com o estudo detalhado dos sistemas de atividade; a pesquisa e análise das origens históricas destes sistemas; a criação de um novo modelo; o teste e a implementação do novo modelo, e, por fim, sua consolidação.

Os dados considerados neste estudo foram produzidos na zona sul da capital paulista, em uma instituição com mais de cinquenta anos de idade que tem investido em humanizar a assistência ao parto, por meio de: treinamentos, creditações, reformas e mudanças na ambiência. Gerida por uma organização social desde os anos 2000, o serviço presta atendimento a parturientes de risco habitual pelo Sistema Único de Saúde. O espaço temporal estendeu-se de novembro de 2016 a novembro de 2017, que, na perspectiva do Laboratório de Mudança, correspondeu às etapas de mapeamento e análise da situação, pesquisa e análise histórica e início da criação de um novo modelo. Nesse período, procurou-se compreender o que profissionais e gestores entendiam por inadequações técnicas, abusos e desrespeitos na assistência, e sua relação com as precariedades das condições de trabalho e da formação profissional, conforme estratégias descritas a seguir, orientadas pela metodologia do Laboratório de Mudança.

Reuniões do grupo operativo: formado nos primeiros meses do projeto, o grupo operativo contou com a participação de gestores, profissionais, usuária e pesquisadores para ampliar o alinhamento entre as necessidades dos serviços e do projeto, e a sustentabilidade da mudança. O grupo encontrava-se uma ou duas vezes ao mês para discutir dados quantitativos e qualitativos do serviço (inclusive os produzidos pelo projeto nas observações e nas entrevistas), e para pactuar e formalizar maneiras inovadoras de compreender e executar as atividades. As reuniões foram gravadas e transcritas.

Observação participante: três estudantes de pós-graduação e cinco de graduação foram treinadas para a observação do serviço com base em um roteiro preestabelecido conforme os critérios da IHAMC. Foram cerca de trezentas horas de observação em novembro e dezembro de 2016, distribuídas em diferentes períodos e dias da semana, com escala por estação de trabalho, abrangendo: desde o pré-natal pós-data, o setor de admissão, o centro de parto normal, o centro cirúrgico, o alojamento conjunto, até a UTI neonatal. Todas as observações foram registradas em diário de campo, verificado semanalmente pela coordenação para esclarecimento de dúvidas a respeito dos relatos, totalizando mais de trezentas páginas.

Grupos focais: com profissionais e gestores (duas vezes), apenas com técnicas de enfermagem (duas vezes) e com usuárias (uma vez, com mulheres que tiveram bebê no serviço referido). Essas atividades seguiram um roteiro baseado nos dez critérios da IHAMC, foram gravadas e transcritas, totalizando cerca de dez horas de duração e mais de 250 páginas de transcrição.

Entrevistas: três gestores, uma usuária e uma participante de um curso de formação de doulas ofertado pela instituição foram entrevistados, seguindo um roteiro baseado nos dez critérios da IHAMC. As entrevistas duraram, em média, uma hora e todas foram gravadas e transcritas.

Levantamento histórico: leitura e discussão de documentos institucionais, livro e artigos científicos com o grupo operativo, com a participação de profissionais que trabalharam no serviço em décadas passadas. Essa análise buscou verificar como os sistemas de atividades se desenvolviam na instituição, tanto em épocas passadas como no momento em que ocorreu a análise. Os encontros promovidos com essa finalidade também foram gravados e transcritos.

Todas as transcrições foram lidas e submetidas a análise temática, inicialmente organizadas nas categorias definidas *a priori* conforme os critérios da IHAMC. Os resultados aqui relatados referem-se ao critério de liberdade de movimentação e posição no trabalho de parto e parto, os quais foram lidos exaustivamente e organizados, então, em subcategorias. Ainda seguindo a perspectiva do Laboratório de Mudança, metodologia orientadora do projeto, a análise buscou identificar padrões e contradições nas práticas instituídas segundo a perspectiva de diferentes atores, a fim de delinear os desafios ou problemas existentes e que poderiam ser objeto de intervenção.

