

# Diálogo com equipes de Saúde da Família sobre parto no pré-natal: uma investigação comunicativa<sup>5</sup>

## RESUMO

O diálogo entre gestantes e profissionais de saúde sobre parto pode ser uma importante ferramenta para mudanças na prática de cesáreas no Brasil. Entretanto, a priorização desse tema no pré-natal e a forma como ele é abordado estão diretamente relacionadas à sua valorização e às dificuldades de abordagem. **Objetivos:** analisar, junto com equipes de saúde da família, os elementos que dificultam a abordagem do parto no pré-natal. **Materiais e método:** pesquisa qualitativa, que utilizou a metodologia comunicativa para identificar elementos facilitadores e dificultadores para o exercício de uma prática ou benefício. Foram realizados grupos de discussão comunicativos com as equipes, entre 2013 e 2014. **Resultados:** os elementos dificultadores perpassam a formação profissional, o processo e as condições de trabalho nas unidades, que interferem nas atividades educativas, na falta de articulação entre a atenção básica e a hospitalar, e nas próprias vivências pessoais dos profissionais com o tema, aspectos que influenciam negativamente a abordagem do parto. **Conclusões:** é necessário investimento na qualificação dos profissionais nas questões referentes ao parto, com espaços de diálogo que permitam explorar as possibilidades de superação das dificuldades institucionais e expressar suas próprias vivências, a fim de desfazer mitos e crenças em relação ao parto.

## PALAVRAS-CHAVE

Cuidado pré-natal; estratégia saúde da família; parto; pessoal de saúde; saúde materna (Fonte: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.4.5

## Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Macedo L.P., Fabbro M.R.C., Bussadori, J.C.C., Ferreira G.I. Diálogo com equipes de Saúde da Família sobre parto no pré-natal: uma investigação comunicativa. *Aquichan*. 2017; 17(4): 413-424. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.5

1 orcid.org/0000-0002-4981-6989. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

2 orcid.org/0000-0003-2601-8818. Universidade Federal de São Carlos, Brasil. cangiani@ufscar.br

3 orcid.org/0000-0002-3048-5593. Universidade Federal de São Carlos, Brasil. jamile@ufscar.br

4 orcid.org/0000-0002-4769-0104. Universidade de Brasília, Brasil. gra.izidoro@aluno.unb.br

5 Fonte de financiamento: Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (IC/CNPq).

# *Diálogo con equipos de salud de la familia acerca del parto prenatal: una investigación comunicativa*

## RESUMEM

El diálogo entre gestantes y profesionales de la salud acerca del parto puede ser una importante herramienta para cambios en la práctica de cesarianas en Brasil. Sin embargo, la priorización del tema en el prenatal y la forma como este es abordado están directamente relacionadas a su valoración y a dificultades de enfoque. **Objetivos:** analizar, junto con equipos de salud de la familia, los elementos que dificultan el abordaje del parto en prenatal. **Materiales y método:** investigación cualitativa, que utilizó la metodología comunicativa para identificar elementos facilitadores y dificultadores para el ejercicio de una práctica o beneficio. Se realizaron grupos de discusión comunicativos con los equipos, entre el 2013 y el 2014. **Resultados:** los elementos dificultadores permean la formación profesional, el proceso y las condiciones de trabajo en las unidades, e interfieren en las actividades educacionales, en la falta de articulación entre la atención básica y la hospitalaria, y en las propias vivencias personales de los profesionales con el tema, aspectos que influyen negativamente el abordaje del parto. **Conclusiones:** se necesita inversión en la capacitación de los profesionales en cuestiones referentes al tema, con espacios de diálogo que permitan explorar las posibilidades de superación de dificultades institucionales y expresar sus propias vivencias, con el fin de deshacer mitos y creencias en relación con el parto.

## PALABRAS CLAVE

Cuidado prenatal; Estrategia Salud de la Familia; parto; personal de salud; salud materna (Fuente: DeCS, BIREME).

