

Assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público

Asistencia al parto desde el punto de vista de las mujeres atendidas en un hospital público

Delivery service under the perspective of women attended in a public hospital

Leonildo Severino Silva; Analucia de Lucena Torres; Elizabeth de Souza Amorim; Waldemar Brandão Neto; Enilda Rosendo do Nascimento

Universidade Federal de Pernambuco, Recife-Pernambuco, Brasil.

RESUMO

Introdução: nas últimas décadas, notadamente a partir dos anos 1970, com o ressurgimento do movimento feminista, tem lugar as críticas à ideologia da maternidade, tendo como focos a desapropriação do próprio corpo pelas mulheres e o exercício da reprodução como um direito que inclui necessariamente, o acesso a serviços de saúde de qualidade.

Objetivos: analisar a assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público de ensino da cidade do Recife-Pernambuco, Brasil. Caracteriza-se como descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.

Métodos: estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada a vinte mulheres em um hospital público da cidade do Recife-Pernambuco, Brasil, no ano de 2011 e posteriormente analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: mostram o desejo dessas mulheres em serem bem atendidas, enfatizaram os cuidados ofertados no parto por enfermeiras que rompem com a

fragmentação e medicalização anteriores, favorecendo a compreensão do parto como um evento fisiológico. As mulheres mostraram sua indignação com a imposição de condutas, verticalização de ações, e a falta de respeito à autonomia no processo decisório.

Conclusões: no cenário de uma assistência ao parto marcada por diferentes modelos de atenção, coexistem profissionais que prestam o cuidado de forma integral e outros que reafirmam opressão e poder sobre o corpo da mulher, institucionalizado pelo modelo biomédico.

Palavras chave: cuidados de enfermagem; qualidade da assistência à saúde; parto; enfermagem obstétrica; serviços de saúde.

RESUMEN

Introducción: en las últimas décadas, notablemente a partir de los años 70, con el resurgimiento del movimiento feminista han tenido lugar críticas a la ideología de la maternidad, cuyo foco ha sido la desapropiación del derecho de las mujeres en el ejercicio de la reproducción como un derecho que incluye necesariamente el acceso a servicios de salud de calidad.

Objetivo: analizar la asistencia al parto desde el punto de vista de mujeres atendidas en un hospital público de enseñanza de la ciudad de Recife-Pernambuco, Brasil.

Métodos: estudio descriptivo, exploratorio y con abordaje cualitativo. Datos recolectados mediante entrevista semiestructurada a veinte mujeres de la ciudad de Recife, Pernambuco, Brasil, en el año de 2011, y analizados mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo.

Resultados: las mujeres del estudio mostraron el deseo de ser bien atendidas, hicieron hincapié en la atención ofrecida por las enfermeras en el parto, que rompe la fragmentación de la misma y medicalización, fomentando la comprensión del parto como un evento fisiológico. Las mujeres mostraron su indignación por la imposición de enfoques, acciones verticales y la falta de respeto a la autonomía en la toma de decisiones.

Conclusiones: en una asistencia al parto marcada por diferentes modelos de atención, coexisten profesionales que prestan el cuidado de forma integral y otros que manifiestan opresión y poder sobre la mujer, institucionalizada por el modelo biomédico.

Palabras clave: atención de enfermería; calidad de la asistencia de salud; parto; enfermería obstétrica; servicios de salud.

ABSTRACT

Objective: analyze the delivery care from the perspective of women attended in a public teaching hospital.

Method: It is characterized as descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Data were collected through a semi-structured interview of twenty women,

in Recife, Pernambuco, Brazil, in 2011 and subsequently analyzed using the Collective Subject Discourse.

Results: show the desire of these women to be well met, emphasized the care offered by nurses at delivery that breaks the previous fragmentation of these and medicalization, fostering understanding of childbirth as a physiological event. The women showed their outrage at the imposition of approaches, vertical actions, and lack of respect for autonomy in decision making.

Conclusions: in scenario of assistance to delivery marked by different care model, professionals who provide care holistically and others reaffirming oppression and power over women's bodies institutionalized by the biomedical model coexist.

Key words: nursing care; quality health care; parturition; obstetrical nursing; health services.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, notadamente a partir dos anos 1970, com o ressurgimento do movimento feminista, tem lugar as críticas à ideologia da maternidade, tendo como focos a desapropriação do próprio corpo pelas mulheres e o exercício da reprodução como um direito que inclui necessariamente, o acesso a serviços de saúde de qualidade.

