

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE (FESF)
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Geovania Brandão de Oliveira

**DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A SALA DE PARTO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

Camaçari – Bahia

2017

Geovania Brandão de Oliveira

**DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A SALA DE PARTO:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Fundação Estatal de Saúde da Família – Trabalho
de Conclusão de Curso da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família.

Orientadora: Grace Rosa

Camaçari – Bahia

2017

Geovania Brandão de Oliveira

**DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA A SALA DE PARTO: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Fundação Estatal de Saúde da Família – Trabalho
de Conclusão de Curso da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família.

Data da defesa: 22 de fevereiro de 2017

Banca examinadora:

Nome

Assinatura

Grace F. S. Rosa – Orientadora

João André S. Oliveira

Cristiane Marbly Araújo Abreu

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que merecem o reconhecimento, em especial é preciso agradecer...

A Deus pelo dom da vida, pela fé e força que me fez levantar e extrair o que há de bom nos obstáculos que permearam a nossa jornada.

Aos meus pais, por acreditarem no meu sonhos, possibilitando a realização dos mesmos, pelo apoio e compreensão, enfim... por existirem e por serem responsáveis pela minha existência.

A Grace Rosa, orientadora, compreensiva, prestativa, que apesar das inúmeras tarefas e compromissos diários optou por me orientar, e por partilhar minhas angústias, anseios e dificuldade.

Aos pacientes que me inspiraram a realizar um trabalho capaz de modificar a minha vida, tanto profissional, como enquanto ser humano.

Aos amigos, companheiros de jornada, resistentes que fizeram do nosso caminho o mais perfeito de todos.

Ao meu noivo, pelos conselhos dispensados, pelo ouvido e ombros sempre disponíveis para cada necessidade, por ser meu acalento, por me amar, por partilhar uma vida e compreender que não importa a distância que nos separa, se há um céu que nos une, tornando de duas vidas uma só.

“Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”

(Michel Odent)

RESUMO

O estudo teve como objetivo relatar a experiência de cuidado ao pré-natal na Estratégia da Saúde da Família e em um Centro de Parto Normal, enquanto enfermeira residente, ocorrida no período entre 2015 e 2016. A vivência foi percorrida entre uma unidade de Saúde da Família, localizado no município de Camaçari e no Centro de Parto Normal situado na cidade de Salvador. O pré-natal é o momento adequado para intervir nos possíveis anseios e dificuldades relacionados a gestação, parto e puerpério, porém o protagonismo das consultas esta voltado ao atendimento individualizados e com condutas tecnicistas que priorizam apenas procedimentos técnicos, findando para segundo plano compreensão do contexto na qual a gestante está inserida e do significado da gravidez para a mesma. O pré-natal, apresenta grande poder de intervenção, pois poderão ser estabelecidas estratégias de cuidado que permeiem suas reais necessidades e intervenções direcionadas, além de que o preparo para o parto o antecede e o período durante o pré-natal é o momento adequado ao desenvolvimento de práticas educativas tanto nos espaços de atendimento individual, quanto nos processos coletivos através de atividades coletivas, para gestante e familiares. Foi possível constatar o despreparo durante o parto relacionados ao conhecimento das fases que antecedem o parto e a fase ativa, causando idas desnecessárias a Unidade de Saúde, bem como ansiedade e medo. A grande maioria das gestantes desconhecem os direitos adquiridos, como direito a acompanhante, necessidade de autorização de qualquer intervenção, possibilidade de optar pela posição que mais encontrar confortável, enfim garantia de um parto e atendimento humanizado.

Palavras-chave: Pré-natal, gestação, parto, residência.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
EqSF	Equipes de Saúde da Família
FESF	Fundação Estatal de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	9
2-PERCURSO METODOLOGICO	12
3-OS DESAFIOS PARA CONSTRUIR UMA NOVA ALIANÇA COM O SUS.	13
3.1-O PREPARO PARA UMA NOVA VIDA NA GESTAÇÃO	15
3.2-SOMANDO OS SABERES	20
3.3-PARTO MUNANIZADO: MUDNDO A FORMA DE NASCER	21
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

Historicamente o Brasil apresenta uma das maiores taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal do mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde o Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 43% desde a década de 90 (BRASI, 2015). Para enfrentamento dessa realidade, os governos dos últimos 18 anos vêm investindo na criação de Políticas, Programas e regulamentações como forma de orientar e qualificar o cuidado dessa população.

O Programa de Humanização do parto e nascimento foi instituído através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, apresentando como objetivo principal a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, através da ampliação do acesso ao pré-natal, criação de critérios para qualificação do cuidado e induzir a produção de rede entre a assistência e os serviços de realização do parto.

