

ARTIGOS ORIGINADOS DE DISSERTAÇÕES

ESCOLHA INFORMADA NO PARTO: UM PENSAR PARA O CUIDADO CENTRADO NAS NECESSIDADES DA MULHER¹

Thelma Malagutti Sodré*
Miriam Aparecida Barbosa Merighi**
Isabel Cristina Bonadio***

RESUMO

A decisão compartilhada entre os envolvidos na assistência ao parto é um tema pouco discutido no Brasil. Os profissionais de Saúde devem promover a autonomia da mulher no parto, a começar pelas informações cientificamente embasadas e não tendenciosas, a fim de que elas possam tomar decisões compartilhadas com eles. Este artigo pretende refletir sobre o tema 'escolha informada' no parto, discutir sobre o modelo assistencial vigente, a escassez e a qualidade da informação oferecida pelos profissionais, e os múltiplos fatores que influenciam nas escolhas e decisões da mulher quanto ao tipo de parto e cuidados médicos. Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é valorizar sua capacidade de decidir; respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia; vislumbrar novos caminhos e maneiras de agir enquanto profissional; promover o direito à condição de pessoa; e resgatar o cuidado centrado nas necessidades da mulher. Com uma prática ética fundamentada em evidências, a gestante poderá ser vista como condutora do processo, e sua gestação e parto, como fenômenos fisiológicos, os quais ela poderá planejar livremente.

Palavras-chave: Tomada de Decisões. Gestantes. Saúde da Mulher. Humanização do Parto.

INTRODUÇÃO

A decisão compartilhada entre os envolvidos na assistência ao parto é um tema pouco discutido no Brasil. No entanto, é sabido que a escolha informada nas ações de saúde é um direito da mulher que deve ser respeitado.

Os profissionais de Saúde devem promover a autonomia da mulher no parto, a começar pelas informações cientificamente embasadas e não tendenciosas, a fim de que elas possam tomar decisões compartilhadas com eles, fundamentadas nessas informações.

Nesse contexto, este artigo pretende refletir sobre o tema escolha informada no parto.

O contexto da assistência ao parto e a escolha informada

O modelo assistencial vigente, com a prática

excessiva de intervenções, desrespeita a fisiologia do parto e desvia o foco das necessidades da mulher, além de interferir na dinâmica familiar, pois deixa de ser centralizado na pessoa, com suas crenças e valores, o que pode gerar o comportamento passivo da mulher⁽¹⁾.

No período da gestação e no parto, a mulher é submetida a procedimentos sem participar de qualquer decisão, porém, ela deseja ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades, e também quer compartilhar com os profissionais de Saúde os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto⁽²⁾.

No processo da parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela, com seu bebê e sobre o modo de sua participação, buscando adaptar-se ao modelo hospitalar vigente. O profissional de

1 Artigo originado da Tese de Doutorado em Enfermagem: "Necessidade de cuidado e de participação no parto: a voz de um grupo de gestantes de Londrina-Paraná". Universidade de São Paulo. 2010.

* Enfermeira Obstetra, Mestre em Fundamentos de Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: thelminha@sercomtel.com.br

** Enfermeira Obstetra. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: merighi@usp.br

*** Enfermeira Obstetra, Doutora em Enfermagem, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: ibonadio@usp.br

Saúde tem obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas⁽³⁾.

Na sua experiência de parir, a mulher pode escolher o tipo de parto, a ambiência, o profissional que irá atender-lhe, o acompanhante, os procedimentos aos quais quer ser submetida, entre outras escolhas. Para isso, ela deve estar consciente de seus direitos como paciente, e tal condição melhora sua comunicação com os profissionais de Saúde^(4,5). Porém, as metas do sistema hospitalar são desiguais às metas de um plano de parto individualizado⁽⁶⁾.

O plano de parto informa e orienta a mulher sobre todas as alternativas disponíveis na assistência ao parto, seja ele com ou sem intercorrências. Com base nas informações acessadas e na reflexão conjunta com o profissional é que ocorrerá a “escolha informada” sobre onde, como e por quem o parto será realizado.