Por outro lado, embora as atuais políticas de saúde apontem para a necessidade de respeitar a decisão e promover a autonomia da mulher nos serviços de saúde reprodutiva, observa-se o predomínio de ações prescritivas que não consideram o seu saber, preferências e experiências no campo do cuidado. Os profissionais da saúde obstétrica devem compreender que a mulher em trabalho de parto precisa receber um cuidado humanizado e seguro, garantindo-lhe os benefícios dos avanços científicos.¹

Em termos de políticas públicas de saúde, essa problemática é claramente tratada no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, no ano 2000. Tal programa apresenta, como um de seus fundamentos, o direito à humanização na assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o acompanhamento adequado a mulheres e recém-nascidos, desde o pré-natal, e não apenas no parto, como posto anteriormente.²

No Brasil, tem-se discutido amplamente sobre a autonomia da mulher e a humanização da atenção à saúde, evidenciando-se descontentamento com o modelo de atenção ao parto excessivamente intervencionista, bem como se revela a existência de iniquidades na assistência desde o pré-natal, tendo em vista que fatores como cor da pele e escolaridade, parecem determinar o acesso e utilização desses serviços.³

A enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas e organizações da categoria como ABENFO (Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica) e ABEN (Associação Brasileira de Enfermagem) no âmbito do Ministério da Saúde. Essa parceria resultou, no final de 1990 e início do ano 2000, em iniciativas que previam a atuação da enfermagem no cuidado às mulheres durante o parto normal, a partir da formação de enfermeiras obstetras, tendo em vista a redução da mortalidade materna por meio da adoção de práticas obstétricas menos invasivas.

Nesse sentido, este artigo busca oferecer contribuições e reflexões a partir da assistência que é prestada à mulher durante o parto, valorizando sua concepção sobre a qualidade da assistência que lhe é oferecida. Desse modo, o conhecimento construído possibilitará a formulação de modelos assistenciais mais humanizados, integrais e condizentes com as necessidades de saúde e interesses das mulheres. Além disso, por meio dos resultados acerca da humanização da assistência obstétrica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, procurou-se dar visibilidade ao papel da enfermeira nesse contexto.

Portanto, considerando a importância da participação das mulheres na construção de modelos assistenciais que respeitem sua autonomia e consolidem as políticas públicas no âmbito da atenção obstétrica, este artigo objetiva analisar a assistência ao parto sob a ótica das mulheres atendidas em um hospital público de ensino da cidade do Recife-Pernambuco, Brasil, no período do pós-parto mediato.

MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em um hospital público de ensino da cidade do Recife-Pernambuco. Considerado referência para alta complexidade, entre as unidades universitárias de saúde, reúne profissionais diversos e serve para campo de atuação de estudantes de Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia e Serviço Social.

O projeto foi submetido à aprovação da direção institucional onde foram coletados os dados e posteriormente do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado sob o registro CAAE nº 0150.0.172.000-11, na intenção de assegurar a eticidade da pesquisa e validar a proposta do trabalho. Foram consideradas e atendidas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que prescreve a ética na pesquisa envolvendo seres humanos.⁴ Somente após a tramitação legal de todos os requisitos exigidos foi iniciada a coleta de dados. Para a participação no estudo houve a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A escolha das participantes foi pela amostragem por conveniência e teve como critérios de inclusão o parto ter ocorrido neste serviço e as que estivessem no alojamento conjunto num período mínimo de 24 horas após o parto, independente do tipo de ter

sido vaginal ou cesariano. O alojamento conjunto foi selecionado porque o hospital recebe pacientes de diversas localidades da região, não sendo possível uma visita domiciliar posterior ao parto. Em relação ao tempo mínimo previsto para realização da entrevista, o puerpério imediato foi excluído para não interferir na vigilância clínica prestada pelos profissionais de saúde.

As mulheres selecionadas foram aquelas que o pesquisador identificou um potencial revelador para atender ao propósito do estudo, por meio da interação e disponibilidade ao diálogo. Sendo assim participaram do estudo 20 (vinte) mulheres contemplando dentro do período de coleta (julho e agosto de 2011) o atendimento prestado por profissionais do centro obstétrico em diferentes turnos e plantões escalonados.