# *Dialogue on Childbirth with Family Health Teams during Prenatal Care: A Communicative Study*

## ABSTRACT

Dialogue between pregnant women and health professionals about childbirth can be an important tool for prompting changes in the practice of cesarean deliveries in Brazil. However, prioritizing this topic in prenatal care and the way it is addressed are directly related to its assessment and to the difficulties concerning the approach. **Objectives:** Analyze, in conjunction with family health teams, the elements that make it difficult to address the issue of childbirth in prenatal care. **Materials and method:** This is a qualitative study in which the communicative methodology was used to identify elements that facilitate and/or hamper the implementation of a particular practice or benefit. Communicative discussion groups were held with the teams between 2013 and 2014. **Results:** The elements that pose difficulty permeate professional training, the process and working conditions in the health units, and interfere in educational activities, in the lack of articulation between basic and hospital care, and in the personal experiences of professionals concerning this subject. All of these aspects negatively influence the approach to childbirth. **Conclusions:** Investment in professional training on issues related to childbirth is needed, with room for dialogue that makes it possible to explore possibilities for overcoming institutional difficulties and provides professionals with an opportunity to express their own experiences in order to undo myths and beliefs with respect to childbirth.

## KEYWORDS

Prenatal care; family health strategy; birth; health personnel; maternal health (Source: DeCS, BIREME).

## Introdução

No mundo, desde a década de 1990, observa-se a crescente preocupação com a forma de nascer. No Brasil, o Ministério da Saúde e a sociedade civil organizada têm proposto mudanças a fim de garantir boas práticas obstétricas e neonatais, bem como nascimentos mais respeitosos às mulheres e aos recém-nascidos (1). Embora evidências científicas, diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e políticas públicas (Programa de Humanização do Parto e Nascimento —PHPN— e a Rede Cegonha) (2) há anos enfatizem a importância da humanização da assistência ao parto, o modelo de assistência obstétrica e neonatal ainda segue um modelo medicalizado e tecnocrático, que valoriza a tecnologia sobre as relações humanas e é centrado no médico.

Há 40 anos, o índice de cesarianas, no Brasil, tem crescido, com índice atual de 52 % no geral e 88 % na rede privada (3-6). Esses índices são considerados um fenômeno multifatorial que, além de ser determinante na morbimortalidade materna e perinatal, exige gastos desnecessários para o sistema de saúde. O avanço científico na área de obstetrícia foi muito importante, contudo o uso de tecnologias inapropriadas na assistência à gestação e ao parto medicalizaram a assistência, proporcionando um desfecho de cesarianas desnecessárias e perpetuando a cultura do medo do parto (7-12).

Desde o PHPN, e atualmente a Rede Cegonha, tem-se apontado o pré-natal como um espaço de aprendizado e empoderamento da mulher; importante ferramenta para a educação em saúde na busca dessa mudança de paradigma (2, 13). Nesse contexto, a assistência pré-natal deve, além de ser um espaço de rastreamento das patologias e das situações de risco gestacional, ser responsável por ações educativas (14-17). Também deve promover às gestantes maior apropriação da fisiologia e da importância do parto normal, desconstruindo o senso comum de experiências negativas veiculadas socialmente (1, 17-18).

A criação de vínculos e a relação de confiança entre o profissional e a gestante com melhor monitoramento da gestação são evidenciadas quando o mesmo profissional a acompanha (16). Através das tecnologias leves, que valorizam o diálogo, o inter-relacionamento e a troca de saberes profissional-gestante, é possível explorar o que a gestante pensa a respeito do parto, crenças que o rodeiam, trazendo à tona o *mundo da vida* (19) da própria gestante, bem como o do profissional que, ao ouvir e

dialogar, expõe seus pontos de vista e reflete sobre eles. Para isso, é necessário que as relações entre profissionais de saúde e comunidade baseiem-se no diálogo igualitário, e não em relações de poder (20).

Na assistência pré-natal, no programa de Saúde da Família, apesar de a estratégia propor uma relação diferenciada entre usuários e profissionais, especialmente na vigilância em saúde —formas de prevenção e promoção—, pouco se tem feito, pois a percepção biológica e fragmentada do ser humano continua entrelaçada aos profissionais de saúde; no caso das gestantes, eles atuam em consultas e procedimentos mecanizados, o que torna a qualidade do cuidado intermediária (7). No Brasil, 66 % das mulheres preferem o parto vaginal no início da gestação à cesariana (26,7 %), o que reflete a dissociação da postura profissional (6, 21).

Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo analisar, junto às equipes de Saúde da Família, os elementos que dificultam a abordagem do tema parto no ambiente do pré-natal. Os questionamentos foram: como é a formação dos profissionais? Como foram suas vivências em relação ao tema parto? O que conhecem sobre o parto humanizado?

## Materiais e métodos

Pesquisa qualitativa, que utilizou para o delineamento a metodologia comunicativa (22), na qual a intenção é compreender dialogicamente, pelo compartilhamento de conhecimentos, no diálogo aberto entre investigados e investigador, o objeto de pesquisa e propor recomendações para os profissionais de saúde, de gestão, entre outros.