Os critérios da IHAMC partem de instrumentos internacionais de direitos humanos que, de alguma maneira, se relacionam aos direitos das mulheres no parto⁽⁹⁾. Tais documentos fundamentam a compreensão de que a assistência ao parto não embasada em evidências científicas, a negligência e o abuso e desrespeito constituem violações dos direitos humanos das mulheres, bem como sinalizam a existência de iniquidades de gênero, em especial quando se trata da saúde sexual. Aqui entende-se gênero como o sexo socialmente construído, portanto relacionado às dimensões histórica e cultural^{11,36}, e que acaba por orientar a percepção e organização da vida social, inclusive da assistência à saúde da mulher e ao parto^{37,38}. São as concepções de gênero que sustentam a medicalização do corpo feminino, ou seja, a apropriação, pela medicina, dos processos reprodutivos da mulher, com o intuito de conformá-los a determinados padrões³⁹.

Estudos mostram que nas maternidades, em geral, práticas discriminatórias e desrespeitosas são entendidas pelos profissionais de saúde como um supostamente necessário exercício da autoridade^{40,41}. Mattar e Diniz⁴² explicitam que a relação entre o profissional de saúde e a mulher é assimétrica, e que existe uma hierarquia reprodutiva, em que o estatuto da mulher como mãe se dá de acordo com suas características de raça, classe, geração (ou idade) e parceria sexual. Assim, pode-se dizer que mulheres negras, pobres, adolescentes (ou mais velhas), solteiras, lésbicas ou transgêneros exercem maternidades consideradas subalternas. Outros atributos da mulher podem significar ainda menor aceitabilidade social de sua condição de mãe, como é o caso: da HIV-positiva, deficiente física, sem-teto, usuária de drogas, profissional do sexo e da encarcerada⁴². Cada uma destas formas de desigualdade social pode aumentar a vulnerabilidade da mulher às várias formas de violência, entre elas a imobilização durante o trabalho de parto e parto, sendo o caso extremo o das mulheres encarceradas, que dão à luz algemadas.

Resultados

A maternidade atende, em média, 450 nascimentos por mês, cerca de 30% por cesariana, de acordo com dados do Sinasc municipal para 2016⁴³. Entre as mulheres que deram à luz nesse estabelecimento em 2016, 16,6% tinham até 19 anos e 30,6%

⁽⁹⁾ Os autores citam: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, o relatório do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre mortalidade materna evitável, morbidade e direitos humanos, e a Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Pequim²⁴. Ressalta-se ainda a importância da Conferência sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada no Cairo em 1994, pelo reconhecimento da saúde reprodutiva como direito fundamental e elemento central para a promoção da igualdade de gênero.

tinham entre vinte e 24 anos. A maioria das mães era preta ou parda (64,2%) e tinha entre oito e 11 anos de estudo (74,4%), além de 15,4% terem o Ensino Médio completo⁴³. Chama a atenção o fato de 74,5% delas se declararem solteiras em 2016; no conjunto do município, apenas 41,0% das mulheres que deram à luz indicaram essa situação conjugal⁴³, proporção semelhante à registrada para o Brasil em 2015 (41,2%)².

A perspectiva dos profissionais: há recursos, mas as pacientes “acham estranho”

As percepções sobre a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto e parto distinguiram-se conforme os interlocutores de pesquisa. Na visão de gestores e profissionais de saúde, todas as mulheres atendidas tinham liberdade para se movimentarem. Como facilitadores, citaram: a existência de espaço físico, o incentivo da equipe assistencial, a orientação ao acompanhante e a permissão para a presença de doula, além de equipamentos que auxiliam no alívio não farmacológico da dor, como a bola, e na adoção de posições verticalizadas para o nascimento, como a banqueta.

Todavia, a liberdade da mulher foi condicionada a algum tipo de prescrição para que ela saísse do leito, ou seja, ela poderia deambular “se tivesse recomendação”. Essa condicionalidade era reforçada por um cartaz do setor de admissão intitulado “Não à violência obstétrica! Entenda seus direitos”, onde se lia que “As posições serão discutidas e orientadas pela equipe médica”.

Sobre a posição de parto, gestores e profissionais de saúde afirmaram, de um lado, que as parturientes podiam escolher a posição que quisessem e, de outro, que a maioria delas preferia a litotomia.