A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica de coleta de dados e ocorreu em uma sala reservada do alojamento conjunto para evitar interferências de outras puérperas. Nesse momento não foi exigida a interrupção da amamentação. Utilizou-se a gravação para o registro das falas por meio de equipamento eletrônico (MP4), com duração de aproximadamente 15 (quinze) minutos cada uma. Além de incluir dados sobre a caracterização sociodemográfica das mulheres, a entrevista abordou a seguinte proposição: fale-me sobre seu atendimento durante o parto.

O tratamento dos dados se deu mediante transcrição das entrevistas e organização dos discursos, embasada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre.⁵ Esta técnica utiliza uma tabulação de relatos verbais que extrai de cada uma das respostas as Ideias Centrais a partir das correspondentes Expressões Chaves - fragmentos contínuos ou descontínuos do discurso que revelam o sentido principal do conteúdo discursivo.

Os discursos obtidos foram submetidos a sucessivas leituras, e posterior interpretação, decompostos individualmente nas principais Ideias Centrais, reunidos e sintetizados, visando à constituição discursiva.

RESULTADOS

A faixa etária das 20 participantes do estudo variou entre 15 e 38 anos. Cerca de dois terços se autoclassificaram como pardas, a maioria delas não concluiu o ensino fundamental e residem na região metropolitana do Recife-Pernambuco, Brasil (composta por 17 municípios).

Em relação à vida reprodutiva, mais da metade já tinha pelo menos um filho. Este dado é importante, haja vista a experiência anterior com o parto. Todas referiram ter realizado o pré-natal, sendo que seis delas não realizaram o mínimo de seis consultas, preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

As mulheres que participaram do estudo relataram como foi a experiência do atendimento e do cuidado recebido durante este período. Com a leitura e organização do conteúdo das entrevistas, foram construídas três ideias centrais.

Ideia Central I: Ser bem atendida

Discurso do sujeito coletivo: *Eu vim para cá porque desde que comecei o pré-natal aqui, achei maravilhoso e fui muito bem atendida. Médicos me atenderam e me examinaram bem, e passaram exames. Só tenho a dizer que outra maternidade melhor que essa não tem. É o melhor hospital do mundo, por isso vim ter o bebê aqui. Tive cinco filhos aqui e não tenho do que reclamar. Essa gestação eu achei maravilhosa, e ocorreu tudo bem. Inclusive, fizeram minha ligação [laqueadura tubária] que foi um sucesso. Vim diretamente de casa, e quando cheguei fui atendida logo, porque da outra vez não, eu fiquei esperando, sentindo dor, podia até ter uma eclampsia, uma pressão alta, e aqui tinha mais condições pra internar. Todos eles me atenderam muito bem no plantão que eu peguei, supertranquilos, me colocaram na cama, acompanhando as contrações, me orientando e conversando. Também foi bom porque tinha uma médica e ela entende a gente como mulher. Na hora da cirurgia os médicos foram muito atenciosos comigo, tanto o cirurgião que tirou meu bebê quanto à anestesista. O mais importante é quando se preocupam com a paciente. Então, gostei de toda a preocupação da equipe médica. Outra coisa que me chamou atenção no parto foi a paciência. Porque eu estava com medo e eles tiveram muita paciência comigo. Me senti acolhida por eles, me deram muita atenção, conversaram comigo, deixaram minha mãe falar comigo antes de entrar na sala de cirurgia. Os estagiários, que são novatos, vão ser os melhores médicos, porque eu também fui atendida por eles, que estudavam através de mim, dando toque e medindo a pressão para ver como estava. Além de ser um hospital muito bom, outras pessoas que já passaram por aqui disseram que era muito bom. Pra ter outro filho eu prefiro vir pra aqui, pois está melhor do que quatros anos atrás.*

Ideia Central II: Cuidado de enfermagem e as tecnologias não invasivas para alívio da dor durante o parto

Discurso do sujeito coletivo: *Tive três filhos de parto normal, mas eu chorava muito para não ter esse, mesmo sabendo que cesáreo é mais perigoso. Aí fiquei com as enfermeiras fazendo exercício para aliviar a dor e ver se o bebê vinha. De instante em instante tinha umas quatro enfermeiras indo lá me atender. Tinha que esperar pra ver se eu ia ter um parto normal. Não estava aguentando mais ficar na bola [bola suíça ou birthing ball], então levantava, ficava naquela agonia. Voltei para bola e ficava agoniada, pois as contrações estavam maiores. Depois eu comecei a fazer força, foi quando dilatou dez centímetros e eu não aguentava ficar deitada, toda vez que vinha contração ficava agoniada e me levantava. Ela [a enfermeira] sugeriu eu ficar de cócoras. Fiquei acocorada segurando num ferro, ficaram comigo esperando e me mandaram fazer força, aí foi que nasceu, aconteceu na outra sala mesmo, sem ser na sala de parto. Quando a cabeça saiu, ela [a enfermeira] pediu para eu deitar, foi quando passou o resto e pegaram o bebê. Dor terrível, mas não levou ponto.*