A metodologia comunicativa fundamenta-se nas elaborações da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas (19) e da Teoria da Ação Dialógica de Paulo Freire (23-24).

A pesquisa foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética (Parecer n.º 26/2013), com 4 equipes de Unidades de Saúde da Família (USF) de uma cidade do interior de São Paulo (Brasil), de agosto de 2013 a agosto de 2014. No momento da pesquisa, essa cidade contava com 14 USF e 17 Equipes de Saúde da Família (ESF). A princípio, o critério para a escolha da USF foi a existência de 1 grupo de gestantes na Unidade, contudo o convite para participar da pesquisa foi estendido a todas as USF.

## Instrumentos de coleta e análise dos dados

Após a autorização do Comitê de Ética, os pesquisadores fizeram um primeiro contato com os profissionais das USF para apresentação da pesquisa e convite para a participação da equipe nela. A técnica de coleta de dados foi o Grupo de Discussão Comunicativo (GDC), o qual busca reunir diversas pessoas pertencentes a um grupo “natural” para confrontar a subjetividade individual com a grupal e, com isso, pretende colocar em contato diferentes perspectivas, experiências e pontos de vista (22, 25).

Foram dois encontros com cada equipe, realizados durante as reuniões de equipe das unidades. No primeiro encontro, foi aplicado um questionário para caracterizar os profissionais que participaram da pesquisa e realizado o GDC. O roteiro do GDC continha quatro temas: o primeiro foi um vídeo disparador, construído pela autora para esse fim (disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=iupPdRRCFb4o&feature=youtu.be>). O segundo tema foi as opiniões de profissionais de saúde sobre o parto; o terceiro foi as vantagens e as desvantagens do parto normal e da cesárea, e o quarto e último tema foi as dificuldades e as facilidades em falar sobre parto.

No segundo encontro, foi apresentada a análise parcial dos dados aos participantes para validação. O nível básico para a análise de dados compreendeu a ordenação dos elementos que representaram dificuldades/obstáculos e aqueles que foram identificados como transformadores com relação ao tema parto no pré-natal, dispostos nas duas categorias previamente determinadas pelo método: *sistema* e *mundo da vida*, conforme a Matriz Final (Quadro 1). Para este artigo, foram selecionados os elementos dificultadores.

**Quadro 1.** Matriz final

	Sistema	Mundo da vida
Elementos dificultadores	N1	N2
Elementos transformadores	N3	N4

Fonte: adaptado de Gómez (21).

## Resultados

Participaram do estudo: 2 médicos, 3 enfermeiros, 17 agentes comunitários de saúde, 5 dentistas, 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 auxiliar de limpeza, 1 educador físico, 1 fonoaudiólogo e 1 nutricionista. Destes, 26 eram mulheres e 7 homens, com idades entre 25 e 58 anos, dos quais a maioria trabalha na ESF há mais de cinco anos; 22 relataram ter filhos, dos quais 4 foram por parto normal e 6 com presença de acompanhante no parto. As USF foram enumeradas (USF1, USF2...) em ordem de ocorrência do grupo de discussão. A Tabela 1 apresenta os elementos dificultadores emergentes da análise final; os autores a elaboraram em conjunto com os dados coletados durante a pesquisa, tendo como base o referencial metodológico.

Foram identificados dez elementos dificultadores relacionados ao sistema, e dez, ao mundo da vida. Os elementos dificultadores relacionados ao *Sistema* —“formação do profissional de saúde”, “modelo de atenção ao parto” e “banalização da violência obstétrica”— estão relacionados ao modelo de formação dos profissionais de saúde e ao modelo de atenção ao parto, aspectos interligados e que se refletem na assistência ao parto e, conseqüentemente, na maneira como os profissionais da atenção primária o veem.

“Existem instituições de ensino que o papel é ensinar técnica. A humanização você vai pela sua personalidade, você vai aprender na prática.” (Médico 1/USF 1)

“Eu acho que a falta de informação [dos profissionais] é mais predominante do que a pessoa tem informação... eu acredito que mesmo que tenha acompanhamento pré-natal em consultório particular... tudo, acho que falta muita informação.” (Dentista 2/USF 4)

“Choca... mas não choca tanto por conta de estar acostumada [...]” (Enfermeira 1/USF 4, ao se referir à violência obstétrica)

Os elementos “pouco conhecimento dos profissionais com relação à fisiologia do parto e das leis que envolvem a gestante”, “falta de conhecimento das diferenças e das vantagens dos tipos de parto” estão interligados e apontam para a manutenção de conhecimentos errôneos quanto à definição de parto humanizado e ao direito legal do acompanhante no parto. Isso favorece o surgimento do dificultador “falta de segurança e de argumentação dos profissionais ao discutirem questões de parto com a gestante”.

