

PARTO EM POSIÇÃO NÃO SUPINA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Camilly Roberta da Silva*

Luciana Barbosa Pereira**

Sibylle Emilie Vogt***

Cristiano Leonardo de Oliveira Dias****

RESUMO

Introdução: a posição supina predomina no contexto nacional de assistência ao parto vaginal, embora haja evidências científicas favoráveis à adoção de outras posições no período expulsivo, com vantagens para mãe e recém-nascido. **Objetivo:** desvelar a percepção de profissionais de saúde que trabalham em bloco obstétrico de Hospital Universitário acerca do parto em posição não supina. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com trabalhadores desse setor. Foram entrevistados 10 profissionais das áreas médica ou de enfermagem. Dados coletados por entrevistas semiestruturadas e submetidos à Análise de Conteúdo. **Resultados:** foram desveladas três categorias temáticas: reconhecendo vantagens e estímulos ao uso de posições não litotômicas; percebendo obstáculos à mudança de paradigmas na posição de parir; vivenciando o parto não litotômico na perspectiva do profissional. A análise dos dados revelou divergências entre o conhecimento e a prática, destacando-se a influência do modelo biomédico na rotina de assistência ao parto. **Considerações finais:** sugere-se a realização de educação permanente e sensibilização da equipe de assistência à parturiente além de seu empoderamento por meio de orientação pré-natal pertinente para a efetivação das boas práticas na atenção ao parto incluindo o uso de posições não supinas no período expulsivo.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica. Conhecimento. Equipe de Assistência ao Paciente. Medicina Baseada em Evidência.

INTRODUÇÃO

A excessiva medicalização do corpo feminino e a visão do parto como um evento médico em detrimento ao cuidado centrado na mulher e em sua autonomia suscitaram movimentos em prol da humanização do parto e da adoção de práticas cientificamente embasadas. A humanização do parto e nascimento envolve a mudança de paradigmas nesse cenário deslocando o foco de atenção da equipe de saúde e serviço para a mulher que passa a ser a protagonista de seu processo parturitivo⁽¹⁾.

A medicalização do processo do parto em alguns serviços no contexto brasileiro chega a atingir 92,7% das mulheres, considerando a presença de pelo menos uma das seguintes intervenções: tricotomia, enteroclisma, indução/condução do parto, episiotomia, amniotomia e cesariana⁽²⁾.

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs, na década de 90, a classificação das práticas obstétricas a partir de evidências científicas, segundo critérios de

eficiência, eficácia e risco. Foram, então, subdivididas em quatro categorias: categoria A — práticas comprovadamente úteis e que devem ser encorajadas; categoria B — práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C — práticas sobre as quais não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela, até que novas pesquisas esclareçam a questão; categoria D — práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado. Como exemplo, o tema em questão — uso rotineiro da posição litotômica no período expulsivo, classificado como categoria B⁽³⁾.

Considerando a importância de evidências científicas e do protagonismo feminino nas questões relativas à gestação, parto e nascimento, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lança, em 2016, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal e recomenda o estímulo a posições não supinas no trabalho de parto⁽¹⁾.

Contudo, no contexto brasileiro, há predominância da posição litotômica no período expulsivo do parto, sendo adotada por 91,7% das

*Enfermeira. Pronto Atendimento de Saúde Doutor Alpeu Gonçalves de Quadros, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: camilly@yahoo.com.br. ORCID ID: 0000-0002-2309-4711.

**Enfermeira obstétrica. Mestre em Ciências. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: lubper@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0419-0353.

***Enfermeira obstétrica. Doutor em Ciências. UNIMONTES, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: sibyllec campos@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0001-9553-4096

****Enfermeiro. Mestre em Ciências. UNIMONTES, Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: cristianooldias@yahoo.com.br. ORCID ID: 0000-0002-2750-8416.

mulheres de risco habitual. Essa característica encontra-se associada ao modelo tecnocrático de assistência, que considera o parto um evento essencialmente de risco. Esse princípio ainda ancora a alta prevalência de intervenções desnecessárias e de práticas prejudiciais e sem evidência científica vigentes na maioria dos serviços de saúde⁽⁴⁾.

