

A VISÃO DE PUÉRPERAS QUANTO AO PROCESSO DE PARIR

SORBARA, Sílvia Garcia de Barros¹

FARIA, Tatiane Santana²

REIS, Alessandra Crystian Engels³

RESUMO

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa após parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz – FAG, cujo objetivo foi identificar a percepção da puérpera relacionada ao trabalho de parto e parto, assim como, as orientações oferecidas a ela durante o pré-natal. O estudo foi realizado em uma maternidade do município de Cascavel-Pr no mês de outubro de 2013. A amostra foi constituída por 10 puérperas assistidas pelo Sistema Único da Saúde. Foi aplicado um instrumento por meio de entrevista, que continha informações sobre dados pessoais, orientações recebidas no pré-natal e planejamento da gravidez. Todas as mulheres fizeram pré-natal, apenas 20% participaram do grupo de gestante, e todas receberam pouca ou nenhuma informação sobre os acontecimentos fisiológicos que permeiam o processo de parir. Assim, foram verificadas o quão despreparadas estão as puérperas ao vivenciar o nascimento de seu filho.

PALAVRAS-CHAVE: Puérpera; Pré-natal; Trabalho de parto.

A VISION OF POSTPARTUM AS TO THE PROCESS OF GIVING BIRTH

ABSTRACT

This is a descriptive study with a quantitative approach qualitative after approval issued by the Committee on Ethics in Human Research - FAG, whose aim was to identify the perception of postpartum related to labor and delivery, as well as the guidelines offered her during the prenatal period. The study was conducted in a maternity of Cascavel-PR, in October 2013. The sample consisted of 10 postpartum women assisted by the Sistema Único de Saúde. A questionnaire was applied by means of interviews, which contained information on personal data, received guidance on prenatal and pregnancy planning. All women received prenatal care, only 20% participated in the group of pregnant women, and all have received little or no information about the physiological events that underlie the process of giving birth. Thus, we checked how the mothers are unprepared to experience the birth of his son.

KEYWORDS: Postpartum; Prenatal; Travail.

1. INTRODUÇÃO

Ser mãe é um evento maravilhoso, porém a dor do trabalho de parto é algo apavorante e assustador para a maioria das parturientes, como referem Carvalho e Cunha (2007, *apud* Rocha *et al.*, 2010, p.191), “O medo da dor do parto e do parto é algo que assusta muitas mulheres e as condiciona negativamente para um momento tão significativo”. Para que esta situação possa ser amenizada a equipe multidisciplinar conhecedora das fases do trabalho de parto, deve intervir afim de, minimizar os desconfortos da mulher.

Métodos não invasivos de alívio à dor são pertinentes para que o trabalho de parto seja um evento não traumatizante para a mulher. Alguns destes métodos são, o balanceio pélvico com o auxílio da bola de bobath ou suíça, caminhadas, hidratação, banho de aspersão ou imersão, massagens, musicoterapia entre outros.

Segundo Frois e Figueiredo (2004, p.3) “[...] o principal objetivo da equipe multidisciplinar na assistência a maternidade é: ajudar o casal a viver a concepção e o nascimento de uma forma menos dolorosa possível e de um modo digno e feliz”. Ainda, Albert Schweitzer, citado por Portugal (2003, p. 46) afirma que, o profissional de saúde tem “a obrigação e o privilégio de aliviar a dor”.

A preparação psicológica para o parto deve ser com o intuito de que a mulher entenda os mecanismos do nascimento e assim, poder ajudá-la a adaptar-se a esse momento. Neste contexto, Ziegel e Cranley (1985, p. 330) escrevem que “a mulher preparada é menos incomodada pela dor do trabalho de parto, do que a não preparada”.

De acordo com os princípios bíblicos, algumas pessoas podem acreditar que a boa mãe é aquela que sofre durante o trabalho de parto, para cumprir seu papel de matinar. A dor do parto é entendida como um castigo Divino, Genesis 3:16, “E a mulher disse: multiplicarei grandemente a tua dor [...] com dor dará a luz seus filhos [...]”.

Historicamente para diminuir a mortalidade materna infantil os partos que antes eram domiciliares realizados por parteiras cercadas por familiares, passaram a ser institucionalizados, afastando a família do processo de nascimento.

As mulheres foram conduzidas para salas de pré-parto e parto coletivas, sem privacidade, submetidas a normas e rotinas hospitalares, tornando o parto, mais frio, solitário e sofrido.