A informação e o empoderamento da mulher são mais importantes para ela do que participar da tomada de decisão, e para isso os profissionais devem priorizar o tempo com ela durante o trabalho de parto, pois isso proporciona mais suporte e orientação^(7,8).

A tomada de decisão da mulher sobre cuidados médicos passa pelo acesso e compreensão das melhores evidências científicas, em uma discussão contínua com seus cuidadores, para então chegar à decisão pessoal, que poderá ser o consentimento informado ou a recusa informada, mas a falta de acesso a informações suficientes e corretas pode manipular o processo de decisão da mulher, que deixa de ser livre e verdadeiro⁽⁶⁾.

Frequentemente os médicos persuadem suas pacientes à escolha do tipo de parto em condições que não existem ou que não justificam o procedimento⁽⁹⁾. As intervenções desnecessárias ocorrem pelo fato de o profissional “estar ainda apegado ao modelo intervencionista”, como mostrou um estudo sobre intervenções obstétricas, com o emprego indiscriminado de ocitocina registrado em partograma⁽¹⁰⁾, prática que pode desencadear

distocias no trabalho de parto e maior percepção dolorosa, estresse e medo nas parturientes⁽¹¹⁾.

Escolhas e decisões da mulher quanto ao tipo de parto são decorrentes de um processo que envolve múltiplos fatores, como escolaridade, condições socioeconômicas, história de vida, histórias de parto que ouviu ou viveu junto a um familiar, conhecimento sobre as condições de assistência ao parto e acesso a informações, geralmente inacessíveis para a grande parte das mulheres.

O acesso ao conhecimento sobre os modelos de assistência ao parto pode ser favorecido pelo contexto socioeconômico da mulher, que lhe permite o acesso à internet, TV por assinatura, vídeos, livros e artigos que abordam o tema⁽¹²⁾.

As práticas de humanização nas ações de atenção e gestão em saúde devem estar comprometidas com a defesa da vida em um processo de produção de saúde e de sujeitos, que exige a valorização de usuários, trabalhadores e gestores, com a autonomia e protagonismo deles; relação de corresponsabilidade entre eles; vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão; atenção à saúde sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; modelos de atenção com foco nas necessidades dos cidadãos, com acolhimento, agilidade e resolução; qualificação da ambiência, com melhores condições de trabalho e atendimento⁽¹³⁾.

Portanto, a proposta de humanizar o parto está associada à adequação na qualidade da atenção, que passa pelas relações interpessoais, atualmente fragilizadas pela mecanização na organização do trabalho profissional e pela violência institucional⁽¹⁴⁾.

A escolha informada no parto depende de mudanças no modelo de cuidado da gestante, que está em processo de construção. Para tanto, faz-se necessário profissionais sensibilizados, que não atendam preferencialmente às suas conveniências, mas que adotem o modelo humanista, com uso apropriado da tecnologia, e o holístico, que individualiza o cuidado e entende o parto como um evento biológico, social, cultural, sexual e espiritual.

É possível a escolha informada?

No Brasil, a inadequação do modelo de atenção ao parto era evidente desde a década de

1990, no entanto, a proposta de humanização da assistência só ocorreu quando o Ministério da Saúde instituiu o Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com a Portaria GM/569, de 01 de junho de 2000.

Em 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária estabeleceu um Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal no país, que definiu alguns pontos que mudam a relação do serviço com a mulher, bebê e acompanhante. Para tanto, considerou o parto e nascimento como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico.

Do ponto de vista das políticas públicas, programas de saúde da mulher e de instrumentos legais nacionais e internacionais, a escolha informada no parto é uma possibilidade contemplada e valorizada, mas que necessita ser cumprida.