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade da atenção propriamente dita, quanto as questões culturais e ideológicas da produção do cuidado, ainda centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático. (MENDES, 1984; TANAKA, 1995). No pré-natal, é essencial superar condutas tecnicistas centradas no corpo biológico. Vale dizer que se deve compreender o contexto no qual a gestante está inserida e do significado da gravidez para a mesma, podendo assim ser estabelecidas estratégias de cuidado que permeiem suas reais necessidades (BARRETO, et al, 2013).

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. A consulta de pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade para verificar seu estado de saúde; devendo-se portanto, considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente (BRASIL, 2010).

A dificuldade em garantir a articulação entre os serviços da rede de modo que funcione de forma integrada, pode gerar impacto na vinculação da mulher durante o seu pré-natal ao serviço onde o parto será realizado. Esta situação leva às mulheres em trabalho de parto a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, constringendo um aspecto fundamental dos direitos previstos na lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, sobretudo em

seu Art. 1º, que diz que toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde – SUS, tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto.

Além do desconforto e tensão que esta situação pode produzir na mulher em um momento tão delicado, esta dificuldade de acesso facilitado ao serviço de saúde onde o parto será realizado pode ter consequências fatais. Verifica-se um grande percentual de mortes maternas ocorre nas horas peri-parto, portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis (FAÚNDES e CECATTI, 1991; TANAKA, 1995).

A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial da gestante para realização do pré-natal, é o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal, continuado e integral, bem como coordenação do cuidado e em articulação com outros pontos da atenção. **O trabalho com as mulheres durante o pré-natal precisa ser ressignificado com a abrangência na produção de informações garantidas às gestantes desde o início da gestação, as orientações necessária e criando oportunidade de envolvimento da mulher e de seus familiares, na promoção do cuidado.**

O Centro de Parto Normal (CPN) é uma unidade desenvolvida para o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto de risco habitual. A humanização implica compromisso com a ambiência e o espaço físico apresenta um papel como ambiente social, profissional e de relações interpessoais e proporcione atenção acolhedora humana e resolutiva com condutas baseadas em evidencia científicas, garantindo assim melhorias da condições de trabalho e de atendimento.

A proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família é contribuir na reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivo formar profissionais de forma integral e em equipes multiprofissionais, para que desenvolva um compressão ampliada do seu papel na atenção primária e no SUS.

Este estudo pretende-se descrever e refletir sobre a experiência de cuidado ao pré-natal na Estratégia da Saúde da Família e em um Centro de Parto Normal, enquanto estive como enfermeira residente, no período entre 2015 e 2016.

Espera-se que o estudo possa contribuir na reflexão das práticas de cuidado e gestão de profissionais de saúde que se dedicam à saúde da mulher, contribuindo para uma assistência humanizada, não só às mulheres, mas a todos os envolvidos nesta fase do ciclo da vida.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa na modalidade de relato de experiência. A experiência relatada ocorreu no período compreendido entre 09 de março de 2015 a 23 de julho de 2016, enquanto estive como enfermeira residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ofertado pela Fiocruz-BA em parceria com a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS).

A primeira parte da experiência relatada se deu em um serviço da Estratégia da Saúde da Família na região quatro do município de Camaçari. Este município localiza-se na região metropolitana de Salvador e é campo de prática da residência para os estágios da área de concentração do programa. A segunda parte da experiência se deu no Centro de Parto Normal (CPN) Marieta de Souza Pereira, localizado em Salvador,, local escolhido por mim para a realização do estágio eletivo da residência que teve duração de 50 dias.

Para a construção deste relato de experiência, utilizei elementos da minha memória cognitiva e afetiva, além de registros em prontuários, livros ata, diário de bordo e portfólio.

Os elementos trazidos no relato de experiência serão refletidos e analisados tendo como referência algumas produções que abordam o tema. Essas produções foram acionados conforme fui identificando a necessidade de diálogo com outros autores e formulações normativas. Para tanto realizei buscas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente no LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

3 OS DESAFIOS PARA CONSTRUIR UMA NOVA ALIANÇA COM O SUS

Em março de 2015, quando iniciei enquanto enfermeira do Programa de Residência em Saúde da Família, fui inserida em um serviço de saúde que, funcionava como Unidade Básica de Saúde tradicional até a nossa chegada. Esta unidade era referência para uma população de aproximadamente 30 mil habitantes da atual região quatro do município de Camaçari.

Um dos propósitos do Projeto Político Pedagógico da Residência é contribuir com as gestões municipais na mudança do modelo de atenção para qualificar a atenção básica e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. Desta forma, a pedido da gestão de Camaçari, a implantação da residência nesta unidade teria como um dos seus objetivos, transformá-la em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

A população deste território foi dividida em áreas de adscrição de 5 equipes de Saúde da Família (EqSF), sendo que cada uma delas ficou com uma população de aproximadamente 3 mil habitantes. Outra parte da população antes referenciada para esta unidade, passou a ser atendida em outro serviço, criado a partir da implantação da residência, com mais quatro EqSF.

O manual do Ministério da Saúde (MS), de 2008, expõe que a “Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da Atenção Básica tradicional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças dos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida”. Para tal, a Equipe de Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar.

O desafio de assumir as responsabilidades assistenciais como enfermeira residente em uma equipe de saúde da família na minha segunda experiência profissional, foi potencializado por este outro desafio da mudança de modelo de atenção a esta população. A expectativa inicial que eu tinha era que seria difícil e lento o processo de mudança, porém não tinha dimensão do tamanho desse desafio e das provações que eu enfrentaria diariamente enquanto profissional.

Logo no início, identificamos muitos problemas e fragilidades que poderiam se apresentar como elementos a mais neste desafio. Percebeu-se que a estrutura física da unidade e o abastecimento com materiais e insumos estava muito aquém do ideal para o bom

funcionamento do serviço nos moldes que estava sendo proposto, impactando diretamente na qualidade do pré-natal, encontrávamos dificuldade de garantir salas disponíveis para o atendimento devido condições insalubres de funcionamento como salas mofadas e sem ventilação. Além disso, grande parte dos trabalhadores com vínculo municipal que se mantiveram no serviço apresentaram certa resistência inicial às mudanças que estavam sendo propostas. Pudemos perceber que muitos deles se mostraram pouco dispostos a modificar as suas práticas e colaborarem com os novos arranjos para a organização do processo de trabalho da equipe, o que possivelmente contribuiu com o aumento da tensão com parte da população. Encontramos ainda dificuldade com a própria gestão municipal. Todas estas tensões exigiram um esforço ainda maior de todos os atores da residência (residentes, preceptores, tutores e coordenação) e do nível central da gestão do Departamento da Atenção Básica do município, para operar as mudanças que foram identificadas como necessárias.

A reorganização do território para referenciar a população à sua respectiva equipe se deu de forma lenta e gradual, uma vez que o serviço não fechou para que essas mudanças pudessem ocorrer. Assim, a população continuava indo ao serviço em busca de atendimento, tentando compreender todas as mudanças que estavam ocorrendo no serviço e a equipe de residência tentava se organizar nestas mudanças ao mesmo tempo que atendia a população.

Mesmo com a implantação do acolhimento como estratégia de ampliação do acesso ao serviço de forma mais equânime, integral e organizada, muitas vezes os atendimentos aconteciam de forma desordenada e em uma quantidade muito acima do previsto para a ESF. Pessoas que residiam em todas as localidades de Camaçari estavam acostumadas a acessar o serviço em busca de um atendimento com especialistas como se ainda fosse uma Unidade Básica de Saúde no modelo tradicional. Assim, atendíamos um número exorbitante de pessoas, sem que a equipe conhecesse sua população de abrangência. Todos os pacientes atendidos tinham um cartão da unidade com o número de prontuário, onde o mesmo era aberto por ordem de acesso ao serviço o que produziu um arquivo com mais de 80 mil prontuários, mesmo que o serviço estivesse programado para uma cobertura de 12 mil habitantes.

Parte da população teve resistência em aceitar a nova divisão alegando que possuía o cartão e que há mais de 30 anos era atendido ali, recusando-se a procurar os serviços de referência para a sua residência, mesmo que isso significasse melhor acesso e mais conforto, sob a ótica da equipe e do que é preconizado pelos parâmetros de organização do sistema de

saúde. Avalio criticamente que ocorreu falha na comunicação com a população por parte da gestão local, coordenação da residência e os próprios residentes no processo de transição. As mudanças foram apresentadas a população sem que houvesse a devida produção de sentido e participação na tomada de decisão para operar tais mudanças.

3.1 O preparo para uma nova vida na gestação

Antes da implantação da Estratégia da Saúde da Família através da residência, o atendimento ao pré-natal era realizado pelo médico obstetra e, apenas eventualmente a enfermeira era envolvida. O acesso ao especialista era facilitado, mesmo que não houvesse justificativa ou indicação clínica. O manual técnico de gestação de alto risco do ano de 2016 apresenta uma descrição de Caldeyro Barcia de 1973, sobre a definição de gestação de Alto Risco sendo “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. São utilizados critérios para estratificação de risco gestacional, devendo ser avaliado criteriosamente os fatores relacionados como : Características individuais e condições socioeconômicas desfavoráveis, história reprodutivas anteriores, condições clínicas preexistentes e complicações no decorrer da gestação.