Sendo assim, é importante conhecer a percepção da mulher sobre o trabalho de parto, pois, mesmo instituído em uma rotina hospitalar, cada mulher deve receber um atendimento personalizado. De acordo com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de /6/20002, toda gestante e sua família deve ser atendida com dignidade de acordo com as suas especificidades, atendimento esse, realizado durante o pré-natal, no trabalho de parto, parto, no puerpério e ao recém-nascido.

¹ Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz.

² Aluna do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz.

³ Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: alereis@fag.edu.br

Quanto mais humanizado for o parto escolhido, melhor será para a mãe passar por todo o processo da gestação até o nascimento. O cuidado e o conforto durante o trabalho de parto não é apenas o alívio da dor. O cuidar é olhar e enxergar, ouvir e escutar, sentir e estabelecer empatia com dedicação. Este conjunto de ações trará segurança e bem estar à mulher enquanto gestante, parturiente e puérpera.

Para Armelini e Luz (2003), parturientes ao receberem atenção devida em situação de pesquisa realizada por elas, sentiram-se mais seguras, o parto teve uma boa evolução, e a dor não foi tão intensa quanto as parturientes pensavam que seria. As que relataram descaso da equipe, tratadas com grosserias, falta de paciência e de comunicação, referiram sentir dor insuportável e demora para o bebê nascer.

Frois e Figueiredo (2004, p.9), escrevem que simplesmente, "ao agarrar na mão do paciente ou acariciar suavemente as costas da mão", é condição para acalmar. Outros métodos como a massagem, hidroterapia, técnicas da respiração, posturas corporais, deambular, sentar na bola de boba, ou no cavalinho, banhos de banheira ou chuveiro, podem proporcionar alívio da dor.

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto propõe subsídios positivos para o enfrentamento do processo de parir. O acompanhante deve oferecer apoio emocional e segurança. Cabe aos profissionais da saúde estar cientes e de acordo com a Lei 11.108 de abril de 2005, a qual garante a todas as gestantes, parturientes e puérperas um acompanhante de sua escolha.

O cuidado durante o trabalho de parto deve ser personalizado, para que a mulher o vivencie com tranquilidade e segurança. A mídia oferece atualmente um noticiário no qual, as mulheres não temem apenas a dor do parto, mas também como serão atendidas e recebidas na instituição de saúde.

O atendimento acolhedor, seguro e individualizado, principalmente se a mulher não foi orientada no pré-natal a respeito dos acontecimentos no momento do parto, é favorável para o sucesso de um nascimento menos traumático. É importante que ainda no início do trabalho de parto as informações relacionadas às fases de trabalho de parto sejam de conhecimento da mulher, assim ela estará mais bem preparada para superar os prováveis desconfortos. A mulher e seu filho devem estar no centro dos cuidados e não coadjuvante dele.

Neste contexto, este artigo objetiva conhecer qual a percepção que a mulher após ter a experiência do trabalho de parto e parto vaginal, possui a respeito do processo de parir.

2. METODOLOGIA

Esse estudo se caracteriza por ser descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizado em uma maternidade localizada no município de Cascavel no oeste do Paraná, no Hospital São Lucas – FAG, com puérperas hospitalizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A amostra foi constituída por puérperas acima de 18 anos que aceitaram participar da pesquisa e que tiveram seus filhos por parto vaginal no período entre 10/10/2013 a 25/10/2013, no hospital acima citado, totalizando 10 mulheres.

Foi utilizado instrumento de coleta de dados, construído pelos próprios autores, composto por questões objetivas e descritivas relacionadas ao pré-natal como: número de consultas, intercorrência durante o pré-natal, participação em grupo de gestante, conhecimento relacionado ao trabalho do parto e suas vantagens e orientações recebidas durante o pré-natal. Este instrumento foi utilizado durante entrevista individual no quarto da puérpera.

Esse artigo é parte do projeto de pesquisa, A percepção das gestantes em relação à participação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica: um relato de experiência, avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisas de Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz e aprovado sob o parecer número 248/2013.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

Além das informações relacionadas ao parto, também a gestante deve estar preparada pelo profissional enfermeiro e/ou médico durante o pré-natal, para as adequações fisiológicas e as possíveis alterações patológicas advindas da gestação.