**Tabela 1.** Elementos dificultadores identificados pelas equipes USF para a abordagem do tema parto com gestantes

	Sistema	Mundo da vida
Elementos dificultadores	1. Formação do profissional de saúde.	1. Medo da dor do parto.
	2. Modelo de atenção ao parto.	2. Parto normal sofre mais.
	3. Banalização da violência obstétrica.	3. Parto visto como solitário/solidão (tanto na cesárea quanto no normal).
	4. Pouco conhecimento dos profissionais com relação à fisiologia do parto e das leis que envolvem a gestante.	4. Falta de apoio da família no momento do parto.
	5. Falta de conhecimento das diferenças e das vantagens dos tipos de parto.	5. Influência familiar na decisão do parto.
	6. Falta de conhecimento da definição de parto humanizado.	6. Não ter passado pela experiência do parto.
	7. Falta de segurança e de argumentação dos profissionais ao discutirem questões de parto com a gestante.	7. Vergonha de falar em público.
	8. Parto visto como procedimento muito “intervencionista”.	8. Cesárea vista como um ato cirúrgico com recompensa — filho.
	9. Descontinuidade do trabalho realizado com a gestante na USF.	9. Cesárea vista como nascimento sem sofrimento — porém denotando egoísmo da mãe.
	10. Cesárea como principal escolha dos profissionais de saúde.	10. Humanização na dependência exclusiva da postura do profissional.

Fonte: elaborada a partir de dados empíricos da pesquisa.

A conjunção desses fatores culmina com a formação do elemento “parto visto como procedimento muito ‘intervencionista’” e sustenta a ideia de que parto normal é ruim e “coisa” de pobre.

“Minha dificuldade é não saber argumentar... porque, se a gestante me disser que não quer fazer parto normal, eu não sei argumentar [...]” (ACS 1/USF 3)

“Isso é novo, né [lei do acompanhante]?! Porque você larga a mulher lá e vai embora... você não pode ficar lá [...]” (ACS 4/USF 4)

O elemento “descontinuidade do trabalho realizado com a gestante na USF” surgiu a partir da fala de alguns profissionais da USF, que, ao ouvirem queixas de puérperas quanto ao atendimento prestado na atenção hospitalar, se ressentiram de que seu trabalho foi perdido pela descontinuidade e pela falta de articulação da atenção primária com a atenção hospitalar.

“No grupo de gestante, a gente viu que muitas gestantes não sabiam de muita coisa e, quando souberam, optaram por fazerem parto normal... algumas não conseguiram, né... mas é isso que eu falo, às vezes você empodera aqui e lá não... porque às vezes faz um trabalho aqui, tá muito bonito o trabalho, mas não chegou lá... então é uma barreira muito grande.” (Dentista 3 /USF 3)

A “cesárea como principal escolha dos profissionais de saúde” revela a influência dos serviços de saúde, em especial das crenças e dos conhecimentos dos profissionais, nas escolhas pelo tipo de parto.

“No Brasil, a parte cirúrgica obstétrica é a melhor do mundo, ninguém fala isso... ninguém bate nesse ponto. Ah, mas o Brasil faz muita cesárea! Mas nós somos os melhores do mundo nisso.” (Médico 1/USF1)

Os elementos dificultadores do *Mundo da vida* trazem questões subjetivas relacionadas às próprias experiências de vida e às crenças dos participantes. Os elementos “medo da dor do parto”, “parto normal sofre mais” e “parto visto como solitário/solidão (tanto na cesárea quanto no normal)” revelam que o medo do parto está fortemente ligado, entre outros fatores, com o medo da dor, que é percebida como insuportável, ligada também à ansiedade que a incrementa e retroalimenta a ideia de morte.

O elemento “falta de apoio da família no momento do parto”, somado à sensação de solidão, aponta para a ausência de um acompanhante e a vulnerabilidade da mulher diante do processo do parto e do nascimento, influenciando no significado da dor.