A realização do pré-natal pelo especialista reforçava uma lógica de cuidado centrado no médico tão presente em nossa sociedade e produziu esta demanda naquela população. Até aquele momento, os atendimentos para enfermagem eram centrados nos programas de tuberculose, hanseníase, sendo deixado para segundo plano as consultas de pré-natal e demais programas. Com a mudança do modelo de atenção desta unidade, o pré-natal passaria a ser realizado pela equipe de saúde da família, com as consultas alternadas entre o médico de família e a enfermeira, além do acompanhamento odontológico pelo dentista da equipe, conforme preconizado pelo caderno numero 32 da Atenção Básica. A população, inicialmente apresentou resistência, não aceitando e nem reconhecendo o atendimento feito pelas equipes de saúde da família.

Diante do tamanho da população e o serviço organizado de tal modo que não garantia o acesso necessário, gerava uma enorme demanda reprimida para assistência ao pré-natal. Por conta disso, os atendimentos para esta população passaram a ser uma prioridade para as equipes de saúde da família que foram implantadas a partir da residência. No entanto, diante

do grande volume de consultas agendadas em um mesmo turno, a qualidade desses atendimentos muitas vezes ficava comprometida.

Eram atendidas uma média de 05 mulheres por turno e as consultas transcorriam em uma média de 40 minutos. Elas eram atendidas por ordem de chegada, apesar das inúmeras tentativas de marcação por hora ou bloco de horas e das conversas individuais abordando as vantagens de evitar horas desnecessárias de espera e melhor programação do seu tempo. Mesmo com todo esse esforço, não conseguimos implementar.

Ao chegarem no serviço, as gestantes se dirigiam ao acolhimento e eram escutada por uma pessoa de referência, conforme seu endereço residencial. Após essa primeira escuta, eram encaminhadas para avaliação de algum profissional da sua equipe de adscrição quando era agendada uma consulta para a enfermeira ou médico correspondente; as marcações odontológicas eram realizadas no próprio consultório odontológico pela auxiliar odontológica ou pelos próprios dentistas.

Devido a dificuldade de destacar um profissional de nível médio para a realização da triagem, onde seria feita aferição da pressão artéria medida da altura, pesagem e teste de triagem pré-natal, como seria o ideal para otimização das consultas de enfermagem ou médico, estas ações eram realizadas antes de cada consulta e, particularmente na primeira consulta e no terceiro trimestre de gestação de pré-natal era realizado o teste de triagem pré-natal e teste rápidos, atrasando assim as demais consultas.

Durante a primeira consulta era preenchido o impresso de cadastramento da gestante, cartão da gestante, sombra do cartão da gestante, prontuário além do livro de registro de controle de gestante por enfermeira, livro de realização de teste de triagem e teste rápido, bem como impressos para realização de triagem pré-natal e termo de consentimento, resultado do teste rápido e e-sus. Além de todas essas ações, era preciso coletar o histórico reprodutivo atual e progresso, realizar exame físico, receitas, esclarecimento de dúvidas e pactuações.

O contexto de superlotação da sala de espera, demanda reprimida e dificuldades estruturais, levavam a uma mecanização da consulta, muitas vezes colocando no centro as ações de registro, burocratizando o atendimento e deixando a produção de vínculo e escuta qualificada sem a devida centralidade no decorrer da consulta, além de torná-las cansativas e sem sentido para a gestante. Há um reconhecimento da importância dos registros, mas é

preciso que trabalhadores e gestores dediquem uma atenção a esta questão para avaliar o que é possível ser feito para que, neste contexto, isso não ganhe um tamanho maior do que é possível de ser realizado e comprometa o cuidado, gerando relações verticalizadas entre usuários e profissionais.

As questões voltadas para a compreensão do contexto na qual a gestante estava inserida e do significado da gravidez para a mesma e seus familiares era um dos aspectos mais comprometidos nesse contexto. Além do volume de impressos a serem preenchidos, da realização de triagem e demais procedimentos, me sentia pressionada pela grande quantidade de gestantes aguardando atendimento do lado de fora da sala, Acrescento a estas dificuldades a minha fragilidade e despreparo enquanto profissional, formada no modelo biomédico e com poucas ferramentas para oferecer uma escuta qualificada e dar o suporte necessário. Com os recursos que eu dispunha naquele momento, não conseguia valorizar algumas questões da dimensão subjetiva e social da gestação, centrando meus atendimentos nos aspectos biológicos envolvidos no processo gestacional. Havia, ainda, uma limitação quanto à produção de rede, pois eu não tinha domínio dos equipamentos de saúde que a rede dispõe, dos fluxos e não tinha tempo e nem traquejo para produzir esta articulação da forma como deveria.