Ideia Central III: Desrespeito aos direitos reprodutivos, à autonomia e o protagonismo das mulheres

Discurso do sujeito coletivo: *Tinha muita gente pra ser atendida. O atendimento demorou muito, muito mesmo. Eu cheguei de três da manhã, fiquei na cadeira sentada até amanhecer o dia. Tinha até parto na triagem por conta da quantidade de gente. Eu poderia ter sofrido bem menos e acabei sofrendo bem mais. Senti contrações por causa do soro, me mandaram fazer força e eu não conseguia mais, fiquei desesperada, porque eu já estava imaginando que o bebê não tinha oxigênio, como de fato estava. Eles deixam a paciente sozinha em trabalho de parto, numa sala que não tem preparo nem nada. É tanta gente pra eles atenderem, que acho ser isso a causa de não haver tempo de estarem tão presentes assim com cada uma. Minha mãe não podia ficar lá, quando ela veio saber eu já tinha tido[parto] . Fizeram muitos toques em mim, não gostei. Tinha um doutor que viu que eu sentia muita dor, fez o toque me machucando e quando eu disse pare! Ele não quis parar. Tive ódio, porque eu falava e eles não entendiam. Eu sabia que não tinha espaço pra esse menino nascer, e pedia pra me acudir, e ela dizia: não é você que decide com relação ao parto cesáreo, sou eu. Eu dizia: doutora! Não estou querendo lhe questionar, mas sei que não posso ter normal, forçar mais o quê? Sofri muito e meu filho ficou sem oxigênio, só não morreu porque Deus realmente não quis, mas nasceu roxo. Depois ela me deixou na sala de parto sozinha bastante tempo, o bebê foi pra incubadora, não tive o contato primeiro com ele. Achei um descaso, acho que as pacientes devem ser escutadas, pois eles já não sabiam pelos toques que não ia ser normal? A pessoa que fez meu parto me deixou jogada. Este bebê quase morre dentro de mim. A única coisa que fiquei satisfeita foi que fizeram o parto cesáreo e estou aqui com meu filho, mas não valorizaram minha queixa, nem me escutaram ninguém acreditava, minha indignação é essa. Forçaram muito, porque parto normal vem de Deus, acontece naturalmente, mas no meu caso não tinha espaço pra ser normal, eu tinha certeza, mesmo com os remédios que ele me deu. Posso estar errada falando isso?*

DISCUSSÃO

Na ótica das mulheres entrevistadas, a experiência do processo de parturição abrange ser bem atendida. Este aspecto está relacionado: a) aos cuidados/procedimentos que devem ser realizados: exame físico, exames complementares, laqueadura a pedido, acompanhar as contrações, orientar, verificar a pressão, fazer toque, estar presente com frequência, conversar; b) ao modo como profissionais interagem com elas: prestar atendimento com tranquilidade, ser paciente, dar atenção e demonstrar preocupação (o mais importante); c) à garantia do atendimento com qualidade: ser atendida no primeiro serviço que procura e com rapidez; não ter do que reclamar; sentir-se acolhida.

A princípio entendemos que a satisfação das mulheres com o atendimento foi relacionada com os procedimentos técnicos realizados dentro dos protocolos institucionais (exame físico, verificação de pressão arterial, entre outros). Ou seja, a falta de informações quanto aos direitos da parturiente contribui para que as mesmas entendam que os únicos recursos e tecnologias que o serviço dispõe são suficientes e devem ser utilizados. Ficando assim, o conceito de ser “bem atendida”, mencionado

pelas participantes, atrelado unicamente à fase expulsiva do parto e nascimento da criança.

Mesmo nos locais onde a humanização e o acolhimento norteiam institucionalmente as práticas em saúde, a tomada de decisão sobre o cuidado e o protagonismo do parto tem sido atribuído ao profissional de saúde,⁶ necessitando promover a autonomia plena da mulher nesse processo.