“Eu acho que, quando você não tem o apoio de ninguém, você se sente sozinha, a dor pode ter aumentado por isso.” (ACS 6/USF 1)

[...] a gestante se sente protegida na hora que ela tem um apoio de outra pessoa. E é difícil quando você tá sozinha, porque você precisa ir atrás das coisas e não fica calma. Eu acho que isso muda muito a dor.” (Enfermeira 2/USF 4)

Os elementos “não ter passado pela experiência do parto” e “vergonha de falar em público” estão relacionados ao eu pessoal, subjetivo. Em decorrência de não ter vivenciado o parto, o profissional relatou sentir-se despreparado para falar do assunto.

“E também eu não vivi isso... acho que se eu tivesse passado por um parto normal, eu me sentiria mais segura em falar sobre isso pra elas [...]” (ACS 7/USF 3)

Para as profissionais de saúde que haviam realizado cesárea, houve um movimento de buscar justificativas para proteger sua decisão sobre fazer uma cesárea eletiva. Os elementos do mundo da vida que se enquadraram nesse sentido foram: “cesárea vista como um ato cirúrgico com recompensa — filho” e “cesárea vista como nascimento sem sofrimento — porém egoísmo da mãe”.

“Uma cirurgia... alegre... porque vem um fruto daí... é um nascimento sem sofrimento! Mas eu fui egoísta... era sem dor pra mim, não pra ele... hoje que eu tenho mais informação, eu faria normal também.” (ASC9/USF 4)

A “humanização na dependência exclusiva da postura do profissional” apareceu como elemento dificultador independentemente do nível de experiência profissional que este possui.

“Mas temos médicos aí que são experientes e não são humanizados. Vai variar de cada pessoa, o que cada um entende de ser humano... A prática é importante... se você vivenciar mais a prática do parto humanizado, a tendência é você seguir aquela linha... Mas, se a pessoa não tem isso dentro dela, como caráter dela, não é aquilo, não adianta, por mais prática que tenha, a experiência com a prática humanizada vai ajudar a fazer o parto humanizado.” (ACS 10/USF 1)

## Discussão

A formação dos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa reflete o modelo biomédico centrado na lógica reducionista e técnica, que desconsidera a perspectiva holística (14, 26). A supervalorização da tecnologia em detrimento da assistência baseada nos direitos e na dignidade dos usuários ressalta o olhar para o processo gravídico-puerperal como fenômeno biotécnico, e não como uma vivência pessoal e sociocultural (27-29). Como resultado, vê-se a reprodução de técnicas sem comprovação de benefícios por evidências científicas e equipes cada vez mais despreparadas e desqualificadas (15).

“Estar acostumado” a situações violentas vividas pelas mulheres no período gravídico puerperal, como evidenciado pela presente pesquisa, reflete a forma como os membros da equipe veem o parto. A violência obstétrica, geralmente, não é percebida pelos profissionais como violenta, mas sim como um exercício de autoridade num contexto considerado “difícil”; no entanto, é a expressão de abuso físico, imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas, cuidado não confidencial ou privativo, cuidado indigno e abuso verbal, discriminação baseada em certos atributos, abandono, negligência ou recusa de assistência, discriminação social, violência verbal e física, abuso sexual e uso inadequado de tecnologia com intervenções e procedimentos desnecessários com potenciais riscos e sequelas, que, maquiados de boa prática, se tornam invisíveis no cotidiano assistencial (30-31).

A insegurança dos profissionais da atenção primária em abordar o tema parto perpetua conceitos errôneos como o de que a cesárea é a forma mais segura de nascimento; além disso, viola a humanização da assistência obstétrica baseada na autonomia e em direitos. Desde a assistência pré-natal, as mulheres são vistas como objeto, fora de contexto, a “máquina” é examinada



e não se estabelece vínculo com o profissional (8). Grande parte dos médicos e profissionais da enfermagem relacionou o parto humanizado à presença de acompanhante familiar, ao atendimento às necessidades físicas e emocionais da parturiente e ao contato precoce mãe-bebê; no entanto, desconsiderou as boas práticas de assistência no parto como: alimentação durante o trabalho de parto, movimentação durante o primeiro estágio de trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e monitoramento da evolução do trabalho de parto com *partograma* (5).

