



AUTONOMIA DA MULHER NO PROCESSO PARTURITIVO
WOMAN'S AUTONOMY IN THE CHILDBIRTH PROCESS
AUTONOMÍA DE LA MUJER EN EL PROCESO DE PARTO

Cleusa Alves Martins¹, Diego Vieira de Mattos², Heliane Fernandes Lourenço Santos³

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, sob a ótica de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde. **Método:** estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. A amostra constituiu-se de 21 participantes gestantes que fizeram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, e puérperas que pariram em maternidades públicas ou instituições privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se entrevista semiestruturada. Após a transcrição na íntegra, os discursos foram separados por semelhança e estruturados em categorias e, em seguida, foram analisados e discutidos com a literatura. **Resultados:** duas categorias temáticas emergiram após a análise das entrevistas: <<Assistência pré-natal>> e <<O parto e nascimento>>. **Conclusão:** os dados evidenciaram situações como dificuldade de acesso ao pré-natal, desinformação sobre as condutas e procedimentos a serem adotados, ausência da participação da mulher na tomada de decisão e ausência do acompanhante no parto. **Descritores:** Cuidado Pré-Natal; Parto Humanizado; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze prenatal care, labor and delivery, from the perspective of women attended by the National Health System. **Method:** descriptive study of qualitative approach. The sample consisted of 21 participants pregnant women who received prenatal care at Basic Health Units, and mothers who gave birth in public hospitals or accredited private institutions of the Health System. For data collection was used semi-structured interview. After transcription in full, the speeches were separated by similarity and structured into categories, and then were analyzed and discussed in the literature. **Results:** two thematic categories emerged after the analysis of the interviews: << Prenatal care >> and << The labor and birth >>. **Conclusion:** The data showed situations such as difficult access to prenatal care, misinformation about the conduct and procedures to be followed, lack of women's participation in decision making and the absence of companions during childbirth. **Descriptors:** Prenatal Care; Humanizing Delivery; Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: analizar la atención prenatal, parto y nacimiento, desde la perspectiva de las mujeres atendidas en el sistema único de salud. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio, enfoque cualitativo. La muestra consistió de 21 participantes que hicieron control prenatal en Unidades Básicas de Salud, madres embarazadas y recientes que dieron la luz en maternidades, instituciones públicas o privadas bajo acuerdos con el sistema unificado de salud. Para la recolección de datos, se utilizó la entrevista semiestructurada. Después de la transcripción en su totalidad, tuve los discursos separados por similitud y estructurados en categorías y, que después, fueron analizados y discutidos en la literatura. **Resultados:** dos categorías temáticas surgieron tras el análisis de las entrevistas: << atención prenatal >> y << parto y el nacimiento>>. **Conclusión:** los datos mostraron situaciones como el difícil acceso a atención prenatal, información errónea acerca de las conductas y procedimientos que deben ser adoptados, la ausencia de la participación de las mujeres en la toma de decisiones y la ausencia de acompañador en el parto. **Descriptores:** Atención Prenatal; Parto Humanizado; Sistema Único de Salud.

¹Enfermeira Obstetra, Doutora em Enfermagem, Professor Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/UFGO. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: cleusa.alves@gmail.com; ²Enfermeiro Obstetra, Doutorando em Psicologia, Presidente da ABENFO-Goiás. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: diegovmattos@hotmail.com; ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Secretária Municipal de Goiânia. Goiânia (GO), Brasil. E-mail: diegovmattos@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde 1996, ocorreram significativas mudanças no âmbito no processo de parturição. A Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou documento de “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento” como procedimento de rotina na prática obstétrica. Nessa perspectiva, a humanização do parto e nascimento visa à redução da morbimortalidade materna e peri-neonatal a partir da superação do modelo tecnocrático pelo humanista, que valoriza o processo fisiológico do parto sendo a parturiente a protagonista na parturição.¹

A partir de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN. A humanização da assistência obstétrica constitui em direcionamento para sedimentar ações, especialmente, em Unidades Básicas de Saúde e instituições hospitalares conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS. O desenvolvimento das ações de assistência estabelece relações baseadas em princípios éticos, garantia da privacidade, autonomia e orientações à mulher no processo parturitivo. A assistência ao pré-natal e parto deve garantir à gestante os benefícios dos avanços científicos.²

