

Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal

Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth

Prácticas de las enfermeras para la promoción de la dignidad, participación y autonomía de las mujeres en parto normal

Andréa Lorena Santos Silva¹

Enilda Rosendo do Nascimento¹

Edméia de Almeida Cardoso Coelho¹

1. Universidade Federal da Bahia.

Salvador - BA, Brasil.

RESUMO

Objetivou-se conhecer as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras implicadas nos processos autonomia, dignificação e participação de mulheres durante o parto normal. Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório descritivo, desenvolvida com 30 mulheres que tiveram o parto realizado em um Centro de Parto Normal de Salvador - BA. Para subsidiar a análise foi utilizado o conceito de autonomia. As práticas dignificantes foram: o acolhimento; a promoção da presença de acompanhante, bem como, de ambiente adequado para o cuidado; e a transmissão de calma e segurança às mulheres. Para o processo de autonomia destacaram-se a promoção de relações pessoais livres de coerção; e a facilitação no acesso às informações; não deixando de estimular a participação ativa das mesmas. Embora no Centro tenha havido um avanço na busca pela promoção da autonomia e participação das mulheres atendidas, necessita ainda de mais ações para atingir plenamente esse objetivo.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Gênero e saúde; Saúde da mulher; Parto Normal.

ABSTRACT

The aim of the study was to research care practices used by nurses in order to provide autonomy, dignity and participation by women during vaginal delivery. It was qualitative, descriptive and exploratory research which involved 30 women who had given birth. The study was performed at a Birth Center in Salvador, Bahia. To support the analysis the concept of autonomy was used. The practices enabling dignity were: warmth; the promotion of the presence of a companion and providing a proper environment for care. They also provided a sense of calm and confidence in women. To enable autonomy, the factors considered were: promotion of coercion-free personal relationships; facilitating access to information; and, fostering the active participation of women. Although the Center has advanced in its efforts to promote autonomy and the participation of the women it serves, more effort is required to fully achieve this goal.

Keywords: Nursing Care; Gender and Health; Women's Health; Natural Childbirth.

RESUMEN

Conocer las prácticas de atención utilizadas por las enfermeras que participan en los procesos de autonomía, dignidad y participación de las mujeres durante el parto normal. Investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, desarrollada con 30 mujeres que realizaron parto normal en una maternidad en Salvador, Bahía. Para apoyar el análisis, se utilizó el concepto de autonomía. Las prácticas dignificantes fueron: la acogida; la presencia de un acompañante y de un ambiente adecuado para el cuidado; y la transmisión de calma y seguridad a las mujeres. En el proceso de autonomía, se destaca la promoción de relaciones personales libres de coerción; y la facilitación del acceso a la información; no dejando para estimular la participación activa de las mismas. A pesar del Centro de Parto Normal tener sufrido gran avance en la promoción de autonomía y participación de las mujeres, todavía necesita más esfuerzos para lograr plenamente este objetivo.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Género y Salud; Salud de la Mujer; Parto Normal.

Autor correspondente:

Andréa Lorena Santos Silva.

E-mail: lore_enfermeira@yahoo.com.br

Recebido em 07/07/2014.

Aprovado em 09/07/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20150056

INTRODUÇÃO

A partir do fim da década de 1970, o modelo de saúde vigente no Brasil começou a receber diversas críticas dos movimentos de mulheres e de outros setores da sociedade, a partir do entendimento do impacto das relações de gênero na saúde da mulher. Questiona-se o modelo de assistência obstétrica, predominante caracterizado, entre outros aspectos, pela institucionalização do parto centrado em atos médicos e no uso rotineiro de práticas intervencionistas desnecessárias.

A qualidade do cuidado às mulheres durante o parto passa a se constituir como um dos principais focos de debates, culminando com a realização da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto. Realizada em 1985, em Fortaleza - CE, o documento final do Evento recomenda revisão das práticas adotadas durante o parto, extinguindo-se as intervenções desnecessárias; a desospitalização; e a adoção de estratégias que viabilizem a autonomia e participação das mulheres no processo parturitivo¹.

Diante disso, destaca-se a criação de Centros de Parto Normal (CPN) como alternativa para a efetivação desse novo modelo de atenção obstétrica. O Ministério da Saúde, para estimular a criação desses centros, baseou-se em experiências positivas em países que fornecem autonomia às enfermeiras no cenário do parto normal, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Além disso, os CPN são instituições em que as enfermeiras obstétricas podem contribuir, mais intensamente, para a qualificação do cuidado implicada em processos de autonomia das mulheres, caracterizado, entre outros aspectos, pela busca da participação ativa dessas durante o período parturitivo e pelo respeito à suas escolhas terapêuticas².

Nos relatos de mulheres que passaram pela experiência do parto normal e cesárea, quase sempre há uma valorização do primeiro, fato esse constatado em nossa prática como enfermeiras. Muitas delas relatam que nas instituições procuradas não tiveram um tratamento humanizado e, quando ocorria a admissão, nem sempre acontecia um acolhimento a contento. Nessas maternidades, impregnadas pelo modelo biomédico, as enfermeiras têm pouca ou nenhuma autonomia para exercerem de forma plena o cuidado às mulheres, pois, fatalmente, esbarram nas relações de poder existentes nas instituições.