A predominância da posição litotômica ou horizontal durante o parto associa-se à influência da cultura ocidental nos modelos de assistência ao parto em nosso país. No meio profissional, sua adoção está associada à maior facilidade da monitorização do período expulsivo, possibilitando intervenções cirúrgicas⁽⁴⁾.

Contudo, segundo estudos da fisiologia da parturição, essa posição, comparado às posições verticais, apresenta desvantagens como redução das dimensões da pelve, compressão da aorta e falta do efeito gravitacional⁽⁵⁾. Curiosamente, posições verticais são predominantes entre culturas que não sofreram a influência ocidental e entre mulheres que podem escolher livremente a posição de parir⁽⁶⁾.

Além disso, a posição horizontal impede a movimentação da mulher e seu contato com o profissional que realiza o parto, enquanto a posição vertical traz a sensação de maior conforto e possibilita sua participação de modo mais ativo durante o processo⁽⁷⁾. Revisão sistemática em mulheres sem analgesia peridural evidencia que a posição vertical contribui para a redução da duração do período expulsivo e de intervenções obstétricas, como o uso de fórceps e de episiotomia. Apesar de um risco menor para anormalidades no padrão da frequência cardíaca fetal em posições verticais, não houve diferença significativa da admissão em unidade neonatal para os recém-nascidos quando comparado com a posição litotômica. Como desvantagem, a revisão aponta um aumento da perda sanguínea e de lacerações de 2º grau, sem, contudo, aumentar a necessidade de transfusões sanguíneas⁽⁸⁾.

No contexto da implementação das boas práticas recomendadas pela OMS nos serviços, percebe-se distância entre o conhecimento e a realidade assistencial, de modo que a mudança do modelo de atenção não é algo fácil e mobiliza competências humanas que vão além da aquisição de conhecimentos científicos e de habilidades técnicas⁽⁹⁾. Assim, cabe aos profissionais e aos

serviços, a atualização de práticas clínicas e a constante reflexão sobre o modelo de assistência ao parto e nascimento, para assegurar a qualidade da assistência e possibilitar uma vivência positiva da parturição.

Diante do exposto, destaca-se a seguinte questão de estudo: Como os profissionais que atuam no bloco obstétrico percebem a adoção de posições não litotômicas no período expulsivo do parto, uma vez que são formadores de opinião e atuantes no processo do parto e nascimento? Para o melhor entendimento do tema, este estudo propõe como objetivo desvelar a percepção de profissionais de saúde que trabalham em bloco obstétrico de um Hospital Universitário acerca do parto em posição não supina.

MÉTODOS

A pesquisa é um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que teve como cenário a maternidade de um Hospital Universitário do município de Montes Claros/MG, referência na humanização da assistência materna e infantil na região norte de Minas Gerais. O hospital é detentor dos títulos Iniciativa Hospital Amigo da Criança, recebido em 2000 e Maternidade Segura, conferido em 2001, além de ter recebido o título Galba de Araújo em 2006. Dispõe de três unidades pré-parto/parto/pós-parto (PPP) com a possibilidade de assistir a parturiente durante todo o processo da parturição num único ambiente e com liberdade de posição. A estrutura física foi adaptada, em 2004, visando atender às recomendações de humanização previstas pelo Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, do Ministério da Saúde, de 2001, e pelos pré-requisitos adotados para adesão aos títulos supracitados. A ideia de oferecer um ambiente mais acolhedor e privativo à mulher e à família na vivência do parto foi reforçada nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, de 2017¹ e, em 2018, o serviço passou por nova adequação física, oferecendo mais conforto nas unidades de PPP, incluindo banheiras com água aquecida em cada ambiente de PPP.

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras, em outubro de 2014, no local de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Foi utilizada a entrevista semiestruturada, audiogravada após consentimento e conduzida pelas seguintes questões: Qual sua visão acerca de posições não

supinas no período expulsivo do parto? O que você considera que contribui ou dificulta a adoção dessas posições pelos profissionais que assistem o parto?