Os profissionais da atenção primária relatam grandes dificuldades no retorno das informações de contrarreferência da atenção hospitalar (8), aspecto semelhante aos resultados da presente pesquisa. Normalmente, a informação era proveniente da própria gestante, ferindo um princípio básico do Sistema Único de Saúde (SUS): a integralidade. A ausência de informação e a não integração entre hospitais e serviços de assistência pré-natal impediu que o processo reprodutivo fosse visto em sua totalidade e favoreceu a descontinuidade na assistência materno-infantil.

Outros estudos referendam que os índices de cesárea são influenciados pelo modelo biomédico, a qualidade da orientação recebida pela gestante ou até mesmo a falta de informação a respeito do parto normal (28, 34), aspectos que corroboram a presente pesquisa.

As dificuldades relacionadas às atividades educativas no pré-natal, identificadas na presente pesquisa, reforçam a necessidade de infraestrutura física e material para o desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde, aspectos considerados importantes para propiciar boas práticas assistenciais (35-36). O papel educativo no pré-natal é uma importante ferramenta de influência na cadeia de crenças e opiniões sobre as vias de parto e, conseqüentemente, sobre a escolha final, devendo estar à altura das necessidades de informação das gestantes (36-37).

A associação da dor do parto normal à fantasia de morte faz com que a não escolha por aquele seja uma realidade (34). Para as mulheres participantes deste estudo, em especial para aquelas que passaram por experiências traumáticas no parto, a dor é vista de modo negativo, “dor de morte”:

“[...] a dor do parto pra mim é uma dor de morte.” (ACS 5 /USF 1)

“[...] essa questão da dor é uma expectativa já gerada, uma pré dor, que a pessoa já tá lá pensando que se ficar gestante vai so-

frer, vai ter dor... e, quando o filho chega, tem dor e sofre mesmo, porque é uma projeção do inconsciente.” (Dentista 1/USF 1)

O medo da morte pode ser acentuado pela ausência de acompanhante no trabalho de parto e nascimento, o que coloca a mulher em situação de vulnerabilidade de gênero e proporciona situações de abandono, solidão e sentimento de desrespeito (37-40).

Portanto, a ideia perpetuada de um parto sofrido, as experiências e as vivências anteriores, bem como a compreensão familiar, do parceiro e de outros membros do convívio social da mulher a respeito da gravidez influenciam a sua escolha pelo parto normal ou pela cesárea (28, 37). A cultura medicalizada de atenção ao parto exerce influência sobre as experiências das famílias e pode comprometer o conhecimento da mulher sobre seu próprio corpo, sua fisiologia, capacidade e autonomia, contribuindo para a crença de periculosidade do parto vaginal e potencializando a insegurança da mulher e o seu medo de tomar a decisão em prol desse parto (41).

As experiências de cesáreas dos participantes da presente pesquisa oscilam entre aspectos positivos e negativos. O estudo referenciado aponta que, entre os positivos, está a associação com a ausência da dor, a rapidez do procedimento e a possibilidade de marcar uma data ou realizar uma laqueadura. Entre os negativos, destacaram-se os riscos da cirurgia, as dores no pós-parto, as dificuldades com a recuperação e o retorno das atividades sexuais, além de preocupações e experiências prévias com a anestesia e maiores níveis de medo e descontentamento ao lembrar do nascimento de seus filhos (12).

Outro elemento destacado foi o entendimento restrito do conceito de humanização da assistência à saúde. Para os elementos relacionados à humanização, devem ser consideradas questões de acessibilidade ao serviço nos níveis primário, secundário e terciário de assistência, como provisão de insumos e tecnologias necessárias, formalização de sistemas de referência e contrarreferência, disponibilidade de informações e orientação da clientela e a sua participação na avaliação dos serviços (42). A humanização é muito mais do que tratar bem e com delicadeza. O cuidado humanizado no pré-natal é direcionado em sua integralidade e é importante considerar as gestantes e os familiares no conjunto social, econômico, político e cultural em que atuam e geram mudanças (26, 43, 44).



Em relação à formação dos profissionais de saúde, vale destacar que, para a construção de um olhar humanístico, o ensino e a aprendizagem devem ser um processo permanente, no qual o estímulo à criatividade e à utilização de tecnologias deve também contribuir para instrumentalizar o profissional a estabelecer relações que sejam satisfatórias, tanto para ele próprio quanto para os por ele assistidos. Dessa maneira, a formação profissional deve favorecer o olhar humano no desenvolvimento de competências capazes de oferecer uma assistência humanizada (14). É fundamental avaliar as demandas das mulheres bem como analisar o discurso dos profissionais de saúde, para ver como se coaduna com a proposta de humanização (29).

A implementação de todos os aspectos de uma assistência humanizada também inclui uma assistência segura. Diminuir as altas taxas de mortalidade materna é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para 2030, acordados pelos países-membro da Organização das Nações Unidas (45).

É preciso que os serviços públicos e privados de saúde obstétrica, os profissionais de saúde e a sociedade civil se unam em busca de melhores condições de assistência materno-infantil, para sejam criadas e implementadas políticas públicas de saúde que qualifiquem os serviços e atendam às necessidades das mulheres de modo universal e equânime (inclusive para as mulheres mais vulneráveis), aumentando a força de trabalho, capacitando continuamente o profissional, garantindo recursos financeiros sustentáveis, com o uso das melhores evidências para informar à prática clínica com foco nos direitos da mulher e agindo com responsabilidade ética (46).

## Conclusão

A presente pesquisa conclui que os profissionais da atenção primária, em especial da ESF nas equipes pesquisadas, apresentam dificuldades para a abordagem do parto no pré-natal, o que conseqüentemente influenciará a qualidade da assistência prestada. Essas dificuldades são de causas multifatoriais: formação

da maioria dos profissionais em modelo biomédico, desconhecimento da fisiologia do parto, das boas práticas do parto, até falta de reconhecimento dos direitos das gestantes. Ainda é forte a ideia de que o parto normal é ruim, “coisa” de pobre.

Quanto à educação em saúde e à atenção à saúde em redes, este estudo mostrou que existem fragilidades que perpassam desde a falta de espaço físico e recursos materiais para atividades educativas até a frágil articulação da atenção primária com a maternidade.

Do ponto de vista das histórias de vida dos profissionais, suas vivências de parto reforçam a percepção distorcida e a opção da cesárea como forma de nascimento de seus filhos. Mesmos os não pais demonstram que a falta de experiência pessoal e a vergonha os tornam inseguros em falar sobre parto. A maioria dos profissionais envolvidos na pesquisa percebeu, no decorrer da pesquisa, como o *Mundo da vida*, que compreende os relatos relacionados às vivências cotidianas das pessoas participantes, pode refletir positiva ou negativamente na assistência prestada.

O diálogo igualitário, pressuposto da metodologia comunicativa, permitiu repensar as preconcepções decorrentes das experiências pessoais e profissionais, de forma que novas informações pudessem ser construídas no decorrer do próprio processo de investigação, munindo os profissionais de novas ferramentas que possibilitassem a transformação de suas realidades pessoais e profissionais.

Portanto, há necessidade de se investir em espaços dialógicos para a discussão do tema parto na atenção primária a fim de fazer parte do cotidiano das USF, valorizando, dessa forma, uma importante ferramenta —a educação permanente em saúde— com investimentos na qualificação dos profissionais nas questões referentes ao parto, buscando espaços de diálogo que lhes permitam explorar suas próprias vivências e desmistificar ideias que sustentem a cesárea como a melhor via de nascimento em qualquer situação.

## Referências bibliográficas

1. Gomes MAS. Compromisso com a mudança. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2014; 30(1): 41-2.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.459, de 2 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde —SUS—, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*; 2011. [cited 2015 jun 5]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
3. Wernet M, Bussadori JCC, Fabbro MRC, Silveira A & Napoleão A. Risco de paternidade ou maternidade prejudicada: um olhar ao ciclo gravídico puerperal. Em Herdman TH & Napoleão AA. (orgs.). *Pronanda: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo quatro*. Artmed-Pan; 2016; p. 69-92.
4. Salgado HO, Niy DY & Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section. *J. Hum. Growth Dev.* 2013; 23(2): 190-7.
5. Brasil. DATASUS. Proporções dos partos cesáreos. IDB [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [cited 2015 jun 5]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>
6. Leal MC & Gama SG. (orgs.). *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa*. Fundação Oswaldo Cruz. [Internet]; 2014 [acesso em: março de 2016]; Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario\\_executivo\\_nascer\\_no\\_brasil.pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/wp-content/uploads/2014/11/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf)
7. Aguiar JM, D'oliveira AFP & 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.
8. Cotta RMM, Reis RS, Campos AAO, Gomes AP, Antonio VE & Batista RS. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? *Cien Saude Colet*. 2013; 18(1): 171-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100018>
9. Salgado HO, Niy DY & Diniz, CSG. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *J. Hum. Growth Dev.* 2013; 23(2): 190-7.
10. Santos LM, Oliveira DLSN, Santana RCB, Araújo DD & Silva JD. Percepção de puérperas adolescentes sobre a assistência da equipe de enfermagem no processo parturitivo. *Rev Eletrônica Gestão Saúde* [Internet]; 4(1) [acesso em: março de 2016]. [cited 2015 jun 5]. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22991/16513>
11. Dodou HD, Rodrigues DP & Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017; 9(1). [acesso em: março de 2016]. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5369>
12. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM & Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2012; 21(2): 458-66. [acesso em: março de 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=pt)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 570/GM de 01/06/2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (DF); 2000.
14. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM & Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>
15. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA & Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2): 329-37.
16. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama CGN, Theme Filha MM & Costa JV. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2014; 30(1): 85-100.
17. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB & Lea MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2012; 28(3): 425-37.
18. Jorge HMF, Hipólito MCV, Masson VA & Silva RM. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. *Rev Brasileira de Promoção à Saúde*. 2015; 28(1): 140-8.
19. Habermas J. *Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2012.