Considerando que a criação dos centros de parto normal, tem o propósito de prestar atendimento digno às mulheres e visam garantir que as mesmas tornem-se protagonistas do processo parturitivo, questionamos: quais são as práticas de cuidado prestadas por enfermeiras em um Centro de Parto Normal, implicadas nos processos de autonomia, dignificação e participação de mulheres?

A partir dessa problematização, objetivou-se com essa pesquisa: conhecer as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras implicadas nos processos autonomia, dignificação e participação de mulheres durante o parto normal. A autonomia é entendida como processo que envolve a definição e expressão de preferências e escolhas em contextos livres de constrangimentos, coerções ou pressões, e que para a

operacionalização desse conceito, exige-se o estabelecimento de condições que estão ligadas a fatores socioculturais³.

Consideramos, ainda, que a autonomia é um conceito central das relações de gênero. O conceito aqui utilizado é o de Scott⁴, que define que gênero é uma construção social baseada nas diferenças percebidas entre os sexos e que se constituem em relações de poder.

Este artigo foi elaborado a partir de uma dissertação e faz parte de um projeto maior denominado "Cuidado de Enfermagem às mulheres em um Centro de Parto Normal", com envolvimento de docentes e discentes de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, financiado pela FAPESB - Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória do tipo qualitativa, desenvolvida com mulheres que tiveram seus partos em um Centro de Parto Normal (CPN) da cidade de Salvador - BA. O centro foi criado em agosto de 2011, e foi construído com recursos provenientes de doações e incentivos do Governo Federal e Estadual e foi o primeiro Centro de Parto Normal do Brasil inaugurado por meio do programa da Rede Cegonha.

De acordo com pesquisa no livro de registro da instituição, nos dois primeiros anos de atividade foi evidenciado a realização de 806 partos no período de agosto de 2011 a agosto de 2013, sendo cerca de 60% desses assistidos por enfermeiras e 40% por médicas (os). Foram entrevistadas 30 mulheres. Conforme o referido livro, a média de partos assistidos por enfermeiras na instituição entre os três meses que antecederam a coleta de dados foi de 26. A coleta foi encerrada quando se passou a observar uma repetição exaustiva das respostas.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014, em uma frequência de duas vezes por semana, nas segundas e quintas-feiras do mês, dias das consultas de revisão neonatal com o/a Pediatra e ocorriam em torno de uma semana pós-parto. A opção por captar as mulheres nesse período foi para evitar que essas, se ainda estivessem internadas, pudessem ficar constrangidas em falar sobre o atendimento recebido, ocasionando um viés na pesquisa e, também, poderiam ficar indispostas, devido ao estresse físico e/ou mental ocasionado (s) pelo parto.

A participação das puérperas ocorreu mediante o atendimento dos critérios de inclusão, tendo as mesmas mais de 18 anos, terem sido assistidas por enfermeira durante o parto e gozar de condições clínica, física e/ou psicológica para serem entrevistadas. Foram utilizadas como técnicas de coleta dos dados, a observação não participante, a consulta documental da instituição e a entrevista semiestruturada.

Os instrumentos utilizados foram um gravador digital, o livro de registro do CPN e um roteiro de entrevista semiestruturado. No roteiro de entrevista foi abordado, dentre outras questões, quais foram as práticas utilizadas durante o trabalho de parto/parto e como foi a experiência de ter tido um parto assistido por enfermeira.

O livro de registro foi utilizado no dia da coleta, pois, de posse dos nomes das mães dos recém-nascidos agendados, foi verificado no livro se as mesmas tiveram o parto assistido por médica (o) ou enfermeira, visando à aproximação das puérperas que correspondiam ao critério de inclusão. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada, respeitando a privacidade e a disponibilidade das mesmas, sendo utilizado um gravador digital que permitiu que o conteúdo dessas fosse transcrito na íntegra. A utilização do gravador de áudio facilitou o processo de codificação. “A codificação é a forma como você define sobre o que se trata os dados em análise”⁵.

A análise foi constituída por quatro fases: preparação dos dados, codificação baseada em conceitos, hierarquização de códigos, e interpretação⁵. As entrevistas foram lidas repetidas vezes, identificando os códigos e procurando estabelecer relações entre as diferentes falas das depoentes, buscando desenvolver explicações que sustentassem a análise geral das falas. A condução da análise teve como base o conceito de autonomia².

A codificação referiu-se aos conceitos de dignificação, autonomia e participação. Nesta situação, os códigos foram esses três conceitos. Para realizar a codificação, as entrevistas transcritas foram impressas e posteriormente, com o uso de canetas marca texto coloridas, para cada tópico do roteiro de entrevista as falas eram destacadas com cores diferentes e os códigos eram escritos na margem do papel.

O trecho codificado era separado por chaves ({}), que levava ao código descrito. Em algumas situações, as palavras-chave ou as palavras que mais se repetiam eram circuladas, buscando facilitar o posterior processo de hierarquização. Ao final da codificação foi possível acessar o texto de modo mais fácil, explorar as ideias temáticas e encontrar rapidamente exemplos de falas que representassem um conteúdo a ser abordado.