Assim, a perspectiva do atendimento/cuidado recebido não é apenas um procedimento técnico, mas também uma relação interpessoal que possibilita uma proximidade entre a pessoa a ser atendida e o profissional de saúde. Além disso, as mulheres reconhecem que a resolutividade, além de atender sua demanda (assistência ao parto) é também ser examinada com rapidez no serviço de sua escolha e sentir-se acolhida diante da equipe que lhe prestará os cuidados durante o parto.

A comunicação como um instrumento tecnológico do campo do cuidado funciona também como um fio condutor para o encontro dos sujeitos no ato de cuidar: enfermeira/mulher/acompanhante. No contexto da assistência obstétrica, a enfermeira precisa estar atenta aos sentimentos, desejos e reações da mulher, valorizando aspectos da expressão verbal e não verbal que facilite e direcione o cuidado prestado. Assim é importante unificar nas práticas de cuidado elementos que concretizam a comunicação, tais como: a linguagem falada, linguagem comportamental, atitude do profissional e expectativa das mulheres.⁷

Atentando para a dificuldade em consolidar o acolhimento nos serviços de saúde e com o intuito de humanizar e qualificar a assistência obstétrica, em 2011 o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Rede Cegonha, que visa garantir à mulher; informação com antecedência do local do parto e fornecer auxílio de deslocamento até os postos de saúde para realizar o pré-natal e maternidade na hora do parto com vale-transporte.⁸

O hospital, cenário deste estudo, como serviço de referência para alto risco obstétrico, tem um perfil de mulheres atendidas com risco iminente de vida materna e neonatal. Este risco aumenta, principalmente pelo tempo que elas enfrentam para obtenção de um atendimento especializado. Assim as ações da Rede Cegonha apontadas anteriormente, no que se refere ao deslocamento para um hospital de referência, podem diminuir os transtornos com o tempo de deslocamento e a procura por vaga em maternidades que as mulheres vivenciam no momento do parto.

Diante dessa preocupação com a mortalidade materna, temos um sistema que não deve ser pautado no parto como um evento isolado, desvinculado da assistência pré-natal, mas que articule os níveis de complexidade da atenção,⁹ tendo em vista as diversas possibilidades de risco que possam surgir no momento do parto.

A qualidade da assistência prestada foi debatida no âmbito do PHPN como modelo humanístico para o parto, que adotou como estratégia de implementação, a hierarquização do atendimento, ou seja, a assistência aos partos de risco habitual realizado por enfermeiras obstetras, tomando como base a experiência europeia, bem sucedida, na qual essas profissionais realizam esse procedimento.¹⁰

Neste novo modelo de assistência, os cuidados ofertados pelas enfermeiras às mulheres no parto, rompem com a fragmentação e medicalização anteriores, favorecendo a compreensão do parto como um evento fisiológico.

Como a enfermagem atua na perspectiva do cuidado com a mulher, e com os procedimentos técnicos, a proposta então muda de um cenário intervencionista para práticas mais humanizadas e acolhedoras. Tais práticas, inevitavelmente, entram em conflitos com a assistência médica. Daí a equipe médica frequentemente considera os recursos alternativos como pouco científicos, e inapropriados. A utilização de bola suíça (birthing ball), massagens, banhos de chuveiro ou banheira, posições de cócoras, verticalizadas, orientações para uma respiração tranquila, dentre outros recursos, causam estranhamento entre profissionais médicos, que adotam condutas diferenciadas a estas.¹⁰

Cabe mencionar, que a prática da enfermeira obstetra tem criado um ambiente favorável para implantação de modelos de assistência humanizada ao parto, bem como tem demonstrado boa aceitação para aquisição de novas habilidades que permitam atender a mulher em sua integralidade.¹¹ Ademais, as enfermeiras tem ousado experimentar intervenções seguras e inovadoras e não invasivas subsidiadas por evidências científicas.

Deve-se ressaltar, no entanto, que a “troca” pela enfermeira obstetra, na atenção ao parto normal, não necessariamente humaniza a assistência. É necessário que as enfermeiras e toda a sua equipe entendam esta nova proposta de cuidado numa perspectiva integral, que empodera e respeita as necessidades das mulheres.¹⁰

Esta perspectiva é recente e contribui para a humanização do cuidado prestado durante o parto, além de dar visibilidade a enfermeira obstetra como uma profissional que respeita a fisiologia do parto. Infelizmente este tipo de assistência é desconhecida por muitas mulheres, e por outro lado, baseadas em experiências anteriores com o parto normal não querem este tipo de assistência, pois associam a dor e sofrimento, preferindo assim a cesariana, como explícito na ideia central II.