Os valores que norteiam a humanização estabelecem garantir o acesso a todas as mulheres que procurem os serviços, captação precoce de gestantes aos serviços de saúde, informação à gestante com antecedência do local do parto, direito das usuárias de ter um acompanhante durante a assistência, participar nas decisões de condutas a serem adotadas. A ênfase no diálogo e negociação dos procedimentos de rotina é importante na melhoria da relação profissional e usuária.³⁻⁵

Vale ressaltar que, nessa abordagem assistencial, os estados e municípios devem dispor dos serviços de rede organizados com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, a partir da vinculação entre Unidades Básicas de Saúde e maternidades; garantir recursos humanos e infraestrutura; realizar exames complementares; assegurar vaga para a transferência da gestante e/ou neonato em transporte adequado, direito à acompanhante em consultas de pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto; incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária. Nessa perspectiva, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a “Rede Cegonha”.⁶

Embora o Ministério da Saúde tenha ampliado a cobertura da atenção ao pré-natal e parto, as ações educativas à gestante em relação aos direitos, autonomia e o

empoderamento da parturiente para o parto natural ainda constituem como problemática na prática obstétrica, nos serviços de saúde. Neste entendimento, este estudo tem por objetivo: analisar a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, sob a ótica de mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido com usuárias do Sistema Goiânia, Goiás. A amostra constituiu-se de 21 participantes gestantes que fizeram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, e puérperas que pariram em maternidades públicas ou instituições privadas conveniadas ao Sistema Único de Saúde. O quantitativo de participantes foi determinado pela saturação de dados.

Critério de inclusão: gestantes de risco habitual com idade gestacional acima de 35 semanas e puérperas até 30 dias pós-parto. Foram excluídas as gestantes que não comparecem à unidade na data agendada para entrevista e consulta de retorno; puérperas previamente contadas, mas não se encontravam no domicílio quando da visita pós-parto.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho de 2013, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando gravador de voz. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores e, após a transcrição na íntegra, os discursos foram separados por semelhança e estruturados em categorias e, em seguida, foram analisados e discutidos com a literatura. Com a finalidade de manter a integridade das respondentes, todas receberam pseudônimos.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, CAAE 35107814.4.0000.5078, e atende à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na caracterização do perfil das entrevistas identificou-se: são mulheres; a maioria se encontra na faixa etária entre 20 a 25 anos (62%); estado civil - união estável (44%); escolaridade - Ensino Fundamental (57%); renda familiar um salário mínimo; profissão/ocupação dona de casa (47%). As 21 gestantes fizeram pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, 14 puérperas informaram que o parto ocorreu em maternidades públicas e sete, em instituições conveniadas ao SUS.

A análise dos depoimentos partiu da vivência de gestantes e puérperas usuárias acerca da qualidade da assistência no Sistema Único de Saúde. Na análise dos discursos,

Martins CA, Mattos DV de, Santos HFL.

Autonomia da mulher no processo...

elaboraram-se duas categorias temáticas: “pré-natal e parto” e “nascimento”.

Pré-natal

Os exames foram descritos pelas gestantes como de fácil acesso. Relatam facilidade ao realizar e associam essa facilidade ao fato da coleta de sangue ser na primeira consulta de pré-natal realizada por enfermeira, na própria unidade de saúde.

Não tive dificuldades para realizar os exames. Fiz tudo, o teste da mamãe na primeira consulta e no sétimo mês. Achei muito bom, fiz lá na unidade (E-4).

Já no que se refere às consultas em Unidade Básica Saúde da Família (UABSF), as mulheres atendidas relataram satisfação no atendimento pois, para retorno da consulta, já ficava agendado e a marcação era feita no local de forma rápida, segundo as falas:

Nossa! o pré-natal foi bom, não tive nenhuma reclamação, eu marcava as consultas lá mesmo e já ficava marcada a próxima consulta (E-10).

No PSF você vai a primeira consulta, na hora que sai você já entrega o cartão da gestante e eles marcam o seu retorno, é mais rápido, pelo 0800 demora (E-13).