Os critérios de inclusão foram: tempo de trabalho na área maior que dois anos, ser obstetra, residente de ginecologia e obstetrícia, técnica de enfermagem ou enfermeira obstétrica. Participaram 10 trabalhadores, sendo uma enfermeira obstétrica, dois médicos obstetras, um residente em ginecologia e obstetrícia e seis técnicas de enfermagem. O total de participantes foi estabelecido levando-se em consideração a recorrência das informações obtidas por saturação teórica.

Para facilitar a caracterização dos participantes, adotou-se um roteiro de pesquisa de campo, abrangendo informações como idade, ocupação e tempo de trabalho na área. Os entrevistados foram identificados nas falas pela letra E seguida do número arábico correspondente à ordem em que foram realizadas.

Os achados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo¹⁰, elegendo-se categorias que, a partir de um título comum, reuniram elementos cujo agrupamento efetuou-se em razão de suas similaridades. Para a exploração dos depoimentos, realizou-se a codificação, que consistiu no recorte das unidades de registro e de contexto das falas das participantes e agregação dos conteúdos emergidos em categorias. O tratamento dos resultados deu-se mediante sua organização segundo categorias emergidas.

A pesquisa iniciou-se após a autorização da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) com Parecer nº 816.309, de 19 de setembro de 2014. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os trabalhadores foram convidados a participar voluntariamente e esclarecidos acerca dos objetivos propostos e aqueles que aceitaram o convite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária dos participantes foi de 27 a 59 anos, com média de 40,2 anos de idade. Com relação ao sexo, dois eram do sexo masculino e

oito do sexo feminino. Quanto ao tempo de serviço no local supracitado, variou de 6 a 31 anos de trabalho, com média de 11,5 anos.

A análise de conteúdo permitiu desvelar três categorias apresentadas a seguir:

Reconhecendo vantagens e estímulos ao uso de posições não litotômicas

Essa categoria desvela as percepções positivas dos participantes sobre o uso das posições não litotômicas no parto e os aspectos facilitadores à adoção dessa prática. Entre essas vantagens os trabalhadores do Bloco Obstétrico reconheceram no parto vertical um modo mais confortável e rápido de parir para a mulher e mais favorável ao feto, conforme relatos a seguir:

É mais confortável pra mulher, ela fica numa posição que é mais agradável pra ela e também pro neném. (E1)

Pra mulher, ela ajuda a melhorar o padrão de contração. (E3)

O parto é mais rápido também porque ela já fica ali, naquela posição do neném descer mesmo, aí força, ela fica de cócoras e o neném vai forçando. (E9)

As percepções dos trabalhadores corroboram com achados da literatura que mostram que o parto na posição vertical, de joelhos ou na cadeira, é mais confortável para a parturiente no período expulsivo, visto que tem a gravidade a seu favor. Além de reduzir o tempo do período expulsivo, a posição não supina favorece a regularidade das contrações em relação à sua forma e ritmo, permite melhor oxigenação do feto e contribui para menor prevalência de episiotomia^(5,7,8).

A mudança do paradigma tecnicista para uma assistência humanizada, com uso de evidências científicas, está ocorrendo aos poucos nos serviços e na formação profissional, apontando para a complexidade desse processo^(9,11). Neste estudo, alguns profissionais reconheceram que, no serviço, há uma tendência ainda incipiente em adotar posições distintas, conforme as seguintes falas:

Ah! Sim “[...]” tá começando a ter uma mudança. Mas, ainda tá assim, caminhando. O parto verticalizado não é o mais utilizado ainda, mas tá caminhando. (E1)

Mas é um processo, né, uma mudança de paradigma que tá indo aos poucos. (E4)

Entre os fatores que favorecem ou contribuem para a adesão ao parto nas posições não supinas, os entrevistados destacaram aspectos envolvidos em duas grandes áreas: as orientações fornecidas às gestantes e a sensibilização/humanização dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, destacados a seguir:

O que contribui, eu acho que é mais a orientação, no acolhimento da gestante aqui na maternidade. “[...]”. Desde já quando tá em trabalho de parto inicial já começar a falar das posições que ajudam mais a mãe. Às vezes, no pré-natal mesmo, falar sobre o trabalho de parto, as posições do parto normal. (E5)

Porque ela tem que tá sendo orientada também que ela pode ganhar a criança em qualquer lugar que ela quiser. (E7)

A importância das orientações acerca do parto, desde o pré-natal e o reforço dessas informações à admissão para a assistência ao parto, foram aspectos destacados nas falas acima. Quanto mais informações forem disponibilizadas à mulher, mais chance ela terá de assumir-se enquanto protagonista no cenário de nascimento. O preparo da gestante deve ser iniciado precocemente e incluir informações sobre as boas práticas, possíveis posições no período expulsivo e as vantagens e desvantagens de cada uma. As informações podem embasá-la e fortalecê-la em suas escolhas, dando-lhe condições de participar ativamente do processo de parturição^{6,12}.