As questões voltadas para a compreensão do contexto na qual a gestante estava inserida e do significado da gravidez para a mesma e seus familiares, devido a burocratização e necessidade da realização de triagem e demais procedimentos, eram muitas vezes deixadas para segundo plano. Ficando claro a necessidade de estratégia para qualificação da assistência, meios que diminuam a burocratização e atenuação das relações verticais que se estabelecem entre usuários e profissionais.

Cada gestante vivencia de forma distinta sua gravidez, que desde o início é um período de mudanças físicas e emocionais. Assim, a assistência ao pré-natal deve ter como seu principal objetivo acolher a gestante desde o início, buscando compreender os múltiplos significados daquela gestação. Sendo que, esse é o primeiro passo para o parto e o nascimento humanizados (BRASIL 2010).

Além de me sentir pressionada pela grande quantidade de gestantes aguardando atendimento do lado de fora da sala, eu percebo que naquele momento eu não tinha uma escuta qualificada e desenvolvida para valorizar algumas questões da dimensão subjetiva e

social da gestação, centrando meus atendimentos nos aspectos biológicos envolvidos no processo gestacional, apresentava ainda dificuldade em direcionar as gestantes quando necessário, pela rede de atenção do município devido a desorganização e falta de fluxo.

Após a mudança de UBS para USF, o serviço ainda permaneceu um período com alguns profissionais especialistas como pediatra, ginecologista nutricionista e assistente social. Essa permanência foi necessária por este período em caráter de transição para que houvesse a produção de sentido da mudança para a comunidade que estava acostumada a ter aqueles profissionais, e também para a diminuição de tensões com os próprios profissionais que não desejavam essa mudança de modelo e que já estavam ali estabelecidos. As tensões e disputas de modelo se expressavam de muitas formas, mas uma das mais emblemáticas se dava pela disputa das salas. Alguns desses profissionais, mesmo com uma carga horária reduzida no serviço, algumas vezes indo apenas um dia na semana, se apossavam das salas como se fossem particulares, chegando até mesmo a levar as chaves. Com isso, os profissionais das EqSF não dispunham de salas suficiente para realizarem os atendimentos previstos na agenda padrão e comprometendo muito as consultas de pré-natal.

Além disso, havia uma grande dificuldade em equipamentos essenciais para atendimento, como sonar, gel condutor, balança além de impressos e insumos básicos em falta ou em precárias condições de uso.

Muito desestimulante e difícil trabalhar em condições mínimas, que muitas vezes chegam a ser insalubres, interferindo na assistência prestada. Com a preocupação de penalizar o mínimo possível a população, além do que são penalizados pelas condições que não temos poder de intervenção, utilizávamos algumas estratégias como reversamento de salas e escala de pré-natal e demais atendimentos nas salas que possuíam melhores condições de uso e equipamentos com bom funcionamento. Na falta de impresso utilizávamos folha de ofício para fazer as fichas de evolução e receituário, bem como ficha de encaminhamento e demais impressos em falta.

As agendas eram abertas gradativamente durante o mês devido a grande demanda reprimida e problemas na marcação e no fluxo de acesso, sendo utilizado na maioria das vezes uma escuta qualificada para entender a real necessidade e direcionar o paciente pra a melhor resolução, como por exemplo atendimento no dia ou prazo para marcação.

Durante as consultas de pré-natal, percebi que as mulheres apresentavam muitos questionamentos, ansiedades e necessidade de acessarem informações essenciais para a realização de um bom pré-natal. Francisquini et al, (2010) traz que a mulher preparada durante o pré-natal, por meio de informações e orientações pertinentes à gestação, parto e puerpério, enfrentará estes períodos com maior segurança, harmonia e prazer, pois a falta de informação pode gerar preocupações desnecessárias e expectativas frustradas.

O caderno da Atenção Básica de Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher expõe que as gestantes devem receber orientações precocemente durante o pré-natal em relação a vários temas, entre eles, os tipos de parto, que deve ser completo, desde os aspectos técnicos, referentes ao trabalho corporal, incluindo rotinas e procedimentos da maternidade referencial, até aspectos cognitivos e emocionais (BRASIL, 2010). Para isso, os profissionais envolvidos nos serviços de pré-natal devem adotar medidas educativas.

Eu procurava estimular e incentivar a participação do parceiro ou de algum familiar no decorrer das consultas, porém a adesão sempre foi baixa, pois as gestantes alegavam que o parceiro estava trabalhando ou não se sentiam confortáveis ou interessados em participar das consultas. Avalio criticamente a necessidade de criar atividades que chamem a atenção e estimulem a participação dos parceiros e familiares durante as consultas ou em atividades pontuais.