Também descreveram satisfação quanto à consulta de enfermagem. Referiram que fazem exame físico, medidas antropométricas, aferição da pressão arterial, medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíofetais. Estes procedimentos são preconizados na atenção obstétrica e foram considerados como critério de bom atendimento pelas usuárias.

O que eu mais gostei foi quando media a pressão, media a barriga, colocava um aparelhinho para ouvir o coraçãozinho do neném[...] (E-4)

Identificou-se que a maioria das consultas subsequentes foi realizada com mais de um médico. Na primeira consulta por enfermeira, no entanto, as gestantes construíram a imagem da enfermeira como um técnico de enfermagem:

Ela media a pressão e pesava, ela fez aquele teste da mamãe, preencheu o cartão, não me orientou nada, não! (E-2).

É as enfermeiras que atende a gente, aquelas enfermeiras que ficam só furando a veia da gente. Eu nunca falei com o médico, ela fica lá tampando o buraco do médico (E-12).

As gestantes que realizam pré-natal descreveram dificuldades para agendar pelo “0800”, teleagendamento, pois transfere para a mulher a responsabilidade de conseguir e de garantir sua vaga para a consulta mensal. O teleagendamento, criado para facilitar o acesso, na verdade tem sido um dificultador do acesso ao pré-natal:

Lá no posto eles falam que não agenda não. Fiquei mais de um mês sem consultar. Liguei várias vezes no 0800 e nada [...] (E-9).
Eu tentava muito! no 0800 eu não estava conseguindo. Foi tudo muito em cima porque eu não estava conseguindo vaga no final da gravidez. Isso eu achei muita bagunça sem controle, muito descontrolado (E-10).

Evidenciou-se falta de informação quanto ao local do parto e procedimentos. No pré-natal, as mulheres relatam sentimentos de angústia com a situação:

Não me orientaram, foi só na hora mesmo. No pré-natal ninguém falou nada, é ruim não saber (E-4).
Eles falam que é na última hora que você tem que ligar pro transporte móvel e eles encaminham pra qualquer lugar, não falam onde vai ser (E18).

Os depoimentos revelaram que faltaram informações quanto ao local do parto. As gestantes apenas foram encaminhadas no momento da internação. Verificou-se ainda que, durante o atendimento pré-natal, não houve orientação quanto ao trabalho de parto normal e condutas a serem adotadas no processo de parturição. Algumas parturientes relatam o desinteresse e grosseria de profissionais em explicar os procedimentos:

Marcou a cesárea e pronto, só que ele não deu mais explicação não. O médico não respondia muita pergunta e não dava confiança (E-9).
Deviam esclarecer os tipos dos partos para gente não passar tanto medo, deviam explicar 100%, ninguém nunca me falou como era o procedimento do parto normal e de um parto cesárea (E-18).

Normalmente, cabe ao enfermeiro, enquanto coordenador das ações educativas, traçar estratégias e dinâmicas que promovam o diálogo com a mulher e seu acompanhante, esclarecer-lhes as dúvidas e temores em relação ao processo gestacional, parto e puerpério. A discussão contribui na prevenção da ansiedade e para o emponderamento da mulher, tornando-se agente ativa no processo parturitivo.

♦ Parto e nascimento

A internação para o parto foi descrita com sentimentos de ansiedade e medo. As entrevistadas descrevem desejo de um parto rápido, insatisfação com o espaço físico e o uso excessivo de condutas invasivas como o toque. No nascimento, houve imposição do médico quanto à decisão de escolha do tipo de parto. A maioria tinha a preferência pelo parto normal, sendo a cesariana prevalente na maioria dos partos realizados. Os médicos e enfermeiras não valorizam a presença da acompanhante e não solicitaram opinião da gestante em condutas a serem adotadas:

O médico me examinou e ele fez bem assim para a enfermeira com a mão (para me mandar para outro lugar), ele fez um gesto para ela, eu só vi, ele não me falou (E-7).

Os médicos ficavam cochichando um com o outro como se eu não tivesse lá. O meu marido estava na sala junto comigo, mas eles não falavam com ele (E-21).

Os médicos eram sem educação e as enfermeiras também (E-8).