Estudo que avaliou o impacto de medidas de intervenção, como a capacitação profissional, para a adesão às boas práticas na atenção ao parto evidenciou que, após capacitação, a frequência de parto em posição litotômica passou de 28% a zero, ao passo que o uso da posição de cócoras passou de zero a 16%⁹. Este estudo apontou percepções semelhantes:

O que contribui para isso é a sensibilização do profissional; o profissional que é sensibilizado para trabalhar, para usar essa posição na hora do parto, ele, com certeza, vai usá-la. (E2)

À medida que eles [médicos] vão aprendendo, vão vendo os outros fazerem também e acaba motivando e estimulando a começar a fazer. A gente vê isso aqui com residente que quer fazer, que vai fazer com enfermeiro obstetra, o médico que é mais sensível também tá acompanhando [...]então, eu acho que o que favorece é ver fazendo na prática e ver que realmente evolui bem. (E3)

Depois que eu entrei aqui na residência mudou

totalmente, daí eu falo com todo mundo que me pergunta que sou defensor do parto vertical. (E5)

As falas acima evidenciam o papel fundamental da formação profissional na mudança do modelo assistencial tecnicista e das rotinas institucionais cristalizadas. Contudo, a transmissão de práticas obsoletas e prejudiciais é encontrada frequentemente nas instituições de ensino no Brasil^(9,11,13) e constitui grande desafio na mudança do paradigma assistencial. Observa-se uma tendência nas regiões Sul e Sudeste em introduzir práticas humanizadas na assistência o que inclui a escolha da posição para parir. Entretanto, segundo os autores, para a efetiva implementação do modelo humanizado, a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais é imprescindível como o enfoque no trabalho de equipe e a garantia dos direitos das mulheres e seus recém-nascidos⁽¹³⁾.

Outro aspecto facilitador à mudança de paradigma reconhecido pelos entrevistados foi a participação da enfermeira obstetra no parto. Para eles, a disponibilidade e vontade para a realização do parto nas posições alternativas são maiores entre as enfermeiras obstétricas e sua presença é reconhecida como propulsor à mudança de paradigmas. Entretanto, a maior parte dos partos no serviço é assistida por médicos, o que foi considerado um fator dificultador na ampliação do parto em posição não supina no serviço, como observado nas seguintes falas:

Aqui a gente tem pouca enfermeira obstetra. As enfermeiras obstetras optam por esse tipo de parto: parto de cócoras, parto na cama e o médico não, o médico prefere o parto tradicional. (E7)

Mas aqui no hospital, a maioria dos partos é conduzida pelos médicos, pelo menos no horário que eu trabalho. Dificilmente um enfermeiro conduz um parto aqui. (E2)

A formação para a prática obstétrica das enfermeiras estimula o protagonismo feminino e a fisiologia do parto^(14,15) e sua atuação na atenção ao parto de risco habitual está relacionada à maior satisfação das mulheres, menores taxas de intervenções como, episiotomia e parto assistido por uso de fórceps ou vácuo extrator e maiores chances de parto vaginal espontâneo, principalmente quando elas conseguem atuar com autonomia⁽¹⁶⁾.

Estudo que analisou 2.914 partos assistidos por enfermeiras obstétricas em duas maternidades do

Rio de Janeiro evidenciou alta prevalência do uso de posições verticais para o período expulsivo (81,45%), considerando-se que 59,73% dos partos foram assistidos por enfermeira obstétrica¹⁵. Em outro estudo com 23.894 parturientes entre 2011 e 2012, observou-se associação significativa entre a assistência por enfermeira obstétrica e as boas práticas, incluindo posições não verticais¹⁷.