Após o agrupamento dos códigos, sua organização em hierarquia permitiu pensar no que estava sendo codificado, sendo possível considerar os códigos como sendo ramos; os sub-ramos seriam a hierarquização. Uma das vantagens de se construir uma hierarquia é que ela impede a duplicação de códigos, pois quando há grande quantidade desses, a hierarquização possibilita ver as repetições mais facilmente⁵. Além disso, esse processo fez com que os dados ficassem ordenados e as relações entre os códigos pudessem ser melhor visualizadas.

Desse modo, a partir do código “dignificação” foi realizada a hierarquização, sendo encontrados os sub-ramos: 1) o acolhimento recebido no CPN e o atendimento satisfatório e diferenciado; 2) o ambiente adequado para o atendimento; 3) a competência técnica da Enfermeira; 4) a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto, dentre outros.

Dentro desses sub-ramos foi possível fazer uma nova hierarquização, neste caso, mais detalhada. Em relação ao primeiro sub-ramo foi destacado a escuta sensível e a relação respeitosa entre profissionais/usuárias; em relação ao segundo: a ventilação, estrutura física, ambiência, privacidade e a estética; quanto ao terceiro foi encontrado informações sobre o comprometimento das profissionais, conhecimento e segurança profissional; por fim, o quarto sub-ramo esteve ligado ao suporte emocional, conforto e segurança.

Quanto aos códigos “autonomia e participação” surgiram os seguintes sub-ramos: 1) relações pessoais livres de coerção; 2) acesso às informações; 3) participação ativa das mulheres, etc. No caso desses dois códigos, não houve a necessidade de se realizar uma segunda hierarquização, visto que as informações trazidas na primeira foram suficientes para a interpretação desses conceitos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por meio do protocolo de número 367.461/2013, sendo respeitada a Resolução 466/2012. As entrevistas se iniciaram após o fornecimento de todas as informações e esclarecimentos às depoentes e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Visando resguardar o seu anonimato, as mulheres foram identificadas por codinomes nos resultados dessa pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo apontou que as práticas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas de um CPN, implicadas nos processos de dignificação foram o acolhimento; a promoção da presença de acompanhante; a promoção de um ambiente adequado ao cuidado; e a transmissão de calma e segurança às mulheres. Já a autonomia das mulheres no trabalho de parto foi possível por meio da promoção de relações pessoais entre profissionais e usuárias livres de coerção; e a facilitação no acesso às informações.

Além da dignificação e da autonomia, as parturientes foram estimuladas a participar ativamente de todo evento parturitivo.

AÇÕES DIGNIFICANTES DE ENFERMAGEM

Essa categoria refere-se à dignificação da assistência de enfermagem e diz respeito à utilização das condições necessárias para se desenvolver o amor-próprio, o respeito a si e aos outros, e a elevação da autoestima das usuárias². O processo de parturição é um momento na vida da mulher que ela se encontra em situação de vulnerabilidade devido as dores, os desconfortos físicos, a ansiedade, as dúvidas e os anseios, podendo levá-la a expressar sentimentos negativos que influenciarão prejudicialmente no desfecho do parto.

As enfermeiras obstétricas de um CPN, no atendimento a essa, deverão desenvolver ações em prol de uma assistência individualizada, acolhedora, eficiente, em um ambiente que favoreça o desenvolvimento das práticas de cuidado, sob a ótica da integralidade.

Acolhimento

Os CPN foram criados com o intuito de resgatar a dignidade da mulher na cena do parto, como uma das intenções, e exercer os princípios da humanização da assistência, valorizando o acolhimento, a escuta sensível e a relação respeitosa entre profissionais/usuárias.

Colocar em ação o acolhimento requer uma nova atitude de fazer em saúde e implica no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; na reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho; em mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde;

e em uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas por usuárias⁶.

Dentro desse processo de acolhimento, conforme as falas das puérperas abaixo destacamos a valorização da comunicação com a utilização de palavras de força e de incentivo, e a interação entre enfermeira obstétrica e parturiente em um cuidado individualizado, se referindo a clientela pelo nome, como exemplos de ações dignificantes da enfermagem.

No exame de toque ela [enfermeira]: - olha eu vou fazer o exame de toque em você... Não vai logo chegando e fazendo, entendeu? Conversa com você antes... Todo mundo ali acompanhando mesmo você. Você se sente acolhida, uma verdadeira família (E: "Camila"). Para aliviar a dor conversava [...] Ela estava sempre ali de junto. Assim, conversando, sempre me incentivando, entendeu? (E: "Beatriz").

Ela me ajudou bastante também a ter. Falava para eu ter calma... as palavras mesmo, me ajudou bastante (E: "Flávia").

Ela [enfermeira] ficava me ajudando a colocar força, me incentivava (E: "Simone").

Ah ela me incentivava (risos): -"Bora" "Vanessa"! Força! E eu dizendo a ela que eu não aguentava mais, que não aguentava mais e ela me dava força (E: "Vanessa").

As falas acima evidenciam que houve o processo de comunicação. As práticas, de modo geral, não foram realizadas sem que as mulheres tivessem conhecimento prévio da sua realização. O relato de "Camila" reflete isso, quando diz que a enfermeira informou-a sobre a realização do toque vaginal e o que ela iria fazer. Não foi logo "chegando e fazendo".