Em relação as intercorrências ocorridas durante o pré-natal 4 (40%), relataram infecção urinária e anemia, complicações comuns na gravidez, porém significativas para a qualidade da gestação e saúde do bebê e da própria mulher. Durante a gestação ocorrem modificações mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU), estase urinária pela redução do peristaltismo uretral, aumento da produção de urina, glicosúria, aminoacidúria, favorecendo o crescimento bacteriano e infecções (BRASIL, 2012).

A infecção urinária ocorre em 20% das gestantes e é responsável por 10% das hospitalizações anteparto, uma das principais causas de septicemia na gravidez. Pode apresentar-se em três formas clínicas: Bacteriúria assintomática, Cistite aguda, Pielonefrite aguda. A infecção urinária onera a mãe e o feto com maior morbidade e até mortalidade (REZENDE, 1988).

Outra situação patológica que pode acometer a mulher grávida é a anemia. Uma das doenças nutricionais mais comuns durante a gestação, sendo que, nas grávidas é 20 vezes mais comum. Nos países de Terceiro Mundo a anemia é responsável em 40-45% da mortalidade materna por reduzir a resistência da grávida a infecções e aumentar as taxas de complicações na gravidez (REZENDE, 1988). A anemia é definida durante a gestação com os valores de hemoglobina abaixo de 11g/dl.

Por todos esses fatores é importante que a gestante tenha um adequado acompanhamento durante o pré-natal, com no mínimo 6 consultas, realização de exames, imunização e atividades educativas, para que o pré-natal ofereça a melhor condição de saúde a mulher e seu filho, porque gestar é vida, por isto deve ser saudável.

Para apresentar os dados, nomes fictícios de flores foram utilizados para preservar a identidade dos sujeitos. Para compor a amostra foram abordadas 10 puérperas de idade entre 18 a 27 anos, sendo 7 amasiadas e 3 casadas, ou seja, todas relataram possuir um companheiro.

Brasil (2006), preconiza que sejam realizadas ao menos 6 consultas de pré-natal, nesse grupo todas relataram ter ao menos 7 consultas.

O objetivo do pré-natal de baixo risco é o de garantir uma adequada assistência durante a gestação, e o parto seguro de um recém-nascido saudável. É preconizado o seguinte esquema: até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até 41ª semana – semanalmente (BRASIL, 2012). Quanto mais precoce, ou seja, ainda no primeiro trimestre de gestação o gestante for captada para o pré-natal, melhor a qualidade de saúde materna e infantil.

O fato é que, a equipe de saúde deve conhecer o máximo a população em idade fértil, principalmente aquelas que demonstram desejo de engravidar, quanto mais acolhedora for à equipe da UBS, maior será o vínculo entre ela e a mulher.

Em relação à participação em grupos de gestantes, apenas duas das entrevistadas (20%) relataram ter participado de um único encontro. O grupo de gestante deve preparar a mulher para a experiência de gestar e parir, como são os sinais e sintomas do início do trabalho de parto e parto e como cuidar o bebê. A informação não estabelecida pelo profissional de saúde leva a gestante a buscar informações com pessoas não qualificadas para tal, então a mulher recebe relatos de várias experiências que nem sempre foram positivas.

Durante a reunião do grupo de gestantes também é uma oportunidade de informar que elas têm direitos antes, durante e após o nascimento do bebê. Direitos sociais, trabalhistas, no pré-natal, no parto, após o parto e direito ao planejamento familiar. Uma das atribuições do enfermeiro é a de desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos ou atividades de sala de espera, proporcionando um atendimento humanizado, e estabelecendo vínculo entre profissional e gestante/puérpera (BRASIL, 2012).

Em relação à gestação planejada, duas das puérperas (20%) planejaram a gravidez, nenhuma das mulheres entrevistadas ouviram falar sobre planejamento familiar e quanto aos vários tipos de contraceptivos existentes. Esse conhecimento deve ser oportunizado a população por meio de atividades educativas, em grupo e individual, com linguagem simples, acessível e precisa. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) são obrigadas a garantir a mulher, ao homem ou casal, a assistência a concepção e contracepção, por meio da Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996, regulamentada pelo Congresso Nacional (BRASIL, 2002).

Em relação à visão sobre o trabalho de parto, oito das entrevistas (80%) relataram que o parto foi pior do que imaginaram. A dor foi à expressão mais evidenciada para as respostas dessa questão. Talvez pela falta de conhecimento e preparo, relacionados a fisiologia do parto, em umas das falas Rosa relata, “eu não tinha a mínima ideia de como seria meu parto, foi pior do que eu imaginava sim, foi muita dor, eu sabia que ia doer, mas não tanto assim”.