O panorama da assistência ao parto e nascimento no Brasil, independente do nível socioeconômico, evidencia que a motivação das mulheres que tem a opção por cesarianas, possivelmente, se baseiam na crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está intimamente associada à tecnologia invasiva utilizada no parto.¹²

Sobre o desrespeito aos direitos reprodutivos que ferem a autonomia e o protagonismo das mulheres, descrito na ideia central III, são decorrentes das dificuldades que influenciam a capacidade resolutiva dos serviços hospitalares, como a superlotação do serviço numa estrutura física hospitalar que não favorece um atendimento humanizado. Em geral, as salas de observação, as quais deveriam favorecer o acolhimento, tornam-se áreas de internação, sem possuírem as devidas condições de infraestrutura e de pessoal adequadas para favorecer um cuidado integral, expondo a mulher a riscos evitáveis.¹³

Em relação a serviços de emergência obstétrica de alto risco, com quantidade de gestantes necessitando de cuidados individualizados, práticas humanizadas são deixadas em segundo plano, e profissionais de saúde, sobrecarregados, não conseguem atender as necessidades da mulher, impulsionados pela angústia e desconforto gerados pela longa permanência em um serviço de emergência obstétrica.

A mudança para um novo paradigma de assistência à saúde da mulher inclui modificações na cultura hospitalar, que deveria se configurar em um cuidado voltado para as necessidades das mulheres e de suas famílias. São necessárias modificações na estrutura física, para tornar o ambiente hospitalar menos hostil, mais acolhedor e favorável à humanização, bem como um sistema de regulação de leitos que além de atender a todas, verifique a capacidade resolutiva dos serviços de saúde obstétrica.¹⁰

Outro problema, no caso da obstetrícia, é a falta de um olhar integral sobre a mulher em trabalho de parto, que implica em uma classificação clínica errônea “de risco”, o que provoca uma exposição desnecessária de intervenções no momento do parto, e mais ainda, uma sobrecarga nos serviços de referência.

Diante de um contexto de serviços públicos de saúde na assistência obstétrica com serviços superlotados, sem estrutura física que permita determinadas práticas humanizadas e falta de sensibilização de profissionais para atender a mulher gestante de forma acolhedora, e, respeitosa, tem-se um quadro desalentador em relação aos direitos da gestante e ao que preconiza o PHPN.

A ideia central III, mostrou ainda, a indignação das mulheres com este quadro exemplificando a imposição de condutas, verticalização de ações, a falta de respeito à autonomia no processo decisório, a construção de uma experiência negativa em relação ao parto transpelviano, e o afastamento do bebê nos primeiros momentos após o parto, mesmo com solicitação da mesma para vê-lo. Estas condutas comprometem o fortalecimento da saúde como direito, especialmente, reprodutivo das mulheres.

No entanto, empoderar as mulheres não é uma simples tarefa. É preciso observar as singularidades de cada uma, tratando de forma equânime às diferentes realidades das mesmas, ouvindo-as o que têm a dizer. Isso implica em respeitar a diversidade de experiências e o julgamento que cada uma faz do processo de parturição.¹⁴

A ideia central III também permite destacar uma problemática bastante discutida nas práticas de humanização do atendimento: a presença do acompanhante de escolha da mulher no trabalho de parto. Esse fato é um desafio para as mulheres e para profissionais de saúde, pois o cenário é de uma falta de estrutura física do serviço, que não permite a privacidade da mulher, e uma complexa dinâmica hospitalar desfavorável para atender a tal demanda que é direito da gestante. A própria mulher não se vê enquanto protagonista desse processo, tendo em vista o surgimento da autodenominação “paciente” referida no discurso, que implica na ideologia da parturição como um evento patológico, de alto risco, requerendo que a mulher seja sempre submetida a uma internação hospitalar.