“Culturalmente elas já têm aquela posição tradicional, mas a equipe tenta estimular e oferece outras posições, aí vai da aceitação dela [...] muitas vezes não aceitam porque não conhecem, acham estranho o parto na banqueta ou no chão.” (Enfermeira, grupo focal)

No curso de formação de doulas, a adoção, pela mulher, de uma determinada posição de parto foi atribuída tanto à cultura como ao instinto. No primeiro caso, o profissional de saúde pareceu menosprezar os conhecimentos ou as preferências das mulheres indígenas. No segundo caso, acabou por naturalizar a posição de litotomia ao nomeá-la como “instintiva”:

“Ele [profissional de saúde que palestrava no curso] ainda falou assim: ‘não tô falando dos índios, os índios eles parem de cócoras porque eles vêm isso, é cultural deles. Mas essas mulheres parem litotomicamente porque é instintivo’.” (Participante de curso de doulas, entrevista)

Considerada mais difundida e até mesmo instintiva pelos profissionais de saúde, a posição litotômica foi reforçada no cotidiano da assistência. Relatos da observação mostraram o uso dos termos “vamos posicionar a paciente”, por referência à posição de litotomia. Em um dos grupos focais, quando questionados sobre quantas pessoas davam à luz na posição de litotomia, profissionais de saúde e gestores ficaram em silêncio e, só depois de estimulados a “chutarem” um número, disseram que “mais da

metade” tinha o parto nessa posição. Nas observações em campo, porém, foram raras as oportunidades em que os nascimentos ocorreram em posição não horizontalizada, todavia, não há registros institucionais a respeito.

A perspectiva das usuárias: há iniciativas, mas os profissionais reprimem

Contrastando com a percepção de profissionais de saúde e gestores, as usuárias alegaram não terem entendido que havia liberdade para que elas adotassem a posição em que se sentissem mais confortáveis:

“Não tinha essa liberdade de posição. Não, pelo contrário, quando elas [outras mulheres com quem dividiu espaços] tentavam se movimentar ou se colocar de uma outra forma, elas foram reprimidas e chamadas a atenção, dizendo que tinha que ser daquele jeito.” (Usuária, grupo focal)

Em geral, as usuárias se mostraram inseguras com relação ao que podiam ou não fazer: “É um ambiente hospitalar, você fica com medo. Não é seu ambiente. Você precisa saber se pode ou se não pode andar” (Usuária, grupo focal).

Muitos profissionais sequer cogitavam lidar com posições não litotômicas, conforme algumas situações observadas no campo.

“Quando o trabalho de parto avançou, essa mulher preferia ficar no chão, a equipe ficava chocada e todos diziam “Aí é sujo!”. [...] colocaram-na na cama, em posição litotômica, e disseram “Agora seu bebê já pode nascer porque está no limpinho!”. ” (Diário de campo)

Nesse caso, parecia haver uma falta de flexibilidade para propiciar um ambiente limpo no chão, como existe em alguns serviços, com a oferta de colchonetes ou panos limpos.

O que facilita ou dificulta a flexibilidade de posições?

Nos relatos das usuárias, nos grupos focais e nas discussões do grupo operativo, foi apontada a variação de práticas segundo categoria profissional: “O gestor comentou que as enfermeiras da instituição eram mais flexíveis, mas os médicos nem tanto” (Diário de campo); “É raro um médico que sabe acompanhar parto que não seja com a mulher ‘posicionada’. É mais comum entre as enfermeiras, mas só algumas delas” (Técnica de enfermagem, grupo focal).

Outro fator que foi associado à variação de práticas compreendeu as características da parturiente. As mulheres chamadas de “PI” (jargão local para “paciente informada”) são aquelas que buscam informações, por meio de suas redes de relações ou de mídias sociais, como a blogosfera materna⁴⁴⁻⁴⁶, que estimula a participação ativa das mulheres nas decisões sobre o parto, e a elaboração de planos de parto⁴⁷:

“Sobre o plano de parto, [...] eu achei que levaram muito em consideração [...] achei que fui bem tratada, não sei se levaram em conta isso [...] depois eu solicitei

meu prontuário, [...] Aí eu vi que escreveram “paciente bem informada”, tá bem em cima assim, então eu não sei se teve um preconceito ao contrário, entendeu?” (Usuária, grupo focal)

No trabalho de parto havia mais flexibilidade de posições que no parto. Várias mulheres que, no trabalho de parto, estavam sentadas na banquetta, em quatro apoios ou em outras posições, acabaram por dar à luz em litotomia: “A mulher estava na bola; quando perceberam que estava no expulsivo, ela foi prontamente encaminhada para a cama” (Diário de campo).