Além disso, o diálogo faz parte de uma relação de cuidado e não deve ser utilizada apenas para a passagem de informações, mas um ato de cuidar⁷. Isso reflete no bem-estar das parturientes que, conforme a fala das mesmas, a conversa foi uma estratégia para o alívio da dor e trouxe calma. Chamá-la pelo seu nome faz com que a atenção seja direcionada às necessidades específicas da mesma, fazendo com que ela se sinta valorizada e confiante para o enfrentamento nos momentos difíceis.

Também se deve levar em consideração o grande incentivo fornecido pelas enfermeiras para que as mulheres tivessem força e não desanimassem diante das dificuldades. Na fala abaixo, o diálogo ultrapassou os determinantes biológicos da saúde e chegou ao campo emocional e psicológico da mulher.

Ai ela [enfermeira] perguntou por que eu estava chorando e eu disse a ela que foi por causa do meu esposo que não estava aqui que eu pensei que ia dar tempo de ele vir, mas não deu [...] (E: "Tamires").

Essa entrevistada foi avaliada de forma integral, ou seja, não apenas a sua condição física foi observada, mas também

a tristeza e os sentimentos envolvidos. A integralidade da assistência busca valorizar a multidimensionalidade dos sujeitos, podendo ser considerado um indicador de qualidade⁸.

Além disso, o cuidado humanizado deve nortear a atenção individualizada à mulher. Em uma assistência humanizada é preciso ouvir as queixas das parturientes, buscando identificar suas necessidades, não deixando de valorizar as suas histórias de vida e nem os aspectos sociais, psicológicos e emocionais⁹. As mesmas devem ser acolhidas e valorizadas como um ser com necessidades que perpassam o campo biológico.

Promover a presença do (a) acompanhante

O (a) acompanhante é fundamental para dar suporte emocional. Esse (a) proporciona à mulher um maior conforto e segurança durante o trabalho de parto/parto e pode trazer benefícios para a mesma⁹. Ao sentir-se segura, ela tem as ansiedades e temores reduzidos. Desse modo, negar a presença de acompanhante viola não apenas o direito que ela tem de escolher livremente se quer ou não ter alguém para acompanhá-la, mas também o seu direito de cidadania⁷.

Esse (a) acompanhante pode participar de todo o processo de parturição, devendo receber as orientações necessárias para se comportar da melhor forma possível em benefício da mulher. Orientações quanto ao uso de massagens, exercícios respiratórios, a prática do diálogo e o estímulo à deambulação, são possíveis de serem fornecidas por enfermeiras aos (as) acompanhantes.

Foi que ensinou ao meu esposo a como fazer a massagem. [...] ela [a enfermeira] ensinou o movimento da massagem, de baixo para cima, até onde eu estava sentindo a dor. No caso era do meio das costas para baixo (E: "Jéssica").

Ela [a enfermeira] orientou todos os processos... a tomar banho de chuveiro, relaxar, respirar, fazer a massagem que o meu esposo fez (E: "Samanta").

O (a) acompanhante treinado (a) deve fornecer informações à parturiente sobre toda a evolução do trabalho de parto, orientando para que a mesma assuma a melhor posição que a torne mais confortável e repassando as informações sobre intervenções e procedimentos necessários, facilitando a participação da mesma na tomada de decisões¹⁰.

Portanto, as enfermeiras do CPN devem continuar promovendo a participação do (a) acompanhante, principalmente o esposo/companheiro. Torna-se necessário, desconstruir o viés de gênero de que as mulheres são as únicas responsáveis pela reprodução e cuidadoras exclusivas das crianças.

Promover ambiente adequado ao cuidado

Muitos fatores influenciam no ambiente para que ele seja considerado adequado: a iluminação, a higiene, a temperatura local, a ventilação, o silêncio, a privacidade, a estrutura física, a ambiência, a preservação dos mobiliários, dentre outros. O

ambiente físico e o apoio das (os) profissionais são indissociáveis da prática de cuidado.

Uma pesquisa evidenciou que a limpeza e a ventilação do ambiente foram mais valorizadas do que a estrutura física, e que muitos profissionais, devido ao fato de estarem acostumados com a rotina, deixam de perceber esses detalhes¹¹. Em outro estudo, realizado em um hospital, as mulheres afirmaram que se sentiram bem acolhidas, mas a maioria ficou insatisfeita com a estrutura física e a falta de privacidade da instituição, não proporcionando às mesmas um sentimento de bem-estar¹². As entrevistadas desse estudo apontaram informações percebidas sobre o ambiente do CPN, conforme relatos:

Todo mundo educado, tudo limpo também, organizado (E: "Simone"). Cheguei aqui e realmente o lugar é lindo. Você se sente confortável (E: "Manuela").

Você pode ter no cavalinho, pode ter de cócoras, pode ter na banheira, onde você quiser. O quarto é adaptado justamente para isso (E: "Jéssica").

Foi pela escolha minha mesmo, porque lá [uma maternidade] "tava" em reforma e também aqui eu achei mais bonitinha (risos) (E: "Rebeca").