A contração é um importante sinal do início do trabalho de parto, a qual pode vir acompanhada de dor. O componente mais importante para a manifestação da dor durante a contração é a redução de oxigênio nas artérias uterinas. Outras alterações fisiológicas que acompanham a contração são o aumento progressivo do débito cardíaco materno, aumento da adrenalina, noradrenalina, cortisol e hormônio adrenocorticotrófico - ACTH no sangue materno. Sendo assim a dor pode ser mais ou menos intensa. Modificações da função gastrointestinal, acidose metabólica materna progressiva e aumento do consumo de oxigênio em 40%, são situações encontradas durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

No entanto, a dor e o desconforto podem ser suprimidos por mecanismo não farmacológicos. O balanceio pélvico na bola de bômbas, as caminhadas, o banho de imersão ou aspersão com água morna, são meios de alívio da dor. Oferecer alimentos leves favoráveis ao paladar da mulher, também é fator imprescindível para o bem estar da gestante durante o trabalho de parto, pois tanto a parturiente quanto o feto precisam de energia.

A analgesia pode ser utilizada para amenizar a dor e deve ser realizada por um médico anestesiológico. Este tipo de parto com analgesia é contemplado pelo Sistema Único de Saúde, porém praticamente não é oferecido à parturiente.

Apesar da dor citada em todas as falas, as mulheres entrevistadas deixam claro que o parto normal ainda é a melhor opção e que faria tudo de novo, é o que relata Margarida, “Nossa... a dor que eu senti foi muito grande, mas mesmo assim eu prefiro o parto normal, porque ajuda na minha recuperação né...”.

O fator importante para que a preferência seja pelo parto vaginal está na fala de sete puérperas (70%) quando citam a sua recuperação como mais importante no pós-parto, apesar de desconhecerem.

O parto normal oferece vantagens como, interação mãe-bebê. O recém nascido deve sugar o seio materno ainda na sala de parto, sendo que a mulher deve estar mais disposta a essa convivência inicial em relação ao parto cirúrgico. A recuperação pós-parto é praticamente imediata, apresenta menores riscos de infecção hospitalar e hemorragias, menor desconforto respiratório para o bebê, menor índice de prematuridade, pois o início das contrações é ativado quase sempre a partir de um feto atermo, a partir de 37 semanas completas de gestação, ou seja, o bebê está apto a respirar pelos seus pulmões e ser independente da circulação materno placentária.

As informações acima citadas devem ser oferecidas a mulher durante o pré-natal, para que ela esteja consciente para decisão do tipo de parto que vivenciará, tal situação é preconizada pela Organização Mundial da Saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou um panorama sobre as percepções e o conhecimento em relação ao trabalho de parto e parto entre puérperas de uma maternidade. Foi percebida a precariedade de orientação oferecida para as gestantes durante o pré-natal, as quais devem ser realizadas por meio de cursos, palestras, trocas de experiências.

Faz-se necessário o resgate da humanização da assistência, por meio da garantia dos direitos da gestante/parturiente/puérpera, conquistados ao longo do tempo, como por meio do incentivo de discussões e facilitação das informações pertinentes ao processo de gestar e parir.

Nesse sentido, o estudo mostra a necessidade que os profissionais precisam assumir frente a mulher grávida e seu filho. Ser respeitada em sua individualidade e período de vida que se encontra é primordial para uma gravidez saudável.

REFERÊNCIAS

ARMELINI, C. J.; LUZ, A. M. H. Acolhimento: a percepção da mulheres na trajetória da parturição. **Rev. Gaúcha enfermagem**, Porto Alegre. 2003 dez; 24(3):305-15.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Parto, Aborto e Puérperio, Assistência humanizada a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FRÓIS, D.; FIGUEIREDO, H. **Atitudes terapêuticas não farmacológicas no alívio da dor**. Viseu: Hospital de São Teotónio de Viseu. Acessível no Núcleo de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia do HSTV, SA, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. **Circular normativa nº 09/DGCG**, de 14/06/2003. 2003. A dor como 5º sinal vital registo da intensidade da dor. Disponível em <<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>>. Acesso em 14/04/2014.

REZENDE J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

ROCHA, A. M.; MONTEIRO, C. S. C. B. C.; FERREIRA, M.; DUARTE, J. Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. Centro de estudos em educação, tecnologias e saúde. **Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health**. V. 15, N. 38, Junho de 2010.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.