A ausência de informações para as mulheres, em muitas circunstâncias, foi referida nas observações, no grupo operativo e nas atividades coletivas, assim como nas entrevistas. Em vários relatos, os profissionais limitavam-se a expressar interdições, sem a preocupação de esclarecer suas motivações, como um residente de enfermagem obstétrica que, ao espiar pela porta, disse: “Não pode ficar muito tempo no vaso, não, viu!”, e saiu na sequência (Diário de campo). E como a doula da instituição, que ao ver uma mulher no cavalinho falou: “olha, esse ainda não é o momento de usar” (Usuária, grupo focal).

Para as mulheres, esta ausência de informações, explicações para interdições e oportunidades para o uso dos recursos pode levar à sua imobilização no leito. Mesmo aquelas que desejavam deambular sentiram-se receosas de represálias.

“As mulheres que estavam comigo ficavam deitadas o tempo todo e eu ficava naquela insegurança, porque eu não via ninguém se movimentar. [...] eu fiquei receosa de andar e eu não sabia se eu podia, se eu não podia, tanto que eu só comecei a andar quando eles me falaram, olha, se você quiser andar... e eu fui a única que fiquei andando.” (Usuária, grupo focal)

Algumas usuárias elogiaram a disponibilidade de recursos como a bola, e ainda que sem estímulo ao uso, tiveram a iniciativa de usá-la: “Vi também que tinha uma bola grandona lá no final da sala, daí eu fui lá, peguei a bola, não perguntei pra ninguém, aí sentei na bola, fiquei fazendo movimento circular o tempo todo” (Usuária, grupo focal).

Por vezes, quem tinha a iniciativa de utilizar os recursos disponíveis sem a prescrição ou autorização prévia de um profissional de saúde era intimidada: “Eu sabia que tinha [a bola], então eu pedi. Primeiro eu ouvi assim ‘você acabou de chegar e já quer a bola?’, eu escutei isso. Aí, depois de um tempo, trouxeram” (Usuária, grupo focal).

Limitações da ambiência

A ambiência não era muito favorável para que as mulheres se movimentassem, pela falta de sinalização e informação sobre o que era permitido:

“Eu também fiquei dentro do quarto, o tempo todo, mas ninguém me falou ‘não pode sair’, mas eu não... nem senti vontade de sair, porque lá é também um

ambiente que não me deixou confortável, então ali dentro do quarto era onde eu me sentia melhor.” (Usuária, grupo focal)

As usuárias listaram um conjunto de sugestões simples e de baixo custo para melhorar a ambiência e propiciar mais liberdade de movimentos e de posição:

“Se tivesse até um ambiente mais colorido, alguma coisa mais... se tivesse algum aparelho para a gente se apoiar em pé, algo no corredor ou no caminho que mostrasse que a gente pode usar o espaço. Nem que tivesse uma bola num canto, mas para a gente saber que é uma sala aberta e que a gente ia poder usar o espaço. Não sei se a bola pode ser usada no momento... em qualquer momento... de deixar algum material que possa ser usado.” (Usuária, grupo focal)

Discussão

A partir dos dados produzidos sobre movimentação e posição no trabalho de parto e parto, notou-se que a percepção de gestores e profissionais de saúde estava distante do que se observou no serviço, assim como das opiniões emitidas pelas usuárias.

A liberdade de movimentação pareceu ser mais respeitada durante o trabalho de parto do que no parto, quando, frequentemente, as parturientes eram encaminhadas para a cama e colocadas em posição litotômica pelos profissionais assistentes: tratava-se de “posicionar” a mulher para o parto, ou seja, colocá-la em decúbito dorsal, com pernas elevadas e apoiadas em estribos, tarefa em geral atribuída às técnicas de enfermagem. Apesar da frequência com que as mulheres eram “posicionadas” em litotomia, para profissionais e gestores isso estava ligado à “preferência” feminina.

Estudo anterior⁴⁸ mostra que a preferência por essa posição antifisiológica e com piores resultados maternos é, na realidade, do profissional de saúde, por facilitar o acesso ao canal de parto e a realização de intervenções como: antissepsia, monitoramento fetal, episiotomia e suturas. Todavia, essa racionalidade é pouco ou nada problematizada na formação dos profissionais e no cotidiano dos serviços, como evidenciado neste estudo. Entrevistas e observação mostraram que, segundo os profissionais, a posição de litotomia estaria arraigada à cultura da mulher urbana, contudo, sem considerar que essa cultura é criada e alimentada pela assistência obstétrica nacional, com a quase totalidade dos nascimentos em ambiente hospitalar e em posição litotômica³. Ao mesmo tempo, o parto em posição de cócoras é entendido pelos profissionais como algo “inferior” ou menos civilizado, e ainda caracterizado como uma prática indígena.