O ambiente pode influenciar na possibilidade de realização das práticas, conforme "Jéssica" destacou. Nos locais onde existem meios de realizar um parto verticalizado, em uma banheira, banco obstétrico e cavalinho, por exemplo, a mulher tem autonomia de escolher a posição que quiser. Já nos hospitais tradicionais, a mulher não dispõe desses meios, sendo a grande maioria dos partos horizontalizados, sem opção de escolha para a mesma.

A entrevistada "Rebeca" apontou que a estética do ambiente também influencia na escolha quanto à instituição procurada. A equipe de saúde deve criar um ambiente tranquilo e de apoio, propiciando conforto físico e emocional e facilitando o contato íntimo entre mãe e bebê o mais breve possível¹⁰. Por isso, é importante a implantação dos centros de parto nos moldes onde é possível ter no mesmo ambiente o pré-parto, parto e puerpério, mantendo a criança ininterruptamente ao lado da mãe e favorecendo o bem-estar de ambas. Diante disso, é de suma importância que a puérpera tenha um ambiente acolhedor e com privacidade que favoreça a sua participação ativa nas práticas de cuidado, valorizando a sua autonomia nos processos decisórios.

Transmitir calma e seguranças às mulheres

Pesquisas confirmam que a enfermeira obstétrica é uma profissional comprometida e qualificada que proporciona dignidade, segurança e autonomia, resgatando o parto como um evento fisiológico¹³. Quanto mais essas profissionais se atualizam por meio de cursos de aperfeiçoamento, melhor tende a ser o seu desenvolvimento profissional. Para que um cuidado seja implementado as enfermeiras necessitam ter conhecimento sobre as práticas e intervenções utilizadas e também o impacto que esses procedimentos podem causar nas mulheres, atentando-se para os possíveis efeitos deletérios.

Quando uma profissional atende uma parturiente, aquela deve estabelecer uma relação de confiança com essa, de forma a tranquilizá-la e fortalecer sentimentos positivos¹⁴. Para estabelecer essa relação, é necessário que a profissional demonstre, por meio de informações, as melhores condutas indicadas caso a caso, sempre individualizando o cuidado direcionado, não apenas à gestante, mas também à família e acompanhante(s).

As mulheres do estudo perceberam a competência técnica da enfermeira. Dessa forma, o seu profissionalismo influenciou positivamente no processo parturitivo, sendo possível identificar essa ação como sendo dignificante. A ação foi exemplificada nos relatos abaixo:

[...] ela [a enfermeira] foi muito calma, ela passou muita segurança de que ela sabia mesmo o que ela estava fazendo, muito profissionalismo (E: "Samanta").

Eu fiquei super tranquila, porque ela [a enfermeira] me passou segurança (E: "Flávia").

Eu não me senti insegura em momento nenhum (E: "Camila").

No "piniquinho" [banco obstétrico] a enfermeira me disse que poderia acelerar, ai eu fui. Não foi nem 10 minutos. Na verdade eu queria ter na cama né, mas ela me disse que no pinico acelerava, ai eu fui (E: "Rosana").

Entretanto, humanizar uma assistência exige não apenas empregar técnicas no atendimento, mas também mudar a cultura assistencial tecnicista⁷. É preciso que o cuidado seja baseado nas evidências científicas, com comprovação dos benefícios para as mulheres.

A entrevistada "Rosana", acima, comentou que a enfermeira indicou um parto verticalizado utilizando um banco obstétrico. Nesse caso a gravidade atua com mais facilidade e a expulsão ocorre com menor duração¹⁵. No atendimento às mulheres, as enfermeiras devem buscar meios de fazer com que as parturientes se sintam seguras para vivenciar o parto e confiem nas condutas que estão sendo implementadas.

A AUTONOMIA E A PARTICIPAÇÃO DAS MULHERES

Essa categoria refere-se à autonomia como sendo um processo de relação entre as usuárias e os serviços de assistência à saúde e consigo mesmas de forma que se tornam capazes de modificar as relações de poder. Já a participação diz respeito aos meios por meio dos quais as mulheres possam atuar, juntamente com as enfermeiras, na assistência de enfermagem, co-gerindo seus interesses².

Quando se considera a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente é importante considerar o direito à autonomia da mulher, o acesso dela às informações de qualidade e a participação ativa da mesma dentro do processo parturitivo. Esses fatores, utilizados em conjunto pela equipe de saúde em direção ao atendimento à mulher, promovem o protagonismo

da mesma que passa a enxergar o parto não apenas como um processo natural e fisiológico, mas um parto consciente e participado.

Veremos a seguir as ações que englobam os conceitos de autonomia e participação das mulheres, utilizados por enfermeiras obstétricas no CPN, conforme relato das puérperas entrevistadas.

Promover relações pessoais livres de coerção

Para que haja o resgate da autonomia da mulher, as relações estabelecidas entre profissionais e usuárias devem ser livres de coerção. O cuidado fornecido deve ser proporcionado com relações menos autoritárias para que as mulheres possam tomar uma decisão com liberdade, sem medo de pré-julgamentos ou rótulos que, porventura, as mesmas possam receber da equipe. Elas querem poder negociar os cuidados recebidos sem se sentirem intimidadas diante do autoritarismo profissional¹⁶.