20. Sanmamed AFF, Eugencia LR & Vreecer N. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. Diálogo igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad. *Scripta Nova*. Rev Electr Geo Cien Soc. [Internet]. 2013; 17(5): [acesso em: março de 2016]. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-427/sn-427-5.htm>
21. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saude Publica* [Internet]. 2014; 30(supl. 1). [acesso em: março de 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt).
22. Gómez J. Metodologia Comunicativa Crítica. Barcelona: El Roure Editorial; 2006.
23. Freire PRN. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1994.
24. Freire PRN. Pedagogia do oprimido. 41ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
25. Coelho MN, Constantino FL & Moreira R. Diálogo, igualdade e diversidade: uma tríade para o respeito às diferenças na escola. XVI Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino (Endipe). Campinas: Unicamp [Internet]; 2012. [acesso em: março de 2016]. Disponível em: [http://www.infoteca.inf.br/endipe/smarty/templates/arquivos\\_template/upload\\_arquivos/acervo/docs/2012d.pdf](http://www.infoteca.inf.br/endipe/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/acervo/docs/2012d.pdf)
26. Bortoli CFC, Prates PBLA, Wilhel LA & Ressel LB. Limites e possibilidades do enfermeiro na atenção pré-natal: nota prévia. *J Nurs UFPE on-line*. 2015; 9(Supl. 8): 9419-22.
27. Porto AAS, Costa LP & Velloso NA. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *Rev. Ciências e Tecnologia*. 2015; (1)1: 13-20.
28. Copelli FHS, Rocha L, Zampieri MFM, Petters VR, Zaira G & Custódio AO. Determinantes para la preferencia de las mujeres por cesárea. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(2): 336-343. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000430014>
29. Pinheiro BC & Bittar CML. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. *Aletheia* [Internet]. 2012. [acesso em: março de 2016]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100015&lng=pt)
30. 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.
31. Tesser CD, Knobel R, Andrezza HFA & Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *RBMFC*. 2015; 10(35):1-12. [acesso em: março de 2016]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
32. Koettker JG, Brüggemann OM & Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(1): 15-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100002>
33. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saude Publica*. 2014; 30(supl. 1). [acesso em: março de 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt)
34. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ & Bosco SMD. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cien Saude Colet*. 2014; 22(1):46-53. doi: [10.1590/1414-462X201400010008](https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010008)
35. Oliveira DC, Mandú EMT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT & Teixeira RC. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery R. Enferm*. 2013; 17(3): 446-54.
36. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA & Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1):13-21. doi [10.5935/0034-7167.20140001](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140001)
37. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JÁ, D'orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saude Publica*. 2014; (30): 101-16.
38. Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO & Gonçalves BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2): 287-94.
39. Jordá DG, Díaz-Bernal Z & Álamo MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(7): 1893-902.

40. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN & Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery R. Enferm.* 2014; 18(2): 262-9.
41. Lagomarsino BS, Van der Sand ICP, Perlini MNOG, Linck CL & Ressel LB. A cultura mediando preferências pelo tipo de parto: entrelaçamento de fios pessoais, familiares e sociais. *REME — Rev Min Enferm.* 2013; 17(3): 680-94.
42. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC & Carvalho AI. Políticas e sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
43. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA & Vargens OMS. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2): 329-37.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
45. UN General Assembly, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. 2015. [acesso em: março de 2016]. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>
46. Koblinsky M. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet.* 2016; 388(10057): 2307-20. [acesso em: março de 2016]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27642018>