

A PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS DE JUÍNA, MATO GROSSO, SOBRE OS TIPOS DE PARTOS, VAGINAL E CESARIANO

THE PERCEPTION OF THE MOTHERS JUINA, MATO GROSSO, ON TYPES OF BIRTHS , VAGINAL AND CAESAREAN

LA PERCEPCIÓN DE LAS MADRES JUINA, MATO GROSSO, SOBRE TIPOS DE NACIMIENTOS, VAGINAL Y CESÁREA

Poliana Oliveira Machado¹

Leda Maria Souza Villaça²

RESUMO

Introdução: Uma das mudanças mais esperadas pela maioria das mulheres é a transição de sua condição de mulher, para o papel de mãe. Nesta perspectiva o trabalho de parto passa a ser visto além de um processo biológico, mas como um acontecimento intimista, social e cultural. Os enfermeiros têm atribuições dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de orientar as gestantes quanto aos benefícios e importância de cada tipo de parto: vaginal e cesariano. **Objetivo geral:** Identificar a percepção de puérperas do município de Juína sobre os tipos de parto, vaginal e cesariano. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a aplicação de roteiro de perguntas abertas, onde buscou se adentrar na subjetividade dessas mulheres para identificar sua percepção acerca dos tipos de parto. Foram entrevistadas dez mulheres residentes no município de Juína-MT que se encontravam em diferentes fases do puerpério. Foram selecionadas aleatoriamente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos enfermeiros das equipes de Saúde da Família. **Resultado:** Detectou-se que as puérperas do estudo tiveram poucas orientações sobre os tipos de parto, apesar de revelarem em sua maioria boa frequência nas consultas de pré-natal.

¹ Enfermeira do Serviço de Apoio Móvel de Urgência de Juína, MT. Email: poly.machado15@gmail.com

² Enfermeira obstetra, especialista em Vigilância Sanitária, Mestre em Saúde Coletiva, Doutora em Ciências. É docente e coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade do Vale do Juruena – AJES em Juína, Mato Grosso, Brasil. Email: ledavillaca@hotmail.com

Descritores: Parto Vaginal; Parto Cesariano; Assistência de enfermagem; Assistência de pré-natal.

ABSTRACT

Introduction: *One of the changes most anticipated by most women is the transition of womanhood, to the role of mother. In this perspective labor is seen beyond a biological process, but as an intimate, social and cultural event. Nurses have assignments within the Family Health Strategy (ESF) to guide pregnant women about the benefits and importance of each type of delivery: vaginal and cesarean. Objective:* To identify the perception of Juína municipality of mothers about the types of delivery, vaginal and cesarean. **Method:** *This is a qualitative research, with the application script of open questions, which sought to enter the subjectivity of these women to identify their perception about the types of delivery. We interviewed ten women living in the city of Juína-MT that were at different stages of the puerperium. Randomly selected in Basic Health Units (BHU), by nurses of the Family Health teams. Results:* We found that the study mothers had little guidance on the types of delivery, although reveal mostly good attendance at prenatal consultations.

Descriptors: *Vaginal Birth; Cesariano delivery; Nursing care; Prenatal care.*

RESUMEN

Introducción: *Uno de los cambios más esperados por la mayoría de las mujeres es la transición a la condición de mujer, con el papel de madre. En este trabajo la perspectiva se ve más allá de un proceso biológico, sino como un evento íntimo, social y cultural. Las enfermeras tienen asignaciones dentro de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) para orientar a las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la importancia de cada tipo de parto: vaginal y por cesárea. Objetivo:* Identificar la percepción del municipio de Juína de las madres sobre los tipos de entrega, vaginal y por cesárea. **Método:** *Se trata de una investigación cualitativa, con el guión aplicación de preguntas abiertas, que pretendía entrar en la subjetividad de estas mujeres para identificar su percepción de los tipos de entrega. Fueron entrevistadas diez mujeres que viven en la ciudad de Juína-MT que se encontraban en diferentes etapas de post-parto. Ellos fueron seleccionados al azar en Unidades Básicas de Salud (UBS), por las enfermeras de los equipos de Salud de la Familia. Resultado:* Resultó

que las madres del estudio tenían poca orientación sobre los tipos de entrega, a pesar de revelar su mayoría buena asistencia en las consultas prenatales.

Descriptor: *Parto vaginal; Entrega Cesariano; Cuidados de enfermería; Cuidado prenatal.*

INTRODUÇÃO

O tema deste estudo é a percepção das puérperas sobre os tipos de parto: vaginal e cesariano. As expectativas das mulheres a respeito das vias de partos são decorrentes das informações que elas recebem sobre o assunto. Nessa definição, as orientações recebidas por essas mulheres na assistência do pré-natal tem grande potencial educacional, pois a gestante passa a conhecer as opções de assistência nas condições de trabalho de parto sem distócia ou no caso do surgimento de complicações (IORRA *et al.*, 2011).

A percepção, segundo Chauí (2000), é uma experiência conjugada de conhecimento e vivência corporal, dotada de significação como parte da nossa vida e do mundo. É uma relação do sujeito biológico com o mundo exterior onde um não vive sem o outro. Para a autora, o mundo percebido é cheio de significados, da subjetividade, do que sentimos e pensamos e nele estamos interagindo como sujeitos ativos, atribuindo a esse mundo novos sentidos e novos valores.

Assumindo esse conceito de percepção, adentraremos no universo da parturição vivido pelas mulheres da pesquisa, para desse contexto retirar subsídios à implantação e ou implementação de ações a serem desenvolvidas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, por enfermeiros e demais profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

A parturição, sem dúvida alguma, é uma das mudanças mais esperadas por grande parte das mulheres, pois para muitas pode ser considerada uma passagem muito marcante e almejada, da transição de sua condição de mulher, para o de mãe. O trabalho de parto não é um processo apenas biológico, de retirada do bebê, mas trata-se de um acontecimento intimista, social e cultural, que envolve o (a) companheiro (a) da mulher e a família; todos com expectativas para a chegada do novo ser, independente da escolha da via de parto; vaginal e ou cesariano.