No caso das mulheres do CPN, de acordo com as falas abaixo, foi evidenciado que elas puderam expressar a sua opinião livremente, sem receio do que as enfermeiras pudessem pensar. Independente se a conduta que as profissionais estavam sugerindo fosse benéfica, as mulheres deram o seu ponto de vista e explicitaram as suas necessidades e dificuldades sentidas no momento. Nesse caso, elas poderiam aceitar as condutas ou rejeitá-las caso as explicações dadas pelas profissionais não fossem convincentes ou se os benefícios não superassem as dificuldades apresentadas.

Porque foi assim, a enfermeira sugeriu, ela falou assim: - você não quer ficar acorçada não? Ai eu falei não que eu não vou aguentar. Mas ai na hora foi melhor (E: "Samanta").

Foi porque eu pedi para ficar sentada né, mas como eu não conseguia levantar, fiquei o tempo todo nessa posição mesmo [semi-sentada] (E: "Tatiana").

"Samanta" referiu que recebeu uma sugestão para ficar na posição de cócoras em um parto verticalizado, de início relutou em aceitar, mas foi convencida e resolveu aceitá-la. Já a entrevistada "Tatiana" também recebeu uma sugestão para modificar a posição no parto, escolhendo uma posição sentada, entretanto, devido ao desconforto físico, provocado pela dor, preferiu permanecer na mesma posição. Nessa situação, mesmo a posição sentada tendo os seus benefícios, as dificuldades apresentadas por essa mulher fez com que ela rejeitasse a conduta sugerida pela enfermeira. Em ambas as situações o direito de escolha das mulheres foi respeitado e elas tiveram autonomia na tomada de decisões.

Por outro lado, as enfermeiras forneciam opções para que as parturientes pudessem escolher livremente o que fossem mais convenientes ou confortáveis para a promoção do próprio bem-estar. Não seria uma situação de aceitar ou rejeitar condutas, mas de agir conforme as suas necessidades, livres de imposição ou coerções.

A enfermeira me perguntou primeiro o que queria. Eu disse a ela que eu preferia na bola e já tinha me dito que era bom. Ai ela falou: - você prefere ficar na bola debaixo do chuveiro ou aqui fora? Eu prefiro ficar debaixo do chuveiro que eu tomo logo banho. Eu fiquei lá 1 hora (E: "Tamires").

Ela, a enfermeira, ficou falando para que eu prove, para que eu fique olhando qual era para mim a melhor posição para eu usar. Ai eu ia mudando (E: "Manuela").

Em uma pesquisa realizada, o uso das práticas e atitudes foi considerado benéfico para as mulheres e essas relataram que os seus potenciais internos foram fortalecidos ao realizar a tomadas de suas próprias decisões⁹. Devido a isso, o cuidado direcionado às mulheres deve ser compartilhado com elas, dando a oportunidade de escolherem o que mais lhe convier, sem, no entanto, deixarem de ser estimuladas a seguir as boas práticas.

Favorecer o acesso às informações

Para que a mulher possa ter a autonomia de fazer uma escolha consciente, a informação recebida é fator bastante relevante. Nessa perspectiva dizemos que o acesso às informações faz com que as mulheres tornem-se empoderadas. O empoderamento é um processo educativo destinado às usuárias e usuários dos serviços de saúde, com o objetivo de ajudá-las (os) a desenvolver os conhecimentos, atitudes, habilidades e autoconhecimento necessário para que possam assumir efetivamente a responsabilidade com as decisões a serem tomadas no tocante à sua saúde¹⁷.

A fala da entrevistada abaixo revela que a mulher recebeu orientações que facilitaram as escolhas realizadas.

Dentro do quarto, eu recebi orientações, tomei banho o tempo que eu quisesse ficar. Podia escolher o local onde eu ia ter o meu filho, porque tem várias opções (E: "Jéssica").

É pertinente destacar que as orientações devem ser administradas com segurança, para que seja possível o entendimento tanto pela parturiente quanto por acompanhante¹⁴. Além disso, é preciso que haja *feed-back* por parte das mulheres para que a equipe de saúde entenda se a informação ou orientação repassada foi recebida corretamente por elas.

Para que a educação em saúde seja transformada em uma tomada de consciência crítica e com autonomia, é preciso haver a presença da comunicação, por meio do diálogo aberto e da escuta ativa¹⁷. Como já dito anteriormente, a comunicação faz parte do processo de acolhimento e é uma ação dignificante de enfermagem. Quando há um diálogo capaz de promover a segurança nas mulheres, essas associam à boa assistência recebida por profissionais de saúde. Conforme relatos:

Ai ela [a enfermeira] ensinou tudo e sempre ia na sala, sempre perguntando se eu estava sentindo alguma

coisa, se eu estava melhor, observava e a assistência foi muito boa aqui (E: "Jéssica").

Eu conversei com a enfermeira que estava acompanhando o meu parto, perguntei a ela, tirei todas as minhas dúvidas... (E: "Rosana").