Um estudo apontou várias expectativas de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca do parto e da assistência obstétrica: ser acolhida; poder fazer perguntas e obter respostas em seu pré-natal; ser respeitada; ter espaço para sua dor e vulnerabilidade; poder gritar se o desejar; ter assistência de boa qualidade, com acesso disponível à tecnologia quando necessária; ser reconhecida como alguém que tem vontades, desejos e necessidades; e, finalmente, poder compartilhar com os profissionais de saúde os temores, as alegrias e os prazeres da gestação e do parto⁽²⁾. Sabe-se que, no setor privado, a maioria das mulheres escolhe uma cesárea por ter acesso a “informações muito parciais e pouco orientadas pelas evidências de segurança e satisfação”, enquanto elas deveriam considerar os múltiplos fatores envolvidos nessa decisão, não restringindo o critério da escolha à ausência de dor, previsibilidade e rapidez⁽¹⁵⁾.

No estudo descritivo randomizado com 500 mulheres moradoras na capital da Síria, Damasco, que teve como objetivo descrever suas preferências quanto ao profissional que atende ao parto e o local do parto, a maior escolaridade estava associada à melhor situação econômica, e tais fatores contribuíram para a escolha do hospital como local de parto por 65,8% das mulheres, por causa da segurança; 60,4% preferiram ser atendidas por médicos e 21,2%,

por parteiras; 68,1% combinaram duas respostas: a preferência de um médico do gênero feminino e do hospital⁽¹⁶⁾.

Estudo qualitativo descritivo, realizado com 77 primíparas americanas, explorou a possibilidade de discrepância entre as expectativas e a realidade em relação ao parto. Quase metade das mulheres sentiu-se vulnerável e incapaz de exercer controle durante o trabalho de parto, resultando em sentimentos de frustração, algumas vezes associados à falta de controle sobre o movimento de seu corpo após anestesia peridural; nas decisões sobre o uso de medicações durante o trabalho de parto; sobre quem estaria presente no momento do parto; no seu desempenho na cesariana; no uso de práticas obstétricas tradicionais⁽¹⁷⁾.

Um estudo realizado na Inglaterra com 1.146 mulheres antes e após o parto, que utilizou informações sobre o pré-natal, preferências e expectativas com relação ao parto e a experiência de parto, mostrou que se sentir no controle da equipe está associado às variáveis interpessoais, ou seja, ser capaz de sentir-se confortável, tratada com respeito e de perceber a equipe atenciosa. A participação na tomada de decisão foi especialmente importante para as múltiparas, porém, mais importante foi sentir-se cuidada com respeito e tratada como pessoa⁽¹⁸⁾.

Em Estocolmo-Suécia, um estudo qualitativo com 20 mulheres que participavam de um programa de educação pré-natal, teve o objetivo de descrever as experiências das mulheres sobre a sua participação na tomada de decisão relacionada à aceleração do trabalho de parto e observou que não se deve esperar que todas elas participem do processo de tomada de decisão sobre esse aspecto, mas seria mais adequado informar e dar suporte às mulheres sobre os seus efeitos⁽⁸⁾.

Um estudo qualitativo com puérperas canadenses mostrou que a maioria desejou estar bem informada e ter voz ativa antes de ser tomada alguma decisão sobre os cuidados durante a gestação. Aquelas que ficaram insatisfeitas com seu grau de envolvimento gostariam de ser ativas, porém, se viram incapacitadas, desinformadas e deixadas de fora do processo decisório⁽¹⁹⁾.

Uma pesquisa qualitativa que analisou os fatores que influenciaram a escolha do parto

domiciliar em grandes centros urbanos do Brasil revelou que o desejo pelo parto normal e domiciliar surgiu das memórias de parto com resultados positivos; da busca ativa de informações sobre parto na internet e dos direitos sobre os cuidados que se podem receber; do atendimento humanizado da enfermeira obstetra durante o pré-natal; e da possibilidade de estar no ambiente acolhedor, privativo e confortável de sua casa, junto com seus familiares e com liberdade e autonomia para agir, movimentar-se e alimentar-se⁽¹²⁾.

Pesquisa qualitativa com um grupo de mulheres de Londrina-PR, que estavam no último trimestre de gestação, e realizando pré-natal com médicos em serviços do setor público e do privado, explorou a necessidade de cuidado e de participação nas decisões sobre o parto. Essas gestantes desejaram a companhia dos familiares como forma de receber ajuda, atenção e segurança; ter acesso às informações sobre a gestação, os procedimentos a serem realizados no parto e evolução do trabalho de parto e parto, atribuindo aos profissionais de saúde esta responsabilidade; ter atenção obstétrica com profissionais competentes e que ofereçam segurança e um ambiente silencioso e privativo no momento do trabalho de parto e parto⁽³⁾.

O principal desafio dos profissionais está na transformação de suas atitudes para agir de maneira ética e científica em favor do cuidado integral e focado nas necessidades da mulher e da sua família, e não na rotina hospitalar ou em seus próprios interesses. O profissional de saúde deve estar disposto a adotar novas ideias e caminhar junto com o movimento de humanização do cuidado ao parto, consciente de que as mulheres têm o seu acervo de conhecimentos e necessitam ser ouvidas.

O processo de tomada de decisão pode ocorrer de diferentes modos, ou seja, a mulher pode decidir sozinha, como também pode delegar ou compartilhar com o profissional, parceiros, amigos ou familiares. Cabe saber que nem sempre as mulheres desejam participar de todas as decisões relacionadas ao parto. Estimular a tomada de decisão informada das

mulheres é valorizar sua capacidade de decidir, é respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia, é promover o direito à condição de pessoa.

Os resultados dos estudos sobre a participação das mulheres na tomada de decisão sobre o parto suscitam questionamentos a respeito da formação e atuação dos profissionais de Saúde e da qualidade da atenção ao nascimento e parto: o currículo dos cursos de graduação da área da Saúde contempla questões relativas à integralidade do cuidado à gestante e aos valores humanistas? Como o programa de pré-natal pode capacitar as gestantes para a escolha informada no parto? Quais evidências científicas têm embasado os cuidados às parturientes no setor público e no suplementar? Como profissionais de saúde, mulheres e suas organizações têm participado da construção do modelo de atenção a partos e nascimentos? As enfermeiras obstetras têm atuado na promoção da escolha informada às mulheres? O plano de parto pode ser institucionalizado no serviço público de saúde? Quais as condições disponíveis para a mulher escolher o tipo de parto? Quais as oportunidades que as mulheres têm para acessar informações sobre gestação e parto? A assistência ao parto vigente tem atendido às preferências, escolhas e necessidades das mulheres? Como está a interação entre parturientes e prestadores de cuidado? As gestantes têm conhecimento sobre o direito à escolha informada?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As reflexões realizadas neste artigo, a escassez de publicações nacionais sobre escolha informada da mulher no parto, a concentração de artigos internacionais em um único periódico e a diversidade de questionamentos suscitados apontam a urgência de novas pesquisas. Os resultados das investigações poderão nortear as práticas de assistência ao parto e contribuir para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os profissionais e as mulheres.

INFORMED CHOICE IN CHILDBIRTH: A THINKING-CENTERED CARE FOR THE NEEDS OF WOMEN

ABSTRACT

The shared decision making among those involved in assisting childbirth is a subject rarely discussed in Brazil. Health professionals should promote the empowerment of women in childbirth, starting with evidence-based information and unbiased, so that they can make decisions shared with them. This article focuses on the theme of informed choice in childbirth. Discusses the current health care model, the scarcity and quality of information offered by professional associations, the various factors that influence the choices and decisions of the woman on the type of delivery and care. Encourage informed decision making for women is enhancing its ability to decide to respect the right to their own bodies and autonomy, seek new ways and means to act as professionals, promote the right to personhood and rescue care focusing on the needs women. With an ethical practice based on evidences, pregnant women can be seen as leaders of the whole process, and their pregnancy and delivery as physiological phenomena, which they can plan freely.

Keywords: Decision-making. Pregnant Women. Women's Health. Humanizing Delivery.