Contraditoriamente, estudo realizado em Belo Horizonte, MG, relatou prevalência da posição litotômica em 66,8% dos partos, apesar de 71,6% delas terem sido assistidas por enfermeiras obstétricas³. A ambivalência nos resultados dos estudos pode estar relacionada à baixa autonomia profissional das enfermeiras no cenário hospitalar da assistência ao parto, espaço onde prepondera a hegemonia médica.

Percebendo obstáculos à mudança de paradigmas na posição de parir

Nessa categoria, reuniram-se falas que expressam a percepção de obstáculos ou desafios à adoção de posições não litotômicas no parto na referida instituição. Nesse campo, foram apontados aspectos culturais, relacionados ao papel profissional, em especial médico, à mulher e à estrutura física da instituição, conforme ilustrado a seguir:

Assim, a gente se acostuma com a rotina né? Há tempos que a posição tradicional é a posição ginecológica. (E8)

Aqui o que mais acontece é o parto convencional não sei por que, [...] A gente não sabe muito bem porque os profissionais não acreditam nisso, sendo que as evidências todas mostram as vantagens. (E10)

Mesmo após duas décadas das recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto vaginal, a adesão dos profissionais às boas práticas ainda é limitada^(4,13,18). Um fator determinante para a manutenção das práticas culturalmente enraizadas é a supervalorização de experiências profissionais e pessoais em detrimento à evidência científica e comportamentos condicionados por razões culturais, políticas, econômicas e crenças religiosas^(11,12). Nesse cenário, a própria cultura/formação médica calcada na assistência tradicional assume papel de destaque:

O parto verticalizado para o profissional é mais

desconfortável [...] e também é muito cultural, né. Ele tá acostumado demais a fazer na posição ginecológica então, pra eles, tem certa resistência em mudar isso. (E1)

E é uma coisa que é menos confortável para o profissional [...] e por formação, o profissional médico é formado a ter o conforto dele em primeiro lugar, né? E não priorizar o da paciente. (E3)

Para alguns autores, essa resistência por parte dos médicos se deve ao fato de que estes foram ensinados e acostumados a controlar o parto e a posicionar a parturiente em litotomia^(6,13,18). Isso reforça a importância da educação permanente dos profissionais envolvidos na assistência ao parto, particularmente dos médicos, sobre as evidências científicas e sobre como assistir o parto em diferentes posições maternas. Houve aumento do uso da posição litotômica em cerca de 5% após intervenção educativa sobre a assistência ao parto, realçando as boas práticas numa maternidade pública no Amapá. Mas não ficou claro no estudo se o aumento se deve ao impacto da medida educativa ou à expansão da atuação das enfermeiras obstétricas⁽¹⁹⁾.

Outra questão cultural, que impede o uso de posições verticais, é a representação social da posição litotômica. Condenando a mulher à passividade, ela é uma forma de negar sua autonomia e reforçar a autoridade do profissional de saúde e seu poder de controlar o processo parturitivo e o corpo feminino⁽¹²⁾. A verticalização das relações hierárquicas entre profissional e parturiente é outro fator determinante na mudança do paradigma.

No que tange ao papel da mulher no cenário de parto e nascimento, a equipe acredita que seu desconhecimento acerca das posições que favorecem o trabalho de parto a deixa insegura para assumir posições diferentes do tradicional, ou seja, da posição horizontal, o que explica sua recusa:

Tem paciente que, quando fala 'é parto de cócoras,' elas não querem, eu já vi. Fala assim: 'ah, o parto é de cócoras', 'ah não, não vou não'. (E9)

Quem tem que decidir isso é a mulher durante esse processo dela! 'Em que posição você acha que deve nascer seu bebê? Você quer tentar uma posição de cócoras ou semifletida ou sentada no chão ou no banco obstétrico? Ou na banheira de hidro? (E10.)

É fundamental que sejam fornecidas informações pertinentes às mulheres, em momento

oportuno, o que lhes dará subsídios para elaborarem suas próprias decisões⁽¹²⁾.