A maioria das parturientes também referiu que não foi questionada sobre a escolha do tipo de parto. Algumas delas sentem a necessidade de ter direito de escolha e ser atendidas em suas vontades e desejos. Uma delas chega a afirmar que o fato de esclarecer sobre os tipos de parto leva à diminuição do medo.

De ser parto normal ou não, deve esclarecer isso mais para não passar tanto medo, eu acho que poderia dar mais um pouco de chance de escolher, eu acho que podia optar (E-18).

Eu achei péssimo porque eu acho que eles deviam atender o que a gente pensa. Ele não atendeu minha opção de parto e nem quis saber o que eu queria (E-21).

A preferência das mulheres por parto normal, por considerarem a recuperação mais rápida, mais saudável e natural, ter menor risco que a cesariana:

Queria normal mesmo, falam que a recuperação é mais rápida e que não tem muito risco. O nome já diz parto normal é natural, é mais saudável (E-4).

Claro todo mundo sabe que o normal é mais natural, é melhor (E13).

Quanto à opção pelo tipo de parto, segundo os depoimentos das parturientes, as indicações dos médicos para realizar cesariana foram: amniorrex “o parto seco”, macrosomia, ausência de dilatação e cesárea prévia:

O médico já colocou nos papéis que ia ser uma cesariana, porque eu não tinha possibilidade de ter parto normal, ele falou que meu parto era seco (E-10).

A médica falou que pelo tamanho e peso do neném não dava para ser normal, ele estava com 3,570 e 50 cm(E-21).

Eu não tinha condição de parto normal porque os dois mais velhos foram cesáreos. O médico disse como você já teve cesárea, não vou tentar o normal (E-20).

O médico falou que ia ser cesárea porque não estava dilatando, eu internei dez horas da manhã, já era uma hora da tarde a hora que ele falou que ia fazer cesárea (E-1).

O peso da opinião médica, para as mulheres, é muito forte. Os discursos revelam:

Não estava dilatando, por isso a médica optou por fazer cesárea. Aí eu falei se a médica disse, podia fazer (E-7).

Eu não sentia nada para minha neném nascer, ela já estava encaixada, até induzir o meu parto deveria ser pior, aí a médica preferiu fazer cesárea, então era melhor, né (E-18).

Na maternidade, o acolhimento para internar em trabalho de parto foi descrito como um momento de dificuldades como a espera e ir várias vezes à maternidade para ser internada. Foram destacados fatores que provocaram ansiedade e medo:

Foi difícil, eu vinha, passando mal até ganhar nenê eu tive que vir mais de 1000 vezes, a gente fica ansiosa demais esperando (E-2).

Várias vezes eu ia para maternidade passando mal e voltava para casa, falavam que não estava na hora e eu esperando [...] muito difícil, nada acontecia, e eu sentindo as dores! (E10).

Eu acho que o atendimento demorava uns 5 minutos eles me tocavam e mandava para casa, não passava remédio para alívio da dor (E-11).

Também relataram preocupação em não conseguir a vaga, serem mandadas para casa sentindo dores e não saberem em qual maternidade dariam à luz. Quanto ao medo de não chegar à maternidade, algumas mulheres descreveram a dificuldade de transporte:

Eu cheguei para ganhar neném aqui e não tinha vaga, aí eu fiquei com medo e preocupada deles me mandarem embora pra casa (E-3).

Não tinha vaga, tive que procurar outro hospital, não estava tendo ambulância, tinha uma mulher com nove meses que foi pra outra maternidade de ônibus (E-16).

Eu tinha muito medo de chegar lá na hora eu apavorar, será se eu vou dar conta de ligar para alguém me buscar, será se eu vou chegar lá na maternidade, será se eles vão me atende (E-18).

A maioria das mulheres deseja um parto rápido. No momento do parto, a maioria considera uma boa assistência aquela que não demora:

Fui bem atendida. Eles aplicaram um soro, que veio a dor mais rápido, aí aplicou o soro não demorou muito não, isso é bom (E-8).