O Ministério da Saúde lançou no ano de 2016 um guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde, este apresenta como estratégia a utilização do Pré-Natal do Parceiro, uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens às ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na Atenção Básica. Diante da experiência que tive neste quesito, penso que esta estratégia pode ter grande relevância para a qualificação das práticas dos profissionais e no fortalecimento das consultas de pré-natal, proporcionando maior vínculo e participação familiar durante a gestação.

Longo e colaboradores (2010), apresenta que o papel do acompanhante flutua entre ser presença apenas física e/ou provedor de suporte durante o parto, ambos igualmente importantes e descritos pelas mulheres como positivos durante a parturição. Vale ressaltar que a mulher tem o direito de escolher o seu acompanhante, cabendo à instituição dispor de

condições físicas e de recursos humanos para acolhê-lo. Caso ela não queira acompanhante, isso também deve ser respeitado.

3.2 Somando os saberes

No segundo mês do início da residência, foi deflagrada uma greve dos servidores municipais que teve uma duração de cerca de 60 dias. Embora as equipes fossem compostas por profissionais de nível superior vinculados à residência e que portanto, não entraram em greve, as atividades do serviço ficaram comprometidas pois não havia profissionais de nível técnico, médio, serviços gerais e administrativos.

As atividades coletivas de atenção ao pré-natal, que só havia tido dois encontros, foram interrompidas, mesmo havendo consenso na equipe sobre a importância e a necessidade da continuidade do grupo. Frustração é a palavra que define a descontinuidade do processo educacional planejado, com a pretensão inicial de ser uma atividade contínua e com grande expectativa e investimento para o estabelecimento de vínculo.

Vasconcelos (1999), explana que a Atenção Básica, dentre todos os cenários em saúde, é um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, uma vez que os serviços são caracterizados pela maior proximidade com a população, com ênfase nas ações de proteção e promoção da saúde.

As atividades educativas no pré-natal apresenta-se como uma ferramenta facilitadora de produção de conhecimento e autonomia para as mulheres, potencializando positivamente as experiências na gestação, parto e pós-parto, e deve ser favorecido através de um trabalho coletivo de escuta e de partilha que produzam o encontro das ideias, a construção de consensos e a responsabilização dos participantes. (COSTA; et al, 2011).

O preparo para o parto o antecede, sendo o período durante o pré-natal o momento adequado ao desenvolvimento de práticas educativas tanto nos espaços de atendimento individual, quanto nos processos coletivos através de atividades coletivas. A educação em saúde traduz-se como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes, é um dos modos estruturantes de práticas de saúde, sobretudo durante o pré-natal e um momento de grande descoberta e conhecimento para as primíparas.

3.3 PARTO HUMANIZADO: MUDANDO A FORMA DE NASCER

O Centro de Parto Normal (CPN), Marieta de Souza Pereira da Mansão do Caminho é o primeiro Centro de Parto Normal da rede cegonha do norte/nordeste, fica localizado na região metropolitana de Salvador. O objetivo primordial do CPN é adotar ações de atenção humanizada ao nascimento, como o acolhimento pleno à parturiente, com a presença de acompanhante durante todo o período da parturição, estimulando o fortalecimento do vínculo familiar proporcionando o acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor, o estímulo à deambulação e mudanças de posição durante o trabalho de parto. Além disso, pretende promover o contato pele a pele imediato da mãe com o recém nascido, e favorecendo a construção do vínculo do amor maior, Mãe/Filho; estimular o aleitamento materno ainda no ambiente de parto.

Apresenta como público alvo gestantes que atendam aos critérios de risco habitual durante o pré-natal e que atendam seguintes critérios: Gestação > 37 e < ou = a 41 semanas e 4 dias de gestação; Realização de no mínimo 4 consultas de pré-natal em qualquer unidade de saúde publica ou privada; Fase ativa do trabalho de parto: 3 contrações eficazes em 10 min, 4 cm de dilatação; Gestação única; Apresentação cefálica fletida; Níveis pressóricos normais; Ausência de intercorrências clínicas progressas ou atuais: Síndromes Hipertensivas; Ausência de intercorrências obstétricas progressas ou atuais e exames em dia.

Durante a vivencia no CPN, fiquei responsáveis por ministrar as rodas de gestantes. Aconteciam quinzenalmente as segundas-feiras, as 15hs, com duração média de duas horas e meia. O público alvo eram gestantes (a maioria delas vivenciando sua primeira gestação e algumas com histórias de gestações prévias) e acompanhantes. A roda apresentava como objetivo promover a vinculação de gestantes ao Centro de Parto Normal e prestar informações sobre o parto. É um espaço importante, uma vez que favorece esclarecimento de dúvidas, construção de novos saberes, e empodera a gestante a ter mais autonomia as decisões referente ao seu parto. Era organizado um circulo de conversação, em que as pessoas se apresentavam e referia o local em que estava realizando o pré-natal, momento destinado também para esclarecimento de dúvidas e interação com troca de experiência e demonstrado os métodos não farmacológicos para alívio da dor (cavalinho, bola, puff, banquet) e possibilidade de conhecer a estrutura do CPN.