Salienta-se que o serviço não dispunha de protocolos sobre a necessidade ou oportunidade para se conversar com a mulher sobre diferentes posições de parto. Não havia esclarecimentos para ela sobre vantagens e desvantagens de adotar uma determinada posição e, sobretudo, sobre a possibilidade de dar à luz em posições diferentes daquela em que estava “posicionada”^{4,9,19}. Ao contrário, além de colocar a mulher em litotomia, os profissionais de saúde reforçavam a superioridade dessa posição, enfatizando a necessidade de a mulher se conformar aos padrões prescritos, por exemplo, para garantir o nascimento da criança em ambiente “limpo”.

O parto fora do local ou da posição prescrita requer que toda a equipe “mude de posição”, fazendo com que os profissionais saiam da zona de conforto das posições habituais em que foram treinados a prestar assistência para experimentar a assistência em posturas como de joelhos ou deitados no chão. Diante da estranheza e repulsa dos colegas às novas posturas, um grupo de profissionais mais flexíveis (médicos, enfermeiros obstetras e obstetrizas) chegou a fazer uma campanha usando a hashtag #sentandoparaopartonormal com fotografias em posições “heterodoxas” para inspirar os colegas à mudança⁴⁴.

Nesse contexto, não se pode ignorar a fala de gestores e profissionais no sentido de que os médicos seriam menos propensos que enfermeiros a atenderem mulheres em posições verticalizadas. Para além dos possíveis questionamentos sobre o ensino e a formação nas diferentes carreiras, essa distinção evidencia as dificuldades que os profissionais médicos encontram para adotarem determinadas práticas comprovadamente benéficas à dupla mãe-bebê, mas desafiadoras ao modelo hegemônico baseado no uso intensivo de tecnologias duras. Evidências sugerem que mais importante do que a posição em si é a participação da mulher na escolha da posição, o que aumenta seu senso de controle e, por conseguinte, sua satisfação com a experiência⁴⁹. Todavia, para Davis-Floyd⁴⁸, essa atitude é incompatível com a assistência ao parto tal como conformada na maioria dos hospitais, onde se presume que os profissionais de saúde detêm o controle sobre o corpo da mulher e, por extensão, de seu funcionamento³⁴.

As usuárias, muitas vezes deixavam de tomar iniciativas (como deambular ou adotar uma posição diferente da litotômica) e aderiam ao modelo padronizado de assistência por temerem repreensões. Esse temor não é infundado, tendo em vista a assimetria na relação médico-paciente predominante nos hospitais⁵⁰. Nesse contexto, cabe ressaltar que a ansiedade e o estresse maternos influenciam a complexa orquestração hormonal necessária ao progresso do trabalho de parto e parto, podendo até mesmo interromper as contrações uterinas⁵¹. Contudo, as mulheres permaneciam longas horas no centro de parto normal (por vezes, mais de dias) sem serem informadas sobre o que podiam fazer para lidar com as diferentes fases da parturição.

A parceria que as mulheres estabelecem entre si durante o trabalho de parto e o acesso prévio a informações relevantes sobre a organização do serviço, a fisiologia do parto e, em especial, sobre os direitos da mulher parecem ser as arenas mais promissoras para que as parturientes tenham liberdade de movimentação e posição durante o trabalho de parto e parto. Isso se confirmou pela categoria de “paciente informada”, ou PI, conforme referido pelos profissionais de saúde nos corredores da maternidade: trata-se das mulheres que conhecem seus direitos, entendem sobre evidências científicas e, muitas vezes, elaboram um plano de parto e o apresentam à equipe no momento da internação. Ficou evidente que as mulheres que chegam ao serviço com um plano de parto escrito, conhecendo aquilo que desejam para si e para seu bebê, recebem tratamento diferenciado. Se, por um lado, isso denota preocupação institucional em respeitar o plano de parto das mulheres (uma vez que há anotação em prontuário a respeito), por outro lado, fomenta questionamentos a respeito da equidade. Nessa perspectiva, De Jonge et al.⁵² indicam que mulheres mais escolarizadas têm maiores chances de parir em posição não supina, ao passo que mulheres menos escolarizadas e menos informadas recebem atendimento de pior qualidade, conforme

Bohren et al.³⁴ mostram em ampla revisão sistemática sobre abuso e desrespeito na assistência ao parto. Assim, mostra-se vital fortalecer as ações na atenção primária para que as mulheres recebam informações claras e suficientes sobre o que as aguarda na maternidade, inclusive com incentivo para que confeccionem seu plano de parto⁴⁷.