Também afirmaram insatisfação com o espaço físico no momento da internação:

A espera do parto foi ruim me colocaram em pé sentindo dor, tinha que ter pelo menos um lugar para eu sentar, aí a menina que foi comigo disse deita no meu colo, aí eu deitei naquele banco duro e frio, eu olhava pra cara da enfermeira e ela ficava conversando como se não tivesse ninguém lá. Fiquei chateada, podiam ter arrumado um lugarzinho melhor (E-8).

No processo de acolhimento, não permitiram a entrada do acompanhante no momento da internação. Algumas puérperas

informaram que os companheiros tinham o desejo de assistir ao nascimento de seus filhos, descreveram a frustração dos familiares em não ter garantido o direito de compartilhar de um momento tão especial, mesmo sabendo que a presença é um direito do acompanhante, segundo a Lei n.11.108/2005:

Na hora eu pensei que o meu marido ia ficar comigo, mas não podia. Ninguém podia ficar lá no hospital. Ele me levou na porta deixou os trens (roupas) e voltou e eu fiquei[...] sozinha (E-3).

Eles falaram que não podia entrar ninguém comigo, a minha irmã queria entrar, ela ficou alegre que ia ver o sobrinho nascer, depois ficou triste. É tão ruim ficar lá passando mal sozinha, se tivesse comigo seria melhor (E-8).

O suporte profissional durante o trabalho de parto e parto foi descrito de forma favorável. As entrevistadas descreveram sentirem-se calmas, seguras e bem atendidas ao ser acompanhadas por alguém, como observado nas falas:

A enfermeira me ajudava quando vinham as contrações, fazia massagem nas minhas costas, ela caminhou comigo, ficou comigo ate na hora do parto, eu senti bem melhor e segura com ela (E-4).

Toda hora uma senhora ia lá e ficava perguntando como é que eu tava, me ensinava respirar, super bem atendida (E-7).

A maioria das entrevistadas afirmou que, no trabalho de parto, são adotadas condutas de incentivo à deambulação, a fim de estimular e acelerar o trabalho de parto. Em uma maternidade, quanto à liberdade de posição no momento do parto, a parturiente contou com apoio e respeito às suas vontades. Essa conduta caracteriza uma assistência humanizada ao parto e nascimento, como observado na fala da parturiente:

Eu fiquei andando lá no pátio, a médica falou para andar e movimentar paro o neném descer mais rápido. Quando estava quase para ganhar o médico me ajudou e ficou ao meu lado, fiquei agachada de lado na cama e de costas (E-11).

Fiquei sentada numa cama, eu achei que estava muito em baixo e falei que queria subir um pouco o médico deixou eu subir. Eu fiz do jeito que estava bom para mim e o médico aceitava (E-17).

Uma das entrevistadas descreveu sua experiência negativa do parto anterior, quando o médico não permitiu a mudança de posição na dor (contração uterina):

No parto anterior no momento do nascimento eu queria mudar de posição e o médico não aceitava, para mim estava horrível daquele jeito, estava doendo as minhas costas, ele queria que eu ficasse com o quadril aqui em cima da cama e com o

reto lá embaixo, doendo eu queria subir um pouco eu achava mais confortável, ele não aceitava, eu subia e ele me mandava eu descer (E-17).

Neste estudo, identificou-se que a maioria das mulheres entrevistadas referiu que a posição adotada foi majoritariamente horizontal e, quanto às ações que afrontam a assistência humanizada ao parto e nascimento, dois relatos revelam sentimento de submissão à equipe:

Fiz quase todo tipo de posição. Lá na parede tem um regulamento na hora em que você entra no quarto, a mãe não precisa submeter ao que eles falam. Eu acho que não precisava ele me colocar daquele jeito. Gente é uma vergonha de cócoras igual índio, agachada na parede ele me pondo para fazer força e eu falava que as minhas pernas estavam doendo de tanta dor. Tá, vendo que não dá e ficava me pondo eu para fazer estas posições, ele me pôs deitada de lado com a perna nele pra ir forçando (E-21).

Com relação à alimentação e água no momento de trabalho de parto e parto, as mulheres descrevem satisfação com esta prática.

Comi bolo e suco de noite e mais de noite eles deram sopa antes de ter o neném, deixam uma jarra de água, foi bom (E-11).