Um dos entrevistados considerou também que a mulher deve estar fisicamente preparada para partos em posições não litotômicas, conforme relato a seguir:

Porque para ter um parto vertical a mulher também tem que ter um preparo físico melhor, tem que tá preparada psicologicamente pra aquele tipo de parto, então é muito variável. (E6)

Tal alegação pode, de fato, significar resistência do profissional em oferecer à mulher essa possibilidade e orientá-la sobre as vantagens dessa posição. Não foram encontrados estudos que comprovam a necessidade de exercício físico ou preparo psicológico específico para a realização do parto em posição vertical como afirma a profissional entrevistada.

Outro aspecto citado por um dos entrevistados como desvantagem da posição vertical no período expulsivo do parto foi o aumento do sangramento, como dito a seguir:

A única desvantagem é que no parto de cócoras, o vertical, se perde mais sangue do que no parto convencional. (E10)

Estudos evidenciam a associação entre o parto em posição vertical e o aumento no risco de sangramento uterino acima de 500 ml. Entretanto, não houve aumento da necessidade de transfusão sanguínea, relativizando o impacto clínico desse achado^(5,8). A alegação do aumento da perda sanguínea como fator dificultador para a posição vertical sugere a interpretação de evidências científicas de acordo com a visão pessoal do profissional. Nesse caso, parece que o profissional tem conhecimento do aumento sanguíneo evidenciado nos estudos, mas não reconhece a falta do impacto clínico dessa desvantagem.

Por fim, a estrutura hospitalar foi um ponto de percepção divergente entre os entrevistados. Para alguns, o serviço não oferece os recursos necessários e para outros a estrutura não é questão determinante para a mudança de paradigma, como visto a seguir:

A cadeira de parto de cócoras é uma só. Você entende? (E4)

Acho que dificulta mais é a questão estrutural também. [...] mas, é questão mesmo de estrutura. Nós temos uma sala de parto alternativo, mas, assim, a estrutura, sinceramente, é precária. (E8)

Porque a gente tem todas as condições de fazer parto vertical aqui (...) nossos PPs todos são equipados com mesa para parto vertical ou semi-vertical que fosse né, [...] na posição vertical ou semi-vertical mais ou menos inclinado. (E10)

Embora a ambiência hospitalar seja um fator importante, a estrutura hospitalar para a assistência ao parto no contexto da humanização não demanda grandes mudanças em sua estrutura física. No período expulsivo, a verticalização pode ser conseguida de várias formas, sem, necessariamente, demandar recursos expressivos, embora existam tecnologias para esse fim, como as cadeiras de parto vertical, banheiras etc.

A ambivalência das respostas revela que a infraestrutura hospitalar não é aproveitada por todos os profissionais, o que reforça que a realização do parto em posições verticais é fortemente vinculada à disposição do profissional e, assim, depende de sua formação/sensibilização.

Vivenciando o parto não litotômico na perspectiva do profissional

Esta categoria expressa as experiências e percepções dos profissionais acerca do parto vertical. Embora a assistência ao parto em posições não litotômicas, em especial o parto vertical, seja defendida por alguns dos membros da equipe, observaram-se contradições entre o dito e a ação efetiva. Percebe-se que no exercício de sua prática, os profissionais, enquanto sujeitos, expressam sua maneira de compreender o parto, influenciados por aspectos culturais, sociais e pelo modelo de formação, como discutido anteriormente. As falas seguintes confirmam a dicotomia entre o discurso e a prática profissional:

Pelas experiências que eu já tive, umas foram positivas, outras não. [...]eu, se eu fosse ter, não escolheria não. [...]. Eu não queria ganhar menino na posição vertical, preferia ganhar na posição tradicional mesmo, entendeu? (E8)

O parto de cócoras eu, pessoalmente, acho um desconforto pra paciente porque ela fica ali de cócoras, é exposição demais né? Fica muito exposta, então. É o meu ver né? [...] fica ali todo mundo olhando sabe? Tem hora que eu sinto que ela fica com vergonha, às vezes. (E9)

Vê-se, pois, que a percepção e opinião pessoal sobre as práticas adotadas no serviço e que refletem um aspecto interno do

indivíduo/profissional, podem se sobrepôr ao seu conhecimento, conforme as falas acima. Observa-se, na prática diária dos serviços, a utilização tanto de práticas sem embasamento científico quanto das boas práticas⁽²⁰⁾. Parece que a assistência ao parto e as mudanças no paradigma estão atreladas à disponibilidade e sensibilidade do profissional em adotar as evidências científicas, sobrepondo-as à sua opinião. Esse é um aspecto fundamental para se interromper a assistência tecnicista⁽²⁰⁾.