Vale ressaltar que o cuidado integral não depende unicamente da presença de acompanhante, das rotinas estabelecidas e da estrutura física adequada, mas também de uma postura profissional comprometida com uma forma de cuidar sensível e competente ultrapassando os limites dos procedimentos técnicos. A assistência ao parto não é atividade privativa de uma única categoria profissional, mas ao contrário, pode incluir a participação de outras que atuem de acordo com suas competências.¹⁵

A ideia central III diferencia-se das duas primeiras, as quais ressaltaram experiências exitosas. Isso pode ser relativo a uma mudança gradativa da cultura organizacional do hospital, que ainda não atingiu os profissionais. Essa transição permite ressignificar o que já era conhecido, habituado. As pessoas envolvidas neste processo ficam duvidosas entre mudar ou conservar a antiga estrutura. Quando optam pela mudança, conflitos se acentuam, medos e incertezas surgem, sendo naturais dentro do processo da transformação.¹⁶ Assim, destaca-se a importância do exercício da liderança pela enfermeira, congregando competências comunicativas, organizacionais e políticas em prol de potenciais caminhos para o crescimento profissional e institucional.

Concluindo, no cenário de uma assistência ao parto marcada por diferentes modelos de atenção, ora acolhedores e ora desumanos, coexistem tanto profissionais que prestam o cuidado de forma integral e consoante com as políticas de humanização, quanto outros que reafirmam a opressão e o poder sobre o corpo da mulher, institucionalizado pelo modelo biomédico.

A maioria das mulheres que vivenciam o processo de parturição, são destituídas da autonomia sobre seu corpo, vítimas de um modelo que não prioriza seu protagonismo e não corresponde ao que é posto nas políticas públicas relativas ao parto. Além do mais, nem todas conseguem ser atendidas pelo serviço que desejam desde o pré-natal e frequentemente fazem uma longa jornada em busca de um atendimento.

O processo de negação dos direitos das mulheres, como condição necessária ao exercício da cidadania, sempre acompanhou a mulher, imbuindo a mesma de uma visão fragilizada quanto ao seu papel social e familiar. Percebe-se que esta construção social, perpassa pelos serviços de saúde e acaba por influenciar as práticas profissionais, mediante uma relação de dominação daquele que é “dono do saber científico” diante da mulher, um “ser passivo”.

Não é fácil combater tais desigualdades e empoderar a mulher, colocando-a como protagonista do seu próprio parto, pois isto implica perda de poder dos profissionais sobre ela. É urgente a necessidade de uma mudança neste paradigma, pois naturalizar práticas inadequadas reforça as desigualdades em saúde.

Portanto, mesmo sendo um estudo que retrata uma determinada realidade, espera-se sensibilizar os gestores responsáveis pela atenção à saúde da mulher, em especial do hospital escola do presente estudo, na construção de modelos assistenciais mais favoráveis à humanização. Finalmente, espera-se também contribuir com uma práxis em enfermagem imbuída de valores humanos, que contemple o atendimento às

mulheres em sua integralidade, dando palco ao protagonismo da mesma no parto, como uma forma de consolidar espaços emancipatórios no ato do cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface comunic., saúde, educ.* 2009;13(1):595-602.
2. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública.* 2011;27(6):1053-64.
3. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* 2013;16(4):953-65.
4. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc. saúde coletiva.* 2009;14(4):1193-204.
6. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. O Acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção das puérperas. *Cogitare Enferm.* 2011;16(2):247-53.
7. Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR. The specificities of communication in child nursing care. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):37-44.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
9. Almeida CAL, Tanaka OY. Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal Care and Childbirth. *Rev. Saúde Pública.* 2009;43(1):98-104.
10. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005;10(3):699-705.
11. Prata JÁ, Progiante JM. A influência da prática da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. *Rev enferm UERJ.* 2013;21(1):23-8.

12. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012;9:15.
13. Carvalho MVG. Os extremos e possibilidades de um serviço hospitalar de referência obstétrica na IV Região de Saúde de Pernambuco: avaliação e delineamento dos encaminhamentos municipais. [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2011.
14. Caus E, Santos E, Nassif A. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. *Escola Anna Nery*. 2012;16(1):34-40.
15. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011;45(1):62-70.
16. Jaramillo LO, Contreras ELR. Percepción del impacto del cambio organizacional en trabajadores de una institución universitaria en bogota: una aproximación hermenêutica. *Psychologia: Avances de la disciplina*. 2011;5(1):81-94.

Recibido: 15 de octubre de 2013.

Aprobado: 1 de julio de 2014.

Leonildo Severino Silva. Estrada das Pedrinhas, Rua B, Casa 13C, Apt 02, Imbuí, Salvador-BA, Brasil, CEP.: 41.720-310. E-mail: leonildoss@gmail.com