Eu tomava água toda hora, na hora do parto o meu marido pegava a garrafinha enchia eu bebia, eu falava para o médico espera e um pouquinho para eu beber água, aí ele: tá bom fica tranquila, na hora que vim a sua dor você pode fazer força, o negócio é com você não é comigo não, o meu serviço é só na hora que nascer, foi bom eu gostei (E-18).

Referente ao direito à analgesia no momento do parto, as mulheres descrevem satisfação por não sentir dor:

Eu já não estava mais aguentando de tanta dor, eles me aplicaram anestesia na coluna e colocou soro. Quando falaram que tinha anestesia eu falei, não acredito que não vou sentir dor (E-11).

Uma senhora falou que tinha anestesia, eu pensei, que bom eu não vou senti dor (E-12).

No pós-parto, é incentivado o alojamento conjunto para fortalecer a interação mãe e filho e o aleitamento materno. As puérperas, durante a hospitalização, informaram a ausência da equipe de enfermagem para apoio na dor no pós-operatório.

Eu fiquei muito dolorida e depois do esforço que eu fazia para levantar e descer da cama, as enfermeiras não me ajudaram (E-8).

Chamei a enfermeira e falei que não dava conta de dar banho no nenê, não tinha nem banco, estava com dor (E-21).

A amamentação, na primeira hora de nascimento, não é conduta universal em todas as maternidades, mas, após o parto, a amamentação é incentivada por fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos e nutricionistas, principalmente em maternidades públicas:

Já dei o peito para ele, eu não tinha leite e o bebê estava chorando de fome, aí eles deram um copinho de leite para ele, a nutricionista me explicava (E-12).

A médica me ensinava, falava como tinha que ser para ser mais certo, pro neném pegar bem, via se realmente tava saindo leite no peito, se não tivesse eles não dão alta, eles dão preferência pra criança (E-17).

Entretanto, em maternidades privadas, as mães foram orientadas quanto à prática de amamentação, porém, não existiu a relação de incentivo e auxílio e, sim, impaciência dos profissionais, como observado na fala:

A enfermeira era muito nervosa, foi me ensinar amamentar e enfiou o menino no meu peito como se fosse um objeto, sem paciência, desse jeito fica difícil (E9).

Sintetizando, este estudo identificou que a política de humanização à mulher no período gravídico-puerperal não está totalmente implementada nos serviços públicos ou conveniados ao SUS. Ainda persiste o paradigma biomédico e técnico-científico na assistência ao pré-natal, parto, amamentação e alojamento conjunto. Alguns profissionais de saúde se mostraram pautados nos aspectos biológicos e intervencionistas.

DISCUSSÃO

O estudo revelou que o paradigma humanístico na assistência humanizada no pré-natal ainda apresenta fragilidades na Estratégia Saúde da Família. Não há predomínio de práticas educativas nas quais a escuta, as trocas de saberes e a participação dos sujeitos são valorizadas. Para mudar este cenário, é necessário investir na formação profissional, capacitação, como forma de construir práticas que incorporam a atenção básica voltada à promoção da saúde e não centrada apenas na doença.⁷

Embora a primeira consulta de pré-natal, sistematicamente, compita ao enfermeiro, as subsequentes, na maioria, são realizadas por médico. A enfermeira, quando realizava a consulta, a imagem profissional estava associada ao procedimento técnico de enfermagem.

De modo geral, a maioria das mulheres iniciou o pré-natal antes de dezesseis semanas de gestação e realizou entre oito a doze consultas. Entretanto, o processo de regularidade das consultas depara com um

fator dificultador de acesso: o 0800, teleatendimento, que interrompe a continuidade e a garantia das consultas.

O Ministério da Saúde preconiza, no pré-natal, a captação precoce com primeira consulta até 120 dias de gestação; o mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre; duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. O intervalo entre as consultas de quatro semanas e, após a 36ª semana, acompanhamento da gestante a cada quinze dias, visando a avaliar e prevenir as possíveis complicações.⁸

No que diz respeito à avaliação da consulta de enfermagem no pré-natal, o estudo apontou que, apesar das dificuldades encontradas, a permanência do enfermeiro é fundamental no sentido de implementar ações educativas em saúde inerentes ao profissional. Há necessidade de esforços para que a consulta de enfermagem deixe de ser apenas um local de realização de vacina para gestante ou local para esclarecer algumas informações que o médico não deu.⁹⁻¹⁰