A transferência de conhecimento a respeito do uso das evidências científicas na prática clínica e sua implementação são ações de um processo complexo e dinâmico, que demanda estudos e metodologias próprias para sua concretização^(9,19). Desse modo, a mudança de paradigma na assistência ao parto transcende a implantação de novas rotinas baseadas em evidências e perpassa as relações que envolvem os sujeitos envolvidos nesse contexto, o que pode explicar a lentidão do processo.

Evidencia-se a necessidade de uma abordagem mais ampla do tema nos currículos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem e sua introdução na formação dos técnicos em enfermagem. É essencial também a capacitação de toda a equipe de saúde envolvida na assistência ao parto e das gestantes para a escolha informada das posições que podem ser adotadas no período

expulsivo do parto, bem como das questões pertinentes ao seu processo de parturição.

Por fim, conhecer a percepção dos profissionais que assistem a mulher durante o parto foi importante para delinear propostas de intervenção, mas, como a mudança de paradigma envolve a atenção pré-natal, é importante conhecer também a percepção dos profissionais que atuam nesse segmento. Assim, sugerem-se novos estudos com esse enfoque.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais que trabalham no Bloco Obstétrico percebem as vantagens acerca do parto não litotômico e a necessidade de mudança de paradigma na assistência ao parto, o que já vem ocorrendo de modo incipiente no serviço cenário. Contudo, os obstáculos identificados para a adesão às novas abordagens denotam, de fato, o predomínio do modelo biomédico e sua influência na cultura de assistência ao parto. Portanto, todos os esforços devem ser feitos no intuito de devolver à mulher o seu protagonismo na cena do parto, inclusive, o de poder escolher a posição mais adequada a seu parto. As enfermeiras obstetras podem contribuir para essa transição.

BIRTH IN A NON-SUPINE POSITION: PERCEPTION OF PROFESSIONALS IN HOSPITAL CARE

ABSTRACT

Introduction: The supine position predominates in the national context of vaginal delivery care, although there is scientific evidence favoring the adoption of other positions in the expulsive period, with advantages for both mother and newborn. **Objective:** to unveil the perception of health professionals working in an obstetric unit of a University Hospital about non-supine childbirth. **Methods:** qualitative, descriptive study conducted with workers in this sector. Ten medical or nursing professionals were interviewed. Data collection was through semi-structured interviews and submitted to Content Analysis. **Results:** three thematic categories were unveiled: recognizing advantages and stimuli to the use of non-lithotomic positions; noticing obstacles to changing paradigms in giving birth; experiencing non-lithotomic childbirth from the professional's perspective. Data analysis showed divergences between knowledge and practice, highlighting the influence of the biomedical model on the delivery care routine. **Final considerations:** It is suggested that permanent education and sensitization of the parturient care team be carried out, as well as their empowerment through relevant prenatal guidance for the implementation of good practices in childbirth care, including the use of non-supine positions in the expulsive period.

Keywords: Humanized Delivery. Obstetric Nursing. Knowledge. Patient Care Team. Evidence-based Medicine.

PARTO EN POSICIÓN NO SUPINA: PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