ELECCIÓN INFORMADA EN EL PARTO: UN PENSAR PARA EL CUIDADO CENTRADO EN LA NECESIDAD DE LA MUJER

RESUMEN

La decisión compartida entre los involucrados en la asistencia al parto es un tema poco discutido en Brasil. Los profesionales de salud deben promover la autonomía de la mujer en el parto, empezando por las informaciones con bases científicas y no tendenciosas con la finalidad de que ellas puedan tomar decisiones compartidas con los profesionales. Este artículo presenta la reflexión sobre el tema de la elección informada en el parto. Discute el modelo asistencial vigente, la escasez y calidad de la información ofrecida por los profesionales, los múltiples factores que influyen las decisiones e elecciones de la mujer cuanto al tipo de parto e cuidados médicos. Estimular la toma de decisión informada de las mujeres es: valorar su capacidad de decidir, respetar el derecho al propio cuerpo, y al autonomía; vislumbrar nuevas sendas y modos de actuar en siendo profesional, promover el derecho a la condición del ser persona y rescatar el cuidado centrado en las necesidades de la mujer. Con una práctica ética y fundamentada en evidencias, la embarazada podrá ser vista como conductora del proceso, y su embarazo y parto, como fenómenos fisiológicos, los cuales ella podrá planificar libremente.

Palabras clave: Toma de Decisiones. Mujeres Embarazadas. Salud de la Mujer. Parto Humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth*. 2005;32(4):252-61.
2. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1303-11.
3. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-PR. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2010 Set [citado 2011 Maio 25]; 19(3): 452-460. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300006&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-07072010000300006.
4. 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, Universidade de São Paulo; 2001.
5. Yam EA, Grossman AA, Goldman LA, Garcia SG. Introducing birth plans in México: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. *Birth*. 2007;34(1):42-8.
6. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [serial on the Internet]. 2006 [citado 2009 jul 24];35(2):295-303. Disponível em: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118588364/abstract>
7. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*. 2003;30(2):109-15.
8. Blix-Lindstrom S, Christensson K, Johansson E. Women's satisfaction with decision-making related to augmentation of labour. *Midwifery*. 2004;20(1):104-12.
9. Hulst LAM, van Teijlingen ER, Bonsel GJ, Eskes M, Birnie E, Bleker OP. Dutch women's decision-making in pregnancy and labour as seen through the eyes of their midwives. *Midwifery*. 2007;23(3):279-86.
10. Rocha IM da S, Oliveira SMJV de, Schneck CA, Riesco MLG, Costa A de SC da. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev Esc Enferm USP*. [periódico na Internet]. 2009[citado 2010 Jan 30];43(4):880-888. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a20v43n4.pdf>
11. Davim, RMB; Torres, G de V; Dantas, J da C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev Esc Enferm*

- USP. [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 Jan 30];43(2):438-445. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a25v43n2.pdf>
12. Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):765-72.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004.
14. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface Comun Saúde Educ*. [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 Jan 15]; 13(supl.1):595-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011&lng=pt. doi: 10.1590/S1414-32832009000500011.
15. 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, Universidade de São Paulo; 2001.
16. Bashour H, Abdulsalam A. Syrian women's preferences for birth attendant and birth place. *Birth* [serial on the Internet]. 2005 [citado 2007 mar. 28];32(1):20-6. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1457105>
17. Fowles ER. Labor concerns of women two months after delivery. *Birth* [serial on the Internet] 1998 [citado 2007 abr 18];25(4):235-40. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=9892891&dopt=Abstract
18. Green, JM, Baston, HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth* [serial on the Internet] 2003 [citado 2007 abr. 22];30(4):236-47. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>
19. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Rempel G, Kimak C. Women's satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. *Birth*. 2003;30(2):109-15.

Endereço para correspondência: Thelma Malagutti Sodré, Avenida Robert Koch, nº 1570, Casa nº 85, CEP: 86037-010, Londrina, Paraná.