Na perspectiva do empoderamento e protagonismo da mulher no parto, a assistência humanizada pressupõe o respeito à diferença, a valorização do protagonismo e autonomia dos sujeitos e a centralidade do diálogo permeando as relações.¹⁴

Os maus-tratos físicos e psicológicos representam a completa e radical negação dos direitos dos usuários e a violência se encontra banalizada no cotidiano de maternidades públicas e se expressa na “objetificação” da mulher, que não é reconhecida como sujeito na relação com o profissional de saúde e sim como objeto de intervenção. Nesse sentido, o estudo mostra relatos de represálias, tratamento grosseiro e hostil, desvalorização da dor da mulher e desqualificação de suas queixas. A análise revelou que a banalização da violência institucional traz em si a banalização do sofrimento e resulta na sua própria invisibilidade.¹¹⁻³

Possivelmente, a invisibilidade da gestante é fruto de uma concepção biologicista e tecnicista que retira da mulher o papel de sujeito e a torna um objeto passível de manipulação. Ao contrário de outras sociedades e épocas, a gravidez deixa de ser vista, em larga medida, como um processo “natural” do corpo para ser um que necessita de intervenção e controle médico.¹⁴⁻⁵

A mulher não encontra, no profissional, uma pessoa com disponibilidade de vê-la como pessoa e que a trate com atenção, carinho e expresse preocupação. O mau atendimento é qualificado por meio de sensações envolvendo sofrimento, solidão e desatenção. As

pacientes percebem quando os profissionais as assistem de forma desatenta e descompromissada.¹⁴⁻⁵

O evento do parto e nascimento, para as mulheres, indica o quanto a experiência da hospitalização ainda se mostra, aos seus olhos, como uma ameaça à dignidade feminina. A representação da hospitalização como uma experiência de um lugar de abandono, onde elas estarão submetidas a procedimentos e ao domínio de profissionais, traduzindo, assim, o quanto a parturiente tem sido subjugada à autoridade do saber, sem ter espaço para opinar sobre o cuidado que recebe e mesmo sobre as decisões que são tomadas em relação aos processos terapêuticos aos quais é submetida.¹⁶

CONCLUSÃO

O estudo identificou que a maioria de mulheres atendidas na Estratégia Saúde da Família iniciou o pré-natal antes de dezesseis semanas de gestação. Isso denota a incorporação de condutas acolhedoras, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Entretanto, nos Centros de Assistência Integral de Saúde, observou-se que o processo de regularidade e continuidade do pré-natal teve deficiência, à medida que houve dificuldade na marcação de consultas. A determinação de ligar no teleagendamento - 0800 tornou-se um fator dificultador de acesso e da garantia de continuidade e regularidade do pré-natal, entendida para além de uma continuidade cronológica, mas, sim, também de vínculo entre a gestante e o profissional de saúde.

A maioria das consultas de pré-natal foi realizada por médico, mas, sistematicamente, a primeira compete ao enfermeiro, bem como a educação em saúde. No entanto, esse atendimento não foi evidenciado ou lembrado pelas depoentes. Uma possível explicação para este esquecimento deve-se ao imaginário popular de que o pré-natal é exclusividade do médico, como também em função do pouco interesse de alguns enfermeiros em participar desse processo, o que poderia ser repensado.

A humanização do parto e nascimento inclui informações às usuárias e familiares. Este estudo evidenciou que as ações dos profissionais estão longe do ideal, à medida que as mulheres atendidas tanto em maternidades públicas, quanto privadas declaram falta de diálogo, pouca valorização de suas vontades e inexistência de negociação sobre procedimentos e condutas. A imagem da parturiente é descrita como destituída de personalidade e autonomia, na medida em que esta é apresentada com pequena decisão

na escolha do tipo de parto e outras condutas no seu processo parturitivo.