Através da observação das rodas de gestantes percebi que a participação dos parceiros e familiares se destacavam, onde dentre os objetivos da roda era apresentação do Centro de parto e desconstrução de práticas que levam muitas vezes a violência obstétrica, utilizando

metodologia de roda de conversa, atividade prática e lúdica, abordando a temática de forma simples e espontânea.

Tive a possibilidade de observar vários sentimentos no centro de parto normal Marieta de Souza Pereira, que juntos eram manifestados como dor, medo ansiedade, desespero, insegurança, felicidade, eufória, encantamento, gratidão, alívio, realização, tudo isso sendo demonstrado em questões de segundos e com uma intensidade de tirar o folego.

Muitas desconhecem seus direitos adquiridos, como direito a acompanhante, necessidade de autorização de qualquer intervenção, possibilidade de optar pela posição que mais encontrar confortável.

Os profissionais de saúde do Centro de Parto apresentam uma postura diferenciada dos serviços que já tive a oportunidade de acompanhar, as gestantes são protagonistas em todo o processo expressando total autonomia nas decisões, a equipe explica quando necessário e oferece alternativas como posições na hora do parto, medidas para alívio da dor não medicamentosa, sendo necessário o consentimento para realização de procedimentos invasivos quando preciso e se necessário decisão em conjunto, equipe, paciente e família sobre determinadas condutas ou procedimentos.

Machado e Praça (2004), reafirmam a ideia anterior quando trazem que os centros de parto normal prestam assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é fator relevante, sendo a base principal para que tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado com seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente e convergente ao seu bem-estar.

São utilizados apoio psicofísico ou métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto como: Silêncio, privacidade, e ambiente adequado bem como iluminação agradável, musicoterapia e aromaterapia. Práticas voltadas para mobilidade durante o trabalho de parto também são utilizadas, auxilia na mobilidade dos ossos da bacia, reduzindo o tempo do trabalho de parto. Além da possibilidade do auxílio da banqueta, escada de ling, bola bobath e variedade de posições durante o trabalho de parto.

São empregados ainda técnicas de respiração, banho quente, massagem e dieta livre, auxiliando no relaxamento e alívio da dor, a importância do relaxamento está em não permitir

que a mulher lute contra a dilatação ou contra as dores por ela provocadas. Essa luta provoca tensão e medo, o que leva ao aumento da dor e a esse círculo vicioso.

É garantido a presença de dois familiares durante todo o processo que antecede o parto e o parto propriamente dito, a presença de acompanhante é de livre escolha da mulher, podendo a mesma optar por não ser acompanhada por familiares durante o parto, sendo ainda ofertado o acompanhamento de doulas no serviço.

Machado e Praça (2004) explicam que os centros de parto normais, dispõem de um conjunto de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências recomendadas e que os diferenciam dos serviços tradicionais de atenção obstétrica.

Correlacionando experiências vividas durante a graduação e atuação profissional, foi possível perceber que o Centro de Parto Normal se diferencia dos serviços tradicionais de atenção obstétrica, uma vez que resgata o direito a privacidade e a dignidade da mulher no período de pré-parto, parto e puerpério. Além disso, conta com uma assistência obstétrica totalmente voltada as necessidades do paciente e não apenas em procedimento e normas técnicas pré-estabelecidas, mais na valorização da individualidade da mulher.

Um aspecto bastante interessante que foi possível observar, caracteriza pela mudança dos papéis e poderes na cena do parto, uma vez que muitas vezes o parto é assistido por um enfermeiro obstetra, que tem total autonomia durante a parturição, gerando uma valorização do seu trabalho. Vale ressaltar, que não existe hierarquização entre profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem), visto que estes trabalham de forma horizontal e respeitam o trabalho do outro, algo pouco comum em outros serviços de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi de extrema relevância ter vivenciado o processo de trabalho de parto, parto e nascimento contribuiu significativamente na assistência prestada durante as consultas de pré natal, durante o estágio eletivo e após o término do mesmo. Foi uma experiência bastante enriquecedora, uma vez que adquirir novos saberes em relação ao parto podendo assim compartilhar toda essa experiência com as gestantes. Reafirmando a importância do preparo das gestantes e familiares para o momento do parto.

Consigo refletir criticamente que apesar das inúmeras dificuldades como estrutura física, falta de materiais e demais entraves enfrentados diariamente que é de suma importância um acompanhamento de qualidade e fortalecimento constante do vínculo. Hoje consigo ter um olhar mais sensível e atento para o que antes poderia ser passado despercebido, evidencio a importância do preparo físico/psíquico da mulher para o momento do parto durante toda a gestação.

Entendo que na prática o conhecimento dos direitos e promoção da autonomia não implica que terão seu direito adquiridos e uma assistência diferenciada, porém é meu dever como profissional orientar e incentivar sempre a busca de seus direitos a fim de evitar intervenções desnecessárias e nocivas.

Acredito que as práticas voltadas para atenção ao pré-natal e parturição precisam ser revista com a finalidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, empoderando as mesmas por meio de informações entre as consultas e por intermédio de rodas de conversas e experiência vivenciada, como forma de diminuir a violência obstétrica que caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

A continuidade e aperfeiçoamento da humanização do pré-natal, parto e nascimento e de novos avanços dependem muito do compromisso de cada profissional de saúde, da divulgação aos usuários e do reconhecimento dessa assistência como direito de todos.

REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BARRETO, C.N; RESSEL, L.B; SANTOS, C.C dos; WILHELM, L.A; SILVA, S. C. das; ALVES, C.N. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Revista de Enfermagem da ufpe on line.**, recife, 7(5):4354-63, jun., 2013. Disponível em: file:///C:/Users/Vanessa/Downloads/4355-41136-1-PB%20(2).pdf. Acesso em:23 de outubro de 2016.
- BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, Diário Oficial [da] União, 28 dez. 2007, Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>. Acesso em: 15 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçã de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde : Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Polítics de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
- COSTA, A.P; BUSTORFF, L.A.C.V; CUNHA, A.R.R; SILVA, M da C. S; ARAÚJO, V.S. Contribuições do Pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. **Revista Rene, Fortaleza**, 2011 jul/set; 12(3):548-54. Dispível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/a14v12n3.htm Acesso: 12.10.2015.

CRESWEL, J. W. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELFINO, M.R.R.; PATRICIO, Z.M.; MARTINS, A.S.; SILVÉRIO, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral e individual-coletiva. **Ciência & saúde coletiva** 2004;9(4):1057-66. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a26v9n4.pdf>. Acesso em: 20 de ago. 2016.

DUARTE, S.J.H.; BORGES, A.P.; ARRUDA, G.L. R. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Rer. de Enf. do Cento Oeste Mineiro**. 2011 abr/jun; 1(2):277-282. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/13/122> Acesso em: 10 set. 2016.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. (org). **Morte materna uma tragédia evitável**. Campinas: Editora da UNICAMP; 1991.

FRANCISQUINI, A.R; HIGARASHI, I.H; SERAFIM, D; BERCINI, L.O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Cienc. Cuid. Saude** , 2010 Out/Dez; 9(4):743-751. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/13826/7193>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

LAMY,G.O; MORENO, B.S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**. v.10, n.2, p.19-35, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Isa%20Barros/Downloads/456-1617-1-PB.pdf> . Aceso: 04.09.2015.

LONGOL, C.S.M; ANDRAUSLL, L.M.S; BARBOSA, M.A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Elet. . Enf.**, 2010;12(2):386-91. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

MACHADO, N.X. de S; PRAÇA, N. de S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev Esc Enferm USP**, 2006; 40(2):274-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/16.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

MENDES, E.V. **A Evolução histórica da prática médica; suas implicações no ensino, na pesquisa e nas tecnologias médicas**. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.

Portaria N. 2.418 de 2 de dezembro de 2005. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União (Brasília). 2005 Dez 06.

ROCHA, M.C.P.da; ROSSATO, L.M;MISKO, M.D; BOUSSO, R.S; DAMIÃO, E.B. Preparando o aluno de pós-graduação para o exercício de docência em enfermagem no cuidado da criança e da família na experiência de doença. **Ver. Sociedade Brasileira de Enfermagem e Pediatria**, v.10, n.1, p 31-5. São Paulo, julho de 2010 Disponível em: http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n1/v.10_n.1-art4.pesq-preparando-o-aluno-de-pos-graduacao.pdf. Acesso em: 11 de novembro de 2016.

SERRUYA, S.J. **A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** 2003, 132 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf. Acesso em : 10 de agosto de 2016.

TANAKA, A.C.d'A. **Maternidade dilema entre nascimento e morte.** Hucitec /ABRASCO -São Paulo - Rio de Janeiro, 1995. Vasconcelos EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec; 1999.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec/ Ministério da Saúde, 1999.