As falas das usuárias reforçaram que não basta o serviço não proibir que as mulheres se movimentem, é preciso que incentive direta e indiretamente essa movimentação, tornando o ambiente mais convidativo e com equipamentos como barras de apoio e bolas à disposição de todas as parturientes. Além disso, o grupo de usuárias questionou por que as mulheres não poderiam deambular na área externa do serviço, bastante ampla e arejada, o que poderia ser especialmente interessante nos dias mais quentes, já que o centro de parto normal não possuía climatização e, via de regra, tornava-se quente e abafado.

Conclusão

A divulgação dos benefícios da deambulação e das posições verticalizadas de parto para a saúde e o bem-estar de mulheres e bebês não tem sido suficiente para que as instituições promovam modificações em sua ambiência, em seus protocolos e em suas práticas, mesmo quando se preconiza uma assistência mais humanizada e centrada na mulher. Adequações simples do espaço físico, utilização dos espaços do jardim, reciclagem dos profissionais de saúde para atender partos em posições não supinas, adoção de protocolos de estímulo à liberdade de movimentos e a escuta de usuárias podem ser bons recursos para fomentar mudanças.

Um informativo impresso bem ilustrado também poderia contribuir para reduzir a lacuna de informações para as mulheres. Além disso, um material desse tipo poderia ser confeccionado em diferentes idiomas, de modo a minimizar problemas de comunicação com estrangeiras que têm procurado o serviço nos últimos anos, como as oriundas do continente africano, da Síria e da Bolívia.

De acordo com os resultados deste estudo, o apoio mútuo entre as parturientes, as informações que elas assim obtêm (por meio de suas redes de relação ou de mídias sociais), a elaboração prévia de um plano de parto como forma de demonstrar conhecimento sobre as práticas assistenciais, e sobre seus direitos, constituem importantes estratégias para que as mulheres usufruam de relativa liberdade de movimentação e posição durante o trabalho de parto e parto.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Agradecemos à Fapesp pelo financiamento ao projeto “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)”.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obs*. 2013; 35(2):533-6. doi:10.1590/S0100-72032013001200001.
2. Ministério da Saúde (BR). Datasus [Internet]. Brasília, DF: MS; 2017 [citado Jul 2017]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 Suppl 1:17-32.
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.
5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
6. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998; 14 Suppl 1:25-32.
7. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*. 2011; Seção 1.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*. 2000; Seção 1.
10. Diniz CSG. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012; 20(39):125-32. doi:10.1016/S0968-8080(12)39616-X.
11. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
12. Diniz CSG. O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. São Paulo: Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas questões para o campo da Saúde/Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2002.
13. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(9318):1681-5. doi:10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
14. Diniz CSG, d'Oliveira AFPL. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998; 63 Suppl 1:33-42. doi:10.1016/S0020-7292(98)00182-9.



15. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg55>.
16. ACOG. Approaches to limit intervention during labor and birth. Committee Opinion n. 687. *Obs Gynecol*. 2017; 129 Esp:20-8. doi:10.1097/AOG.0000000000001905.
17. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (20):CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub2.
18. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth*. 2012; 25(3):100-106. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001.
19. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2013; 26(4):e99-104. doi:10.1016/j.wombi.2013.06.004.
20. Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni MD, Almeida PVB, Netto TLF. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):58-71.
21. Ministério da Saúde (BR). Manual Prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: MS; 2011.
22. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Brasília, DF: MS; 2014.
23. International Federation of Gynecology and Obstetrics, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother–baby friendly birthing facilities. *Int J Gynecol Obstet*. 2015; 128(2):95-9. doi:10.1016/j.ijgo.2014.10.013.
24. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity care: The universal rights of childbearing women [Internet]. 2011 [citado Jul 2016]. Disponível em: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf.
25. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. Geneva: WHO; 2014. doi:WHO/RHR/14.23.
26. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Boston: USAID; 2010.
27. IMBCO. The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to Optimal MotherBaby Maternity Services. *Int MotherBaby Childbirth Organ* [Internet]. 2008 [citado Jul 2016]; 1-7. Disponível em: http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbc_i_english_final_04-05-08.pdf.
28. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
29. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*. 2015; 25(3):377-82. doi:10.7322/jhgd.106080.



30. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-92. doi:10.1590/S1414-32832010005000035.
31. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Sesc; 2013.
32. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care [Internet]. 2012 [citado Jul 2016]. Disponível em: [https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC Survey Report_0.pdf](https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC_Survey_Report_0.pdf).
33. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – Cladem, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas – CRLP. Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: Cladem/CRLP; 1998.
34. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh S, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015; 12(6):1-32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.
35. Virkkunen J, Newnham DS. O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015.
36. Barbieri T. Sobre la categoría del género: una introducción teórico-metodológica. *Debates Sociol*. 1993; 18:2-19.
37. Diniz CSG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Quest Saude Reprod*. 2006; 1(1):80-91.
38. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum*. 2009; 19(2):313-326.
39. Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
40. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(11):2287-96. doi:10.1590/0102-311x00074912.
41. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
42. Mattar LD, Diniz CSG. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):107-20.
43. Município de São Paulo. Nascidos vivos no município de São Paulo [Internet]. 2017 [citado Out 2017]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/nascidos_vivos/index.php?p=159923.
44. Balogh G. Ativistas fazem campanha para médico sentar no chão durante o parto. *Folha de S.Paulo*. 2015 Mar 23.
45. Zorzam BAO. Informação e escolhas no parto : perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2013.
46. Carneiro RG. Cenas do parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.



47. Andrezzo HFA. Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.
48. Davis-Floyd RE. Birth as an American Rite of Passage. 2a ed. Los Angeles: University of California Press; 2003.
49. Nieuwenhuijze MJ, Jonge A, Korstjens I, Budé L, Lagro-Janssen TLM. Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*. 2013; 29(11):107-14. doi:10.1016/j.midw.2012.12.007.
50. Pimentel C, Rodrigues L, Müller E, Portella M. Autonomia, risco e sexualidade: a humanização do parto como possibilidade de redefinições descoloniais acerca da noção de sujeito. *Realis*. 2014; 4(01):166-85.
51. Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. Washington, DC: National Partnership for Women & Families; 2015.
52. De Jonge A, Rijnders MEB, van Diem MT, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*. 2009; 25(4):439-48. doi:10.1016/j.midw.2007.07.013.

Overcoming the culture of physical immobilization during labor and birth remains a challenge in Brazil. This study identified facilitators and barriers to implementing freedom of movement throughout labor and birth in a pilot project of the Mother-Baby Friendly Birthing Facilities Initiative in a public maternity facility in São Paulo, Brazil using the Change Laboratory methodology. There was a divergence between health managers' and professionals' perceptions of maternal care practice and those of the service users and the observations made in the facility. Freedom of movement seemed to be more respected during labor than at birth. Birthing mothers were regularly "positioned" in the lithotomy position, considered by health professionals to be an "instinctive" or "preferred" position. Women reported that they failed to take the initiative to move for fear of being reprimanded by health professionals. Simple changes to the ambience and professional training for health professionals in care provision in nonsupine positions could help foster change.

Keywords: Public health. Women's health. Humanization. Childbirth care. Obstetric violence.



Superar la cultura de inmovilización física en el trabajo de parto y en el parto todavía constituye un desafío en Brasil. Este trabajo identificó facilitadores y obstáculos para la implementación de mayor libertad de posición, en proyecto piloto de la Iniciativa Hospital Amigo de la Mujer y del Niño en una maternidad del Sistema Brasileño de Salud (SUS) en São Paulo (Estado de São Paulo, Brasil) utilizando la metodología orientada por el Laboratorio de Cambio (LM, por sus siglas en portugués). La percepción de gestores y profesionales de salud se mostró discrepante de las opiniones de las usuarias y de lo observado. La libertad de movimiento pareció ser más respetada durante el trabajo de parto que en el parto. Frecuentemente, las parturientas eran “colocadas” en litotomía, considerada por los profesionales “instintiva” o “preferencia” femenina, mientras que las mujeres relataban que no tomaban iniciativas por miedo de reprensiones. Adecuaciones simples del ambiente y de la capacitación de los profesionales para atender partos en posiciones no supinas pueden contribuir para promover cambios.

Palabras clave: Salud colectiva. Salud de la mujer. Humanización. Asistencia al parto. Violencia obstétrica.

Submetido em 11/02/18.

Aprovado em 24/10/18.