"O empoderamento compreende a alteração radical dos processos e estruturas que reduzem a posição de subordinada das mulheres como gênero"¹⁸. Logo, tirar as dúvidas das mulheres fornecendo-as informações adequadas e instituindo um ciclo de confiança, têm como consequências relações mais harmoniosas e a possibilidade de fazer escolhas com mais autonomia, favorecendo o protagonismo no processo de parto.

Estimular a participação ativa das mulheres

A autonomia das mulheres no parto requer delas que participem ativamente de todo o processo de parturição, sendo respeitados os seus direitos de cidadania e recebendo uma assistência com base nas evidências científicas. A parturiente se sente mais segura e confiante quando a ela é dada a possibilidade de participar das práticas e procedimentos que envolvem o parto¹¹.

Ao falar da participação ativa das mulheres, está implicada a necessidade de haver, previamente, uma tomada de consciência dessas sobre as práticas que serão utilizadas e também de receberem estímulos por parte da equipe de saúde para participarem. Para isso, as mulheres devem ser encorajadas a atuar como peça-chave do evento parturitivo.

Para que a participação das mulheres possa trazer benefícios às mesmas, é fundamental que a equipe de saúde apresente possibilidades de práticas com algum embasamento científico, para que as mulheres não se tornem "tarefeiras" na realização de atividades que não irão causar nenhum impacto positivo na evolução do seu trabalho de parto/parto.

Os depoimentos a seguir, destacam que as enfermeiras, ao convidarem as gestantes a participarem de algumas práticas, informaram sobre o porquê de estar indicando e não meramente fazendo a indicação das práticas sem fundamento ou de acordo com anseios próprios, conforme as falas abaixo:

Foi a enfermeira [x] que escolheu o cavalinho, mas é porque também ficava mais confortável. Eu estava assistindo a televisão e ela botou o cavalinho na frente (E: "Inara").

Ai teve uma enfermeira que perguntou se eu queria sentar no banquinho para relaxar... Eu sentei no banquinho, para mim foi a melhor posição (E: "Priscila").

Pediram para mim fazer. No início foi a caminhada para ir dilatando e depois mandou fazer uns exercícios, ficar na bola e no cavalinho (E: "Simone").

Dessa forma, as enfermeiras obstétricas do CPN favoreceram a participação das mulheres nas práticas de conforto ao estimularem o uso do cavalinho e do banco obstétrico, com a justificativa de promover um bem-estar, por ser mais confortável,

e promover um relaxamento com o uso dessas respectivas práticas. Essas também podem ser utilizadas como terapias não farmacológicas para o alívio da dor e são amplamente estimuladas pelo Ministério da Saúde e pela OMS. Assim, para haver a participação das mulheres, o conhecimento deve permear as condutas indicadas.

Por outro lado, ao analisar a fala das puérperas foi possível perceber que, mesmo em poucas situações, as ações realizadas por parte de algumas profissionais acabou por retirar da mulher o tão almejado protagonismo na parturição. Muitas vezes, a postura rígida de membros da equipe de saúde que visa apenas o tecnicismo do modelo biomédico, impede que as (os) profissionais façam uma reflexão crítica para saber o que seria melhor para as mulheres. Essa postura pode torná-las (os) incapazes de pedir a opinião dessas no momento da realização de práticas ou intervenções.

Os depoimentos a seguir evidenciam bem essa assistência fornecida a duas mulheres que não tiveram a autonomia de decidir sobre o momento de iniciar o aleitamento materno ao recém-nascido e com isso ficaram em um dilema: ficar calada e sentir a dor da sutura e da amamentação ao mesmo tempo, ou se desesperar e negar o aleitamento até que a sutura fosse concluída.

Eu queria que esperasse mais um pouquinho, terminar de costurar... porque foi tudo ao mesmo tempo, ai incomoda um pouquinho, porque dói (E: "Mariana").

Elas queriam me dar para eu dar mama a ela, mas só que eu fiquei em um desespero tão grande que eu fiquei morrendo de medo de tomar ponto, foi ai que eu fiz um barraco aqui nessa maternidade. [...] Ai eu disse não, depois, pelo amor de Deus, agora não! (E: "Yasmin").

De acordo com os relatos das entrevistadas foi possível perceber que foi uma enfermeira que fez a sutura de laceração de "Mariana". Essa mulher era secundípara e, portanto, tinha experiência em partos anteriores e tomou a decisão de se calar, mesmo diante da dor que estava sentindo. Ressalta-se que muitas mulheres têm dificuldades de assumir um papel participativo em função da cultura de subordinação a que sempre foram submetidas⁹. Emerge dessa situação que muitas mulheres precisam ser conscientizadas a lutar pelos seus direitos para poder reivindicar um melhor cuidado.

Quanto à "Yasmin", não foi possível identificar quem fez a sutura, se foi médica ou enfermeira, sabe-se que o parto foi assistido por enfermeira, mas nem sempre no CPN as intervenções são realizadas pela mesma profissional. Entretanto, independente da identificação, a mulher era primípara, sem experiência prévia de parto ou de sutura perineal e essa experiência pode acarretar consequências negativas em possível vivência parturitiva futura, devido à memória do desgaste sofrido.

Essas situações são exemplos de um cuidado desumanizado e de uma ausência de uma ação dignificante de enfermagem em que não houve a valorização da comunicação, e nem

tampouco foi favorecido a autonomia e a participação dessas mulheres. A OMS valoriza o aleitamento materno na primeira hora do nascimento¹, mas pode-se inferir que houve uma imposição dessa prática, pois não foi levada em consideração as suas opiniões. A violência do corpo da mulher e a invasão são ações que revelam atitudes autoritárias das profissionais de saúde.

A assistência de enfermagem quando orientada por indicadores de gênero permite revelar, em muitos serviços de saúde, uma atitude autoritária, descompromissada e descontextualizada no tocante ao atendimento às mulheres, implicados nos direitos de cidadãs². Com a utilização das práticas de cuidado, oferecidas por enfermeiras obstétricas às mulheres do CPN, sejam essas utilizadas positivamente ou negativamente, foi possível perceber as iniquidades existentes entre as relações enfermeira-usuária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi apresentado, o estudo revelou que a utilização dos conceitos de dignificação, autonomia e participação foi um recurso útil que permitiu conhecer quais foram as práticas de cuidado prestadas por enfermeiras obstétricas às mulheres do CPN e revelou um cuidado que valoriza a integralidade das ações e utiliza um enfoque centrado nas necessidades das usuárias. Embora se fale de autonomia e participação, o que mais se observou foram as práticas dignificantes, talvez por serem mais perceptíveis para as mulheres e devido a isso relataram com mais intensidade. A dignificação é considerada um ponto básico, que deve existir em todos os serviços de saúde, de modo que as mulheres possam ser atendidas em um ambiente adequado, com acolhimento, com a utilização de práticas eficientes e aceitáveis etc. Essa ação dignificante diz respeito, principalmente, ao próprio serviço de saúde.

Por outro lado, o CPN estudado precisa avançar mais em relação aos meios de promoção do protagonismo da mulher e do seu empoderamento por meio de cuidados de enfermagem que favoreçam a sua autonomia e participação ativa. Essa promoção é considerada um ponto-chave e diferencial nos serviços de saúde.

O suporte fornecido por enfermeiras durante o trabalho de parto dignificou o cuidado de enfermagem e evidenciou que a sua atuação em CPN deve ser valorizada, visto que nesse local elas têm mais autonomia para atuarem.

Acresce frisar que, com a utilização desses conceitos, revelou-se uma situação de alerta ao observar que, mesmo em poucas situações, houve uma supervalorização das práticas baseadas em evidências, sem, no entanto, evidenciar uma consciência crítica por parte das profissionais envolvidas, e nem utilizado o bom-senso para se verificar o momento adequado para a utilização dessas práticas. Nessas situações não foi levando em consideração a opinião das próprias mulheres e nem o seu direito de decidir.

Portanto, para que as enfermeiras possam continuar presutando um atendimento de qualidade é indispensável possibilitar

a desconstrução do viés de gênero, que coloca as mulheres em situação de subalternidade frente às relações existentes entre profissionais e usuárias, sendo esse um determinante biológico que as impedem de fazerem uma escolha consciente e de terem o controle sobre o seu próprio corpo. É indispensável considerar o impacto que as questões de gênero têm na saúde, contribuindo para o desenvolvimento de processos de autonomia das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas - ONU. Texto Integral do Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento. Cairo (EGY): ONU; 1995.
2. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção Integral à saúde do homem: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
3. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (RJ). Unidade de Saúde Parceira do Pai. Rio de Janeiro (RJ): Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2009.
4. Freitas WM, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saude Publica*. 2007 jan;23(1):137-45.
5. Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth*. 2009 dec;36(4):305-18.
6. Souza CLCBI, Silvia PC. Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. *Paidéia*. 2009 jan/abr;19(42):97-106.
7. Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Guedes RN, Lucena KDTL, Costa APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev. Saúde Pública*. 2009 fev;43(1):85-90.
8. Krob AD, Piccinini CA, Silva MR. A transição para a paternidade: da gestação do segundo mês de vida do bebê. *Psic.-USP*. 2009 abr/jun;20(2):269-91.
9. Krueh CS, Lopes RCS. Transição para a parentalidade no contexto de cardiopatia congênita do bebê. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2012 jan/mar;28(1):35-43.
10. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
11. Garten L, Nazary L, Metzger B, Buhner C. Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 2013 jan;33(1):65-9.
12. Nogueira JRDF, Ferreira M. O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Rev. Enf. Ref*. 2012 dez;3(8):57-66.
13. Oliveira RC. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: O trabalho do Antropólogo. 3ª ed. São Paulo: Unesp; 2006.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
15. Hollywood M, Hollywood E. The lived experiences of fathers of a premature baby on a neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*. 2011 Feb;17(1):32-40.
16. Feeley N, Waitzer E, Sherrard K, Boisvert L, Zerkowitz P. Fathers' perceptions of the barriers and facilitators to their involvement with their newborn hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Clin. Nurs*. 2013 Feb;22(3-4):521-30.
17. Perdomini FRI, Bonilha ALL. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. *Texto Contexto Enferm*. 2011 set;20(3):445-52.
18. Schmidt KT, Sassá AH, Veronez M, Higarashi IH, Marcon SS. The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception. *Esc. Anna Nery*. 2012 Jan./Mar.;16(1):73-81.