RESUMEN

Introducción: la posición supina predomina en el contexto nacional de atención al parto vaginal, aunque haya evidencias científicas favorables a la adopción de otras posiciones en el período expulsivo, con ventajas para madre y recién nacido. **Objetivo:** desvelar la percepción de profesionales de salud que trabajan en el departamento obstétrico

de Hospital Universitario respecto al parto en posición no supina. **Métodos:** estudio cualitativo, descriptivo, realizado con trabajadores de este sector. Fueron entrevistados 10 profesionales del área médica o de enfermería. Datos recolectados por entrevistas semiestructuradas y sometidos al Análisis de Contenido. **Resultados:** fueron desveladas tres categorías temáticas: reconociendo ventajas y estímulos al uso de posiciones no litótomicas; percibiendo barreras en el cambio de paradigmas en la posición de parir; viviendo el parto no litotómico en la perspectiva del profesional. El análisis de los datos reveló divergencias entre el conocimiento y la práctica, destacándose la influencia del modelo biomédico en la rutina de atención al parto. **Consideraciones finales:** se sugiere la realización de educación permanente y sensibilización del equipo de atención a la parturienta además de su empoderamiento por medio de orientación prenatal pertinente para la efectividad de las buenas prácticas en la atención al parto, incluyendo el uso de posiciones no supinas en el periodo expulsivo.

Palabras clave: Parto Humanizado. Enfermería Obstétrica. Conocimiento. Equipo de Atención al Paciente. Medicina Basada en Evidencia.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde [on-line]. 2017. [citado em 2017 Nov]; 51. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_a_parto_normal.pdf.
2. Monteschio LVC, Sgobero JCGS, Oliveira RR, Deise Serafim D, Mathias TAF. Prevalence of medicalization of labor and delivery in the public health network. *Cienc Cuid Saude* [on-line]. 2016. [citado em 2019 Jul]; 15(4):591-598. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v15i4.33420>.
3. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery* [on-line]. 2016 [citado em 2017 Nov]; 20(2):324-331. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>.
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2014 [citado em 2017 Nov]; 1(30):17-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
5. Desseuve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [on-line]. 2017 [cited 2017 Nov]; 208:46-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>.
6. Odent M. Pode a humanidade sobreviver à medicina? Instituto Michel Odent, Rio de Janeiro, 2016. 201p
7. Silva LS, Leão DCMR, Cruz AFN, Alves VH, Rodrigues DP, Pinto CB. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. *Rev enferm UFPE* [on-line]. 2016 [citado em 2017 Nov]; 10(Supl.4):3531-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201604>.
8. Grupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. [on-line]. 2017 [citado em 2017 Nov]; doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub3>.
9. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco, MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2015 [citado em 2017 Nov]; 49(5):716-725. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000500002>.
10. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
11. Busanello J, Kerber NPC, Fernandes GFM, Zacarias CC, Cappellaro J, da Silva ME. Humanização do parto e a formação dos profissionais da saúde. *Cienc Cuid Saude* [on-line]. 2011 [citado em 2017 Nov]; 10(1):169-175. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v10i1.8533>.
12. Reis TLR, Padoina SMM, Toebe TRP, Quadros CCPJS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm*. [on-line]. 2017 [citado em 2017 Nov]; 38(1):e64677. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.
13. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciênc. saúde colet* [on-line]. 2018 [citado em 2019 Jul] 23(11). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>.
14. Lima MFG, Pequeno AMC, Rodrigues DP, Carneiro C, Morais APP, Negreiros FDS. Developing skills learning in obstetric nursing: approaches between theory and practice. *Rev Bras Enferm* [on-line]. 2017 [citado em 2017 Nov]; 70(5):1054-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0665>.
15. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. *Esc Anna Nery* [on-line]. 2017 [citado em 2017 Nov]; 21(1):e20170015. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>.
16. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [on-line]. 2016 [citado 2017 Nov]. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>.
17. Gama SG, Viellas EF1, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, Schilithz AOC, Leal MC. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive Health*. [on-line]. 2016 [citado em 2017 Nov]; 13(Supl.1):46-54. doi: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>.
18. Andrade PON, Silva, JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* [on-line] 2016 [citado em 2017 Nov]; (1):2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>.
19. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [on-line]. 2018 [citado em 2019 Jul]; 26:e2988. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.
20. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Practices of health professionals in delivery and birth care. *Rev Rene*. [on-line]. 2017 [citado em 2017 Nov]; 18(1):59-67. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100009>.

Endereço para correspondência: Camilly Roberta da Silva. Rua Roraima, 231 Ibituruna, Montes Claros, Minas Gerais. Cep: 39401286. E-mail: camilly@yahoo.com.br

Data de recebimento: 02/11/2018

Data de aprovação: 17/07/2019