O estudo revelou que as puérperas manifestaram solidão no alojamento conjunto. A prática de alojamento conjunto, desprovida de apoio da equipe de enfermagem, tornou-se uma experiência frustrante para a mãe. Isto não significa que a prática de alojamento conjunto seja ruim, mas sim que sem o devido apoio do profissional de saúde, assim como da família, este pode revelar-se desprovido de sentido para as puérperas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação de práticas para a condução do parto normal, orientando o procedimento do que se deve ou não realizar. No estudo, as práticas aceitas como úteis e benéficas como respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, receber informações e ter apoio empático pela equipe de saúde foram ocasionalmente incentivadas. Todavia, outras foram pouco estimuladas como, por exemplo, a oferta de líquidos durante o trabalho de parto e parto, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, estímulo a posições não supinas e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

Este estudo revelou que a mulher não é informada de forma adequada sobre as fases e duração do trabalho de parto, o que fez o processo parturitivo ser permeado de medo e ansiedade.

De um modo geral, pode-se perceber que há alguns elementos que merecem ser destacados. Primeiro, na concepção das entrevistadas, há uma falta de atenção dos profissionais de saúde; segundo, há uma concepção de que, para ser bem atendido, o atendimento deve ser pago, logo, a ideia de que o serviço particular é melhor; terceiro, na percepção das entrevistadas, o SUS é entendido, quase que apenas, como atuação dos profissionais, desconsiderando-o como uma política de humanização da saúde que é bem estruturada em sua concepção, mas que, na prática cotidiana de gestores e profissionais, acaba sendo desarticulada.

REFERÊNCIAS

1. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface comun saúde educ [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 15];13(supl 1):595-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>
2. Silva EP, Lima RT, Ferreira NLS, Costa MJC. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e

usuárias. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2016 Mar 11];13(1):29-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n1/a04v13n1.pdf>

3. Fujita JALM, Shimo AKK. Humanizing labor: experiences in the unified health system. REME Rev min enferm [Internet]. 2014 Oct/Dec [cited 2016 Mar 10];18(4):1006-10. Available from: <http://docplayer.com.br/9183977-Humanizing-labor-experiences-in-the-unified-health-system.html>

4. Figueiredo FSF, Borges PKO, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM. Gestational attention during early prenatal care: an epidemiological study. Online braz j nurs [Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Mar 13];12(4):794-804. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4259/html_62

5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada- manual Técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2016 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

6. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2014 Nov [cited 2016 Mar 14];19(11):4457-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4457.pdf>

7. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 Jan/Feb [cited 2016 Mar 15]; 67(1):13-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0013.pdf>

8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Dec 12]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

9. Duarte SJH, Almeida EP. O papel do enfermeiro do Programa Saúde da Família no atendimento pré-natal. Rev enferm Cent-Oeste Min [Internet]. 2014 Jan/Apr [cited 2016 Mar 13]; 4(1):1029-35. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/137/577>

10. Dias-da-Costa JS, Cesar JA, Haag CB, Watte G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequacy of prenatal care in underprivileged parts of the Northeast of Brazil: prevalence and some associated factors.

Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 11];(2):101-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n2/a03v13n2.pdf>

11. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 Nov [cited 2016 Mar 15];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>

12. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregolato OS, Silva MG, Shimo AKK. From institutionalized birth to home birth. Rev Rene [Internet] 2014 Mar/Apr [cited 2016 Mar 12];15(2):362-70. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/3171/2434>

13. Rodrigues DP, Alves VH, Branco MBLR, Mattos R, Dulfe PAM, Vieira BDG. A violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2015 June [cited 2016 Mar 17];9(supl 5):8461-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6863/12591>

14. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc [Internet]. 2008 [cited 2016 Mar 19];17(3):138-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>

15. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHC, Branco MBLR, Souza RMP, SMM Padoin. A violência na assistência obstétrica no processo parturitivo: um estudo descritivo-exploratório. Online Braz J Nurs [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 18];13(supl 1):399-401. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4613/html_225

16. Mattos DV, Vandenberghe L, Martins CA. The obstetric nurse in a planned household birth. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 Mar];10(2):568-75. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8587/pdf_9598

Submissão: 28/04/2016

Aceito: 19/10/2016

Publicado: 01/12/2016

Correspondência

Tania Alcantara Souza
Rua 210, Quadra 13, Lote 8, 104
Setor Leste Vila Nova
CEP 74640-140 — Goiânia (GO), Brasil