Segundo Rattner (2009), o parto vaginal inicia-se de forma espontânea, com baixo risco no início do trabalho de parto, e permanecendo assim por todo o trabalho de parto e parto. Normalmente, o recém nascido (RN) nasce de forma espontânea com apresentação cefálica entre 37 e 42 semanas completas, e depois do parto, a mãe e o recém nascido apresentam se em boas condições de vitalidade.

De acordo com Acker *et al.*, (2006), os partos vaginais eram conduzidos apenas por mulheres, chamadas de parteiras, ou seja, mulheres que aprenderam com suas mães e avós a ajudarem as gestantes no momento do parto, com conhecimentos apenas empíricos e da vivência da prática. Porém, mesmo com todas essas controvérsias a parturiente sempre foi à protagonista do ato de parir, afinal sem o seu desempenho o parto natural não ocorre.

Nos séculos XVII e XVIII ocorreu o início da prática obstétrica pelos médicos na Europa, transformando assim o trabalho de parto em um evento rotineiro em vez de um evento familiar. Para Moraes *et al.*, (2006, p. 14), *o parto hospitalar, colocou a mulher como objeto, e não como sujeito da ação durante o processo de nascimento, no qual as ações e rotinas do serviço do processo de trabalho de saúde, são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas*. Contudo, surgiu um novo tipo de parto, o parto cesariano, cuja prática vem crescendo e ocupando grande número das ocorrências dos partos nos hospitais e maternidades.

O parto cesariano é um procedimento cirúrgico realizado para salvar a vida da mãe e da criança, quando possivelmente possam ocorrer complicações durante a gestação ou parto (BARBOSA *et al.*, 2002). Porém, a busca desesperada pela segurança no parto fez com que essas intervenções passassem a ser utilizadas sem justificativas obstétricas plausíveis.

No Brasil, a elevada morbimortalidade materna e perinatal e o número excessivo de operações cesarianas oneram o Sistema do ponto de vista financeiro e social e produzem uma crise na assistência obstétrica (RIESCO e TSUNECHIRO, 2002). A partir da constatação de que o país apresenta uma das mais altas taxas de cesárea do mundo, o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 2.816/98 impondo limites máximos de realização de partos cesarianos por estabelecimentos de saúde, diminuindo assim sua realização pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

O nascimento por cesariana tornou-se tão comum e disseminado, que a probabilidade de ter um parto normal deixou de ser prática contínua em muitas maternidades, mesmo quando essa é a expectativa da parturiente.

Segundo Giffin (2003), nos anos setenta, no Brasil, as mulheres iniciaram o movimento que visou a busca da reafirmação do direito à contracepção, devido a forma como a maternidade era vista na sociedade, apenas pela questão da reprodução; também devido ao não reconhecimento das condições de assistência ao exercício reprodutivo que se desenvolviam perante a opressão, observado pelo fenômeno moderno da medicalização do corpo feminino ou o não-reconhecimento dos direitos das mulheres de tomar decisões reprodutivas.

Fica clara a necessidade de se trabalhar, firmemente, no esclarecimento da população em geral, sobre os benefícios e desvantagens de todas as vias de parto, visando assim a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos às gestantes e bebês. Dessa forma, os profissionais de saúde possuem a responsabilidade de orientar estas mulheres quanto aos preceitos intervencionistas envolvidos na assistência ao parto, e suas escolhas devem ser acatadas e respeitadas de acordo com a circunstância do processo do parto

O objetivo geral desta pesquisa é identificar a percepção de puérperas do município de Juína, Mato Grosso, sobre os tipos de partos, vaginal e cesariano.

O estudo se justifica pela importância de se conhecer a participação e postura do enfermeiro na assistência pré-natal, orientando as mulheres sobre os tipos de partos, suas vantagens e desvantagens, possibilitando assim às mulheres participarem da escolha da via de parto, de forma consciente, do que for mais saudável para o binômio mãe e filho.

É necessário conhecer quais os fatores vem interferindo nas escolhas dos tipos de parto, para a adequação e melhoria do processo de cuidar, bem como, para assegurar às mulheres o direito de protagonizarem esse momento crucial, com a emancipação de seu próprio corpo

As hipóteses levantadas pelo estudo, quanto aos conhecimentos das mulheres sobre os tipos de parto e suas escolhas foram:

- O tempo dedicado pelos enfermeiros no atendimento de pré-natal é insuficiente para realizarem as orientações necessárias às gestante, sobre os tipos de parto.
- As opiniões das mulheres nem sempre são consideradas sobre as escolhas do tipo de parto a que irão ser submetidas; os partos são realizados, em sua grande maioria, por escolha dos profissionais de saúde.
- Muitas mulheres não se sentem a vontade com a equipe de enfermagem para poderem expor seus anseios e esclarecerem suas dúvidas.

A ASSISTÊNCIA DE PRÉ-NATAL

Segundo Brasil (2000), o objetivo maior da assistência de pré-natal é o acolhimento da mulher desde o início da sua gestação, onde ocorrem grandes mudanças físicas e emocionais, porém cada mulher vivencia esse momento de formas distintas. Essas transformações geram medos, confusões, agonias, fantasias e a curiosidade de entender o que acontece no seu interior. Na atenção de pré-natal ocorrem às valorizações desses aspectos, permitindo assim o início da integração usuário e profissional.

Para uma assistência de pré-natal de qualidade o profissional deve realizar uma tríade: I. Agir na prevenção, identificando e corrigindo as intercorrências que possam a vir a ocorrer na gestação, II. Orientar a mulher no que diz respeito à gestação, como o trabalho de parto, parto e puerpério, III. Promover atendimento psicológico para a gestante, companheiro e sua família, facilitando assim a adaptação da gestante aos desafios que irá enfrentar. Essa organização do atendimento no pré-natal deve ser direcionada às reais necessidades das mulheres, proporcionando facilidades para a continuidade do acompanhamento de pré-natal (AMED *et al.*, 2000).

A unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial da maioria das gestantes no sistema de saúde. É o alvo de atenção estratégica para melhor receber suas necessidades, proporcionando um acompanhamento continuado, durante a gravidez e puerpério.

Para garantir um bom acompanhamento de pré-natal, o Ministério da Saúde elenca algumas exigências como a captação precoce das gestantes na comunidade, elenca a necessidade das unidades comporem de recursos profissionais treinados e preparados para atender as demandas. As Unidades Básicas de Saúde devem compor de uma área física adequada, apresentando equipamentos adequados para garantir a qualidade do atendimento. A realização dos exames laboratoriais que devem ser realizados logo na primeira semana do início do pré-natal, e a garantia de um bom sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 2012).

Não podemos esquecer que todos os profissionais dentro da Estratégia de Saúde da Família devem fazer parte das atividades de planejamento na mobilização da comunidade, nas atividades de educação permanente conforme as prioridades locais. O agente comunitário de saúde, o técnico de enfermagem, o enfermeiro, o médico, o cirurgião-dentista, devem trabalhar em conjunto, para garantir uma boa qualidade de assistência de pré-natal.

A assistência de pré-natal é composta por consultas médicas, consultas de enfermagem e exames laboratoriais que visam garantir a vitalidade, com humanização, do binômio mãe e filho, na gestação, parto e puerpério, fornecendo informações essenciais que ajudem as gestantes na escolha da via de parto, vaginal ou cesariana.

O parto vaginal

De acordo com Rattner (2009), o parto vaginal inicia-se de forma espontânea, com baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim por todo o trabalho de parto e

parto. O Recém Nascido (RN) nasce de forma espontânea com apresentação cefálica entre 37 e 42 semanas completas, e depois do parto, a mãe e o RN apresentam-se em boas condições.

Segundo Figueiredo *et al.*, (2009. p. 350) o parto vaginal é aquele em que o nascimento acontece dentro do curso normal da natureza, por via vaginal, aguardando que o corpo materno dê os primeiros sinais de trabalho de parto: perda de tampão mucoso, início da dilatação, rompimento da bolsa amniótica, no mínimo três contrações uterinas a cada 10 minutos.

Melson *et al.*, (2002) afirmam que o trabalho de parto desenvolve-se em 04 estágios. O 1º estágio ocorre em 03 fases: fase latente, duração de 08 a 10 horas, fase ativa, com duração de cerca de 6 horas, fase de transição, duração de cerca de 1 a 2 horas; o 2º estágio denomina-se expulsão do feto, com duração de cerca de 20 a 50 minutos; no 3º estágio ocorre a expulsão da placenta, em geral tem início de 5 a 30 minutos após o nascimento; e no 4º estágio, ocorre a expulsão dos lóquios e o enrijecimento do fundo do útero.

O parto cesariano

O parto por cesárea é um procedimento cirúrgico realizado para salvar a vida da mãe e da criança, quando possivelmente possam ocorrer complicações durante a gestação ou parto (BARBOSA *et al.*, 2002). Observa-se que as taxas de parto cesariano no Brasil estão entre as mais elevadas do mundo (FAÚNDES e CECATTI, 1991).

Por esse aspecto o Ministério da Saúde, com a Portaria nº 2.816/98 instituiu limites máximos de cesárea para os pagamentos de partos pelo Sistema Único de Saúde, estabelecidos em até 30%, por instituições de saúde sejam elas públicas ou particulares. O nascimento por cesariana tornou-se tão comum e disseminado, que a probabilidade de se ter filhos por parto normal deixou de ser prática contínua em muitas maternidades, mesmo quando essa é a expectativa da parturiente.

Diniz e Chacham (2006) em seu estudo observaram que para alguns médicos a cesariana é apresentada como algo previsível, que sempre saberá o que fazer e como agir, tornando-se um procedimento seguro e tranquilo, será raro as vezes que o processo sairá do controle.

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (2002) elencam algumas das situações de indicação prévia para a realização de uma cesárea: gestação gemelar, prematuridade ou baixo peso fetal, macrosomia, sofrimento fetal agudo, situação

transversa, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta com feto vivo, procedência de cordão, malformações congênitas, infecção pelo HIV, cesarianas anteriores.

Uma de suas desvantagens é o maior risco para a prematuridade do bebê e não favorecendo a sua respiração, em relação à dor no trabalho de parto pode ser dolorosa se comparado com o parto vaginal; pode ser controlada com preparo psicológico, e aplicação da anestesia, porém a dor após o parto é bem acentuada, e há uma maior necessidade de analgésicos. Há maiores riscos de complicações como acidentes anestésicos e hemorragias. No pós-parto a infecção puerperal é mais freqüente e o aleitamento materno ocorre de forma mais tardia e é mais dificultosa (COSTA *et al.*, 1990).

O puerpério

O puerpério estende-se do momento que se conclui o terceiro estágio do trabalho de parto até seis semanas após o nascimento. Durante este período, as alterações anatômicas e funcionais de gravidez regridem (MELSON *et al.*, 2002, p.128).

De acordo com Lombra e Lombra (2007) o puerpério é um período de tempo impreciso e variável, que está situado entre o término do parto, até que ocorra a total involução do útero; tendo duração em média de 03 a 06 semanas (+ ou - 45 dias).

Esta involução é aceitável a dividir-se em: Pós-parto imediato (do 1.º ao 10.º dia); pós-parto tardio (do 10.º ao 45.º dia) e pós-parto remoto (além do 45.º dias).

Segundo o Ministério da Saúde (2001), conceitua-se puerpério como o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam a situação do estado pré-gravídico. Algumas destas alterações são uterinas, vaginais, no sistema endócrino, no sistema cardiovascular, no sistema sanguíneo, no sistema urinário, no sistema digestório, na pele, peso, mamas e no sistema hormonal.

Atribuições de enfermagem na rede de saúde, voltadas à gestante, parto e puerpério.

De acordo com a Secretaria Municipal de São Paulo (2003) as ações programáticas realizadas pelos enfermeiros, com enfoque na mulher gestante, consistem em um conjunto de atividades assistenciais e educativas que se iniciam pelo acompanhamento da gestante e família, na visita domiciliar, nos grupos educativos e na consulta de enfermagem.

De acordo com o protocolo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de assistência no pré-natal (SAVASSI, REZENDE, CARVALHO, 2002), são atribuições do enfermeiro: Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto; realizar consulta do pré-natal de gestação de baixo risco; solicitar exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico; realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc: fornecer o cartão para a gestante devidamente atualizado a cada consulta; e, realizar coleta de exame citopatológico.

Valença e Germano (2012), afirmam que uma das características da ESF, é esperar que o enfermeiro, integrante fundamental da equipe multidisciplinar, ao realizar suas ações na assistência pré-natal, deve ser capaz de identificar e tratar os fatores e condições relacionados aos riscos e agravos correspondentes a saúde da mulher e de seu feto.

A sensibilização e motivação dos profissionais de saúde na rede básica de saúde para as gestantes vão além dos aspectos técnicos propriamente ditos, impõem o preparo para o parto envolvendo também, uma abordagem de acolhimento da mulher e de seu companheiro no serviço de saúde, fornecendo informações, desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo psíquico e físico da mulher. É de suma importância nesse processo considerar, os desejos e valores da mulher e abordar com uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as violências verbais e não verbais.

O Ministério da Saúde instruiu a portaria 2.815, de 29 de maio de 1998 incluindo na tabela de pagamento dos procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, o procedimento parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra e tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esses profissionais. Por esta razão, o Ministério da Saúde está fomentando, tecnicamente, e, financeiramente, a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. A enfermagem tem como uma de suas atribuições, realizar e promover a prevenção e recuperação da saúde em todas as fases do ciclo da vida.

As atribuições do enfermeiro no contexto da gestação, parto, e puerpério, são de amplo espectro, iniciando-se com a parte voltada apenas a mulher, até preparação da família para a vida do recém-nascido fora do ambiente uterino. Observa-se que uma das atribuições do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é acompanhar a mulher durante todo o ciclo da vida, e o puerpério é uma fase que requer grande atenção e a assistência de enfermagem, voltada ao trinômio, puérpera, recém-nascido e a família, enfocando o período de adaptação da mãe com o recém-nascido, os anseios e inseguranças com os cuidados com a

higiene, coto umbilical, amamentação. A chegada de um novo integrante no âmbito familiar pode representar um fator potencial de estresse para os demais membros da família, e cabe ao enfermeiro conversar, esclarecer dúvidas, e proporcionar informações capazes restabelecer o controle emocional dessa nova vivência familiar.

Nesse contexto, é imprescindível que o enfermeiro e toda a Equipe de Saúde façam valer os princípios da Atenção Básica, que serão os meios para se prestar a adequada assistência ao pré-natal, trabalho de parto e parto.

Segundo o Ministério da Saúde a atenção básica tem como fundamentos:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Participação da comunidade (BRASIL, 2006).

Observando esses aspectos, podemos frisar o acolhimento como o momento onde as mulheres fazem valer sua direito como cidadã, no qual elas expressam suas preocupações e angústias, e cabe ao profissional enfermeiro buscar compreender os múltiplos significados da gestação a essa mulher e a sua família. Levando em consideração sua história de vida, de onde ela veio, onde mora, sua vida social e profissional, tratando-a como um ser integral, momento este onde se estabelece o vínculo profissional/usuário (BRASIL, 2012). É o olhar para o outro e reconhecer as emoções, construindo assim laços de solidariedade (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que foram entrevistadas mulheres no período do puerpério, moradoras do município de Juína Mato Grosso. Buscamos adentrar na subjetividade dessas mulheres para identificar sua percepção acerca dos tipos de parto a que podem se submeter. Foram realizadas entrevistas gravadas, para oportunizar a ambiência necessária para que elas revelassem sua intimidade.

O universo do estudo foram puérperas moradoras do município de Juína e a amostra foi composta por dez puérperas, pelo princípio da saturação.

Foram incluídas no estudo, mulheres puérperas moradoras de Juína, que realizaram partos vaginais ou cesarianos, e que aceitaram participar da pesquisa; e foram excluídas as puérperas de outros municípios, visto que Juína é um município de referência para a área de saúde.

Na revisão da literatura do estudo foram incluídos os artigos científicos de revistas indexadas dos últimos dez anos

As impressões das mulheres foram detectadas em entrevistas com a aplicação de roteiro, contendo perguntas abertas e fechadas. As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora, com todos os cuidados necessários à manutenção da objetividade da pesquisa, e a não influência da pesquisadora sobre as respostas e opiniões das mulheres entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios das puérperas participantes, em mais de um encontro cada uma.

Á identificação das mulheres para o estudo foram repassadas pelos enfermeiros responsáveis das Unidades Básicas de Saúde que aceitaram que a pesquisa se desenvolvesse em suas áreas de abrangências. As unidades não serão divulgadas para garanti o a não identificação das participantes.

Para a preservação do anonimato das entrevistadas convencionou-se chamá-las pelos nomes relacionados no Quadro I, as respectivas idades e os tipos de partos a que se submeteram.

Quadro I. Caracterização dos sujeitos da pesquisa.

| Nome fictício | Idade (anos) | Tipo de parto |
|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Violeta | 38 | Vaginal |
| Lírio | 32 | Cesárea |

| | | |
|---------------|----|---------|
| Margarida | 23 | Cesárea |
| Rosa | 24 | Cesárea |
| Orquídea | 29 | Cesárea |
| Crisântemo | 16 | Cesárea |
| Copo de Leite | 30 | Cesárea |
| Jasmim | 19 | Cesárea |
| Dália | 26 | Cesárea |
| Azaléia | 17 | Cesárea |

As impressões das entrevistadas foram coletadas das entrevistas realizadas e transcritas fielmente, a partir das quais foram identificadas as unidades de sentido e as categorias, conforme a análise de conteúdo de Minayo *et al.*, (2002).

Segundo Minayo *et al.*, (2002), essa corrente de pesquisa não se preocupa em quantificar, mas de lograr explicar os meandros das relações sociais considerando essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano da vivência e da explicação do senso comum.

Os sentidos e contextos apreendidos das falas das participantes do estudo foram analisados e comparados com as referências consultadas sobre o assunto.

Considerações Éticas

As entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido onde as participantes receberam todas as informações sobre a pesquisa, como seus objetivos, liberdade de recusar-se a participar e a sigilidade dos dados, com a qual se comprometeu a pesquisadora, conforme a resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas dez mulheres no município de Juína/MT, que se encontravam em diferentes fases do puerpério, período que vai do 1º ao 45º dia após o parto. Essas mulheres apresentavam idade entre 16 e 38 anos e foram selecionadas, aleatoriamente, em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Saúde da Família.

A seguir serão apresentados os resultados conclusivos da subjetividade das mulheres entrevistadas, considerando como categorias de análises os questionamentos fomentados.

As puérperas e as consultas de pré-natal realizadas pela equipe de saúde.

As puérperas entrevistadas afirmaram ter realizado entre três e nove consultas de pré-natal. Apenas uma (10%) informou ter realizado dez consultas e uma (10%) ter realizado quinze consultas. Essas duas últimas são irmãs e realizaram a maioria desses atendimentos nos serviços de saúde privados.

O Ministério da Saúde preconiza o acolhimento precoce das gestantes, para concretização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias do início da gestação. E a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal subdivididas em uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2006).

O fato dessas puérperas residirem na zona urbana do município e em bairros com cobertura da Estratégia Saúde da Família, não justifica o baixo número de consultas realizadas por algumas. A acessibilidade aos serviços de pré-natal deve ser priorizada no atendimento de enfermeiros e médicos, bem como deve ser alvo da busca dos agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares.

Esta situação demonstra a ineficácia do serviço de saúde relacionado à garantia do atendimento apropriado em relação ao número de consultas de pré-natal, que não estão garantindo um bom conteúdo no atendimento oferecido a esta população. (KOFFMAN, *et al.*, 2005 e PUCCINI *et al.*, 2003)

É importante, também, que principalmente; o profissional enfermeiro disponha de tempo em suas funções, para que possa organizar melhor a assistência de pré-natal e colocar em prática as ações educativas durante a consulta, nesse período.

Serruya (2003) afirma que com o início precoce da realização do pré-natal, existe um fortalecimento da adesão da mulher ao acompanhamento assíduo na equipe de Estratégia de Saúde da Família facilitando assim o diagnóstico precoce de eventuais fatores de que possam trazer riscos a mãe e seu conceito.

Nos anos 2000 o Ministério da Saúde tendo como objetivo melhorar a assistência de pré-natal prestada às mulheres implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que visa melhorar e assegurar a cobertura da assistência ao pré-natal, parto, puerpério, e ao recém-nascido, trazendo a tona os direitos da mulher quanto cidadã. O programa foca na humanização dos cuidados prestados à mulher e ao seu conceito durante toda a gestação, parto e puerpério, frisando esta competência como dever da equipe multidisciplinar. Visa ainda a realização de exames laboratoriais como o Fator - RH, tipagem

sanguínea, VDRL é um teste laboratorial que permite a identificação de sífilis, urina, glicemia de jejum, Hepatite B, testagem anti-HIV, toxoplasmose IGG IgG imunidade ao parasita, IgM infecção aguda pelo parasita, parasitológico, e não se esquecendo da necessidade do controle vacinal e o exame de ultrassonografia que garantiram a mulher e seu filho boas condições de desenvolvimento (BRASIL, 2000).

É sabido que a realização do pré-natal pela mulher influenciará sobre a maneira do trabalho de parto, parto, puerpério e lactação, desde que sejam desenvolvidas as ações esperadas e preconizadas pelos protocolos de atendimento.

É visível que a saúde da mulher no passar dos anos vem atravessando por diversas mudanças, desde programas específicos á rede de serviços que busca a integralidade da saúde da mulher, em 2011 onde o Ministério da Saúde, motivado pelos índices alarmantes de mortalidade materna e neonatal, criaram a Rede Cegonha através da portaria nº 1.459, de Junho de 2011 com as seguintes diretrizes:

- 1.Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal.
- 2.Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro.
- 3.Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.
- 4.Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade.
- 5.Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Essas diretrizes apontam para um novo modelo de atendimento, não priorizando apenas a saúde da mulher, mas com foco no parto, nascimento, desenvolvimento e crescimento da criança. E o mais interessante é que a rede busca o acompanhamento dessas crianças de zero aos vinte e quatro meses que é a fase de mais vulnerabilidade da criança (BRASIL, 2011).

Nota-se então que seis consultas no período do pré- natal é muito pouco tempo, considerando-se as necessidades de informações e o numero de intervenções que o profissional de saúde tem a realizar com estas mulheres. Porém, os profissionais devem sistematizar a assistência prestadas as mulheres, buscando melhorias no atendimento a gestante, puérpera e a criança, pois esse é um direito garantido pela constituição.

As puérperas e as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro.

Quanto à quantidade de consultas realizadas pelo enfermeiro, das dez puérperas entrevistadas uma (10%) realizou sete consultas, três (30%) realizaram cinco consultas, quatro (40%) realizaram três consultas, uma (10%) realizou duas consultas e uma entrevistada (10%) afirmou não haver realizado nenhuma consulta com o enfermeiro.

A gestante deve receber especial atenção pelos membros da equipe de saúde, para sustentar seu bem estar ou recuperá-lo, e prevenir futuras complicações com a criança. Durante o pré-natal é onde surge o espaço da educação em saúde, com a finalidade de preparar a mulher para viver sua gestação e o parto como um aspecto positivo, integrador, enriquecedor e feliz (DE SOUZA, 2011).

Através dos resultados encontrados observa-se que, diante da baixa quantidade de consultas realizadas pelo profissional enfermeiro torna-se difícil oferecer um serviço de excelência e qualidade. A equipe de saúde da família deve permanentemente realizar buscas ativas para conhecer as gestantes dentro da população do território de abrangência, porém, deve haver interesse da parte dessas gestantes em realizar o pré-natal. Havendo esse interesse mútuo o acompanhamento, as orientações e a receptividade dessas mulheres serão de melhor qualidade.

As puérperas do estudo que realizaram consultas com o enfermeiro, afirmaram que as mesmas foram,

“boas, destacando: ter tirado dúvidas, serem profissionais atenciosos no atendimento, prestativos, carinhosos, que explicaram sobre os tipos de parto, que passaram segurança, que explicaram como seria no momento do parto e como a gestante deveria se comportar naquele momento.”

Estes comportamentos promovem melhorias nas relações interpessoais e na integralização da assistência prestada, tornando a acolhida humanizada e as ações voltadas à saúde de grande qualidade (DELFINO *et al.*, 2004).

Segundo as entrevistadas, os enfermeiros não explicaram o que elas deveriam fazer após a alta hospitalar e como e quando deveria ser o retorno ao médico no puerpério. Explicaram as transformações do corpo que iriam ocorrer na gestação, e como deveriam proceder com o acompanhamento ao bebe e a realização de exames. Duas entrevistadas de uma determinada área da equipe de saúde da família referiram a quebra na forma de condução do pré-natal, com a substituição de enfermeiros da equipe, onde a enfermeira que deu início ao pré-natal desenvolvia temáticas de importância e interesse das gestantes, enquanto que sua substituta não prosseguiu com a mesma forma de atendimento, causando estranhamento na cliente.

O Ministério da Saúde com intuito de melhorar estes vieses na atenção obstétrica e neonatal no País, instituiu a portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005 que visa:

...a regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de complexidade, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado

atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

Contudo, observa-se que esta portaria esta sendo negligenciada pelos profissionais de saúde dessas unidades, pois as puérperas entrevistadas relatam quebra no ciclo do atendimento prestado, e a falta de algumas informações essenciais para as gestantes e puérperas.

O profissional enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem com a gestante, passa a conhecer o indivíduo, a sua história, observando seus problemas, suas necessidades, individuais, e passa a acolher cada mulher como ser único, podendo assim planejar adequadamente suas ações de acordo com cada necessidade (GASPARINO, 2012).

Sabe-se que outros profissionais da saúde poderiam cuidar dessas mulheres na demanda de cuidados preventivos, curativos e educativos, porém, nenhum deles estaria fazendo o trabalho de assistência em enfermagem, pois apenas o profissional enfermeiro domina os instrumentos e métodos, que proporcionarão os resultados esperados em essas ações (SANNA, 2007).

Percebe-se que as mulheres anseiam por esse momento do acolhimento, da escuta sem julgamentos prévios, livre do preconceito, e o enfermeiro se torna o profissional capacitado para esse momento, que oportuniza a ambiência necessária para que a mulher e seus familiares fortaleçam seus vínculos com o restante dos componentes da Unidade Básica de Saúde, acolhendo assim seus medos, emoções, desabafos, e buscando alternativas para que as situações sejam resolvidas.

Os conhecimentos das puérperas sobre os tipos de parto vaginal e cesariano.

Ao indagar sobre o conhecimento das puérperas do estudo sobre os tipos de parto vaginal e cesariano, foi opinião comum dizerem que sabem dos benefícios do parto vaginal, das vantagens para o recém nascido e a mulher, da recuperação mais rápida do parto vaginal, porém não sabem detalhar esses aspectos.

As puérperas que relatam terem passado pela experiência dos dois tipos de parto reafirmam a preferência pelo parto vaginal, não devido às orientações recebidas da equipe de saúde/enfermeiro, mas devido a essa experiência.

Outros pesquisadores também obtiveram resultados semelhantes elencando os mesmos benefícios para o binômio mãe e feto (TAVARES, 2000; DINIZ, 2005).

No estudo de Hauck (2010) quando questionou suas entrevistadas também sobre os dois tipos de parto, percebeu que a maioria dessas mulheres receberam as informações, e concluiu que se faz necessário que as informações sejam repassadas de forma mais acessível e completa para que anseios, dúvidas e mitos remanescentes não venham a influenciar na decisão do tipo de parto.

Uma das puérperas revelou que ouviu muito pouco incentivo para a realização do parto vaginal, descreve e elenca as desvantagens do parto cesariano:

“É um parto mais seguro. Agente se recupera mais rápido. Eu ouvi muito pouco do parto normal. Todo mundo fala porque não cesárea? Eu queria ter, porque na minha família ninguém teve parto normal. Vi como era sofrida a cesárea. Quis ter parto normal.
Cesárea é uma cirurgia horrível. Comparando com o normal se torna prejudicial e demora cicatrizar. Depois do parto agente passa por umas complicações. Tem aquela coisa de ser cortada. Pessoas acabam ficando traumatizadas. Não sou a favor da cesárea (Jasmim).”

Diniz (2005) confirma a resposta de Jasmim: *conhecer os indicativos de um parto operatório antes da sua realização, e não após ou durante o procedimento, permitirá à mulher demonstrar seus anseios e dúvidas.*

Uma puérpera reconhece que a cesariana deveria ser uma escolha “de último caso”, ou seja, uma opção diante da impossibilidade de realização do parto vaginal.

Rattner (1996) supõe que o ato do parto cesariano tenha se desprendido de ser exclusivamente um procedimento médico e venha adquirindo formas de um modelo de comercialização, disponível apenas a quem tem poder aquisitivo para isso.

Os fatores que contribuíram para a escolha da gestante no tipo de parto.

Das dez mulheres entrevistadas, apenas uma realizou parto normal. Quatro puérperas entrevistadas (40%) afirmaram querer ter feito parto normal, por conhecer seus benefícios, pela rápida recuperação e por não ser uma cirurgia. Os motivos alegados para a não realização do parto normal foram: realizar laqueadura para não ter mais filhos, não teve dilatação, medo do parto normal, pré eclampsia, complicações e cesárea em gestação anterior e porte físico.

Cinco puérperas entrevistadas (50%) afirmaram ter tido preferência pelo parto cesariano, por não querer ter mais filhos, medo de sentir dor, e por conviver com histórias na família de mortes de bebês, devido a complicações de parto.

Em seu estudo, Melchiori *et al.*, (2009) obtiveram respostas similares quanto às afirmações dos motivos da não realização do parto normal e sobre a preferência pelo parto cesariano. Olhando por esse ângulo observa-se que as mulheres de ambas as pesquisas conhecem os benefícios do parto vaginal, porém buscam argumentos e justificativas para a não adesão. E a respeito da escolha pelo parto cesariano, o principal fator que se destaca é o fator cultural, onde a dor, o medo e histórias familiares influenciam estas mulheres em suas escolhas.

Uma entrevistada, Crisântemo, de dezesseis anos, casada, puérpera do primeiro filho, afirmou que não participou da escolha da cesariana a que se submeteu. Apesar das tendências de algumas entrevistadas da pesquisa de preferirem o parto vaginal, percebe-se que as mesmas não foram estimuladas e encorajadas a persistirem a fazerem valer suas vontades. Essa situação pode acontecer pela impossibilidade dos enfermeiros de não poderem garantir a forma e nem o local onde se dará o parto. É um direito garantido ao cliente ser informado sobre qualquer cuidado de saúde que será prestado a ele, e participar dessas decisões, que o influenciará por toda sua vida (DE SOUZA, 2011).

As Unidades Básicas de Saúde devem estabelecer vínculos e fluxos organizativos com os hospitais e maternidades onde provavelmente os partos dessas gestantes irão ocorrer, garantindo assim o acesso dessas mulheres e de suas famílias em suas necessidades de forma integral. Contudo, toda mulher que se encontra em período gestacional tem o direito de conhecer esses estabelecimentos, que antecipadamente possam acolhê-las durante seu trabalho de parto, direito esse garantido pela portaria nº 1.459, de Junho de 2011.

O respeito à escolha da gestante pelo tipo de parto.

Quanto ao respeito na escolha pelo tipo de parto dessas puérperas, seis mulheres (60%) responderam que suas escolhas foram respeitadas, três (30%) disseram que não foram respeitadas em suas escolhas e uma mulher (10%) demonstrou indiferença quanto à via de parto que foi submetida.

Proporcionar à mulher a participação na escolha de como dar a luz, é devolvido a ela o seu protagonismo como mulher e mãe. Informar a ela sobre as opções dos tipos de parto faz com que esse momento seja mais seguro, confortável e feliz.

Segundo Melchiori *et al.*,(2009 p 15), em seu estudo sobre preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano, “há diferentes variáveis que interferem na escolha por

determinado tipo de parto e nem sempre é possível que a escolha da gestante se realize, o que pode gerar mais angústia, frustração e ansiedade.”

Iorra *et al.*, (2001) em seu estudo descrevem que a relação médico-paciente como um relacionamento hierárquico, colocando a mulher em uma situação á mercê da conduta e opinião de seu médico, onde não ocorre a instalação de um vínculo adequado para explicação dos procedimentos a que a gestante será submetida.

De acordo com Costa *et al.*,(2014), caberá aos profissionais de saúde, principalmente aos que irão realizar o parto, respeitar a decisão de sua paciente, e intervir apenas quando houver risco para mãe ou bebê.

É sabido que é direito das gestantes em escolherem a via de parto a que querem se submeter, entretanto existem situações que podem vir a interferir nessas escolhas, como as interferências que se fazem necessárias para garantir a vida da mãe e do feto como a cesariana e as intervenções de escolhas dos profissionais que estão conduzindo o trabalho de parto, em ambas as situações as mulheres apresentam insatisfação com essa imposição a elas, é dever do profissional que realiza o pré-natal, preparar a mulher para as possíveis intercorrências que possam vir a ocorrer durante trabalho de parto e orientar para que possam questionar a respeito das intervenções que serão submetidas.

As informações fornecidas por enfermeiros que ajudaram as mulheres na escolha do tipo de parto.

Dentre dez mulheres entrevistadas, cinco (50%) informaram que os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde forneceram informações que as ajudaram em suas escolhas, esclarecendo sobre os benefícios do parto normal e cesariano e sobre a recuperação pós-parto nos dois tipos.

As mulheres precisam perceber essas necessidades de receberem formações durante a assistência de pré-natal, assim serão multiplicadoras a respeito desse conhecimento, pois ao trocarem informações com outras mulheres, elas podem desenvolver o domínio sobre seu próprio corpo, e o poder de decisão sobre a sua gravidez (DE SOUZA, 2011).

Do mesmo modo, a mulher conhecendo suas próprias limitações e necessidades, poderá não só participar na escolha do tipo de parto, mas como protagonizá-lo exercendo seu direito de cidadania. Essa fala corrobora com o papel do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, como integrante fundamental da equipe multidisciplinar, ao realizar suas ações, no que diz a respeito à assistência pré-natal.

O enfermeiro deve ser capaz de identificar e tratar os fatores e condições relacionados aos riscos e agravos correspondentes a saúde da mulher e de seu feto, e dar a essa mulher informações e condições de participação na vivência e condução de seu processo gestacional (VALENÇA e GERMANO, 2012).

Quatro entrevistadas (40%) disseram que não receberam informações que as ajudaram quanto à escolha de via de parto. Relataram que este assunto nem chegou a ser abordado. Copo de Leite demonstrou insatisfação com a equipe de sua unidade de Saúde da Família devido ao fato ter tido trocas de profissionais na unidade, quebrando assim o vínculo entre profissional-cliente no ciclo do atendimento, Azaléia disse que lhe foi perguntado apenas como ela queria “ter a criança”.

Desse modo, fica evidenciada a não observância da portaria nº 1.067/GM de julho de 2005, que foi instituída o elenco das ações prestadas as gestantes, puérperas e seus conceptos, para que as Estratégia de Saúde da Família sigam, e consigam dar a esta mulheres mais informações úteis. Porém, não podemos deixar de reafirmar que o interesse de obter conhecimento de cada mulher faz toda a diferença.

E dentre as entrevistadas apenas uma (10%) não passou pelo profissional enfermeiro durante o pré-natal, cujo acompanhamento ocorreu exclusivamente, com o médico na rede de saúde privada.

Uma das atuações do enfermeiro dentro da Estratégia de Saúde da Família é o acompanhamento de pré-natal; seja ele de alto, médio ou de baixo risco é dever do enfermeiro orientar, educar e cuidar de cada mulher de acordo com suas necessidades. Existem inúmeros aspectos a serem trabalhados como as mulheres no momento da gestação: a fisiologia do corpo, a evolução da criança, a sexualidade, a atividade física, os aspectos emocionais, a alimentação saudável, sobre os direitos trabalhistas, a amamentação, a imunização, os cuidados com o recém-nascido, os sinais do parto, os tipos de parto e por fim o puerpério (SES/SP, 2010).

Esses aspectos se forem trabalhados de formas efetivas, irão sanar as dúvidas de cada gestante, ofertando a elas opções de escolhas com que mais se identifiquem para a realização do seu parto.

O Ministério da Saúde garante ao profissional enfermeiro o acompanhamento exclusivo do pré-natal de baixo risco, através da lei de exercício profissional 7.498 de 25 de junho de 1986, decreto numero 94.406/87, podendo prescrever medicamentos em protocolos definidos nas unidades básicas de saúde, além disso deve realizar a assistência de enfermagem

para a gestante e puérpera, e realizar as atividades educativas relacionadas à saúde (BRASIL, 2012).

As experiências dos tipos de partos realizados pelas puérperas.

Das dez mulheres entrevistadas apenas uma (10%) realizou parto vaginal. Durante seu relato ela demonstrou satisfação pela escolha da via do parto.

Nove mulheres (90%) realizaram parto cesariano. Cinco (50%) dessas mulheres, relataram insatisfações com o tipo de parto a que foram submetidas. Lírio relata que sua experiência foi ruim devido à utilização da anestesia e ainda está apresentando complicações depois de 30 dias da realização do parto. Rosa achou ruim sua experiência com o parto cesariano, devido ao excesso de peso que apresentava na gestação e que sua incisão cirúrgica ainda não cicatrizou, porém, não se arrepende da sua escolha do tipo de parto.

Orquídea passou por quatro partos, três vaginais, e o seu último parto foi cesariano. Relatou que sua recuperação foi rápida, mas que prefere o parto vaginal. Jasmim descreveu sua experiência com o parto cesariano como horrível, devido ao fato de ter se preparado por toda gestação para ter o parto vaginal e que nos últimos instantes levaram-na para a sala de cirurgia e realizaram a cesariana sem qualquer preparação psicológica prévia para o procedimento. Demonstrou completa insatisfação em ter sido submetida a uma cirurgia e que não recebeu instruções de como proceder no pós-parto.

“No hospital nem o médico, nem a enfermeira me explicou o que faria depois que saísse do hospital. Amigas me explicaram que depois do parto eu teria que levar o bebê no posto. Só me passaram a lista de exames que eu teria que fazer com ele pronto. Não disseram que eu teria que voltar para consultar. Que teria que tirar os pontos. Eu não fui instruída. Simplesmente eu tive o parto recebi alta e vim embora (Jasmim).”

Azaléia demonstrou sua insatisfação com a equipe médica, devido ao seu bebê, segundo ela, ter sido tirado antes do tempo e que sua involução uterina está demorando muito.

Caron (2002) em seu estudo sobre a comunicação entre a parturiente e a equipe de obstetrícia também obteve resultados semelhantes: verificou que a falha nas informações adequadas durante a assistência e depois dela, pelos profissionais de saúde, foi apontada pelas mulheres como descaso, desamparo e desrespeito, provocando então sentimentos de indignação.

Entretanto, outras quatro mulheres (40%) relataram sua experiência com o parto cesariano como “*bom, normal e tranquilo*”.

O acolhimento destas mulheres se faz crucial dentro da equipe de Estratégia de Saúde da Família, pois assim fortalecerá o vínculo do profissional com a gestante, é o momento no qual o profissional permite a mulher expressar suas preocupações, absorvendo sua história de vida, de onde veio, como vive, como constitui sua família, introduzindo seu parceiro nesse momento tão especial e esperado por grande parte das mulheres, assim podendo proporcionar a elas perceberem e entenderem suas mudanças corporais. Pois o acompanhamento de pré-natal ocorre no período gravídico e até o 45 dias após o pós-parto (BRASIL, 2012).

Humanização é um dos aspectos fundamentais dentro das políticas de saúde pública; nesse aspecto observamos que inúmeros programas foram criados para a melhoria na assistência a gestante, puérpera e seu conceito. Porém a assistência humanizada não deveria ser algo imposto, pois são humanos cuidando de humanos, é o olhar para o outro e reconhecer as emoções, construir assim laços de solidariedade (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Toda pessoa que passa por experiências marcantes, apresenta formas diferentes de absorção da situação, algumas tentam suprir as circunstâncias com algo que se sobressaiu e outras, simplesmente, não conseguem disfarçar sua insatisfação, comportamentos estes normais do ser humano.

CONCLUSÃO

Através dos relatos das mulheres entrevistadas observa-se que a quantidade e qualidade de consultas de pré-natal e puerperal prestadas a essas mulheres na Estratégia de Saúde da Família, ainda não atendem aos aspectos exigidos pelo Ministério da Saúde. O baixo número de consultas realizadas por algumas dessas mulheres inferem na dificuldade da transmissão das informações que as gestantes e as puérperas precisam saber sobre o processo da gestação e puerpério, que são essenciais para ajudá-las nas suas escolhas sobre os tipos de parto.

A percepção das mulheres sobre os pontos positivos e negativos do trabalho de parto dizem respeito sobre as informações que cada mulher recebeu, e como essas informações chegaram sobre os tipos de partos até elas. Informações essas exclusivas da equipe multidisciplinar, que deve informar e orientar sobre as transformações que a mulher passará durante a gestação, trabalho de parto e puerpério.

As mulheres demonstraram saber alguns dos benefícios do parto vaginal e cesariano, porém não sabem detalhar e nem aprofundar sobre eles, simplesmente repetem o que lhes foi dito. As opiniões dividem-se a respeito da preferência sobre os tipos de parto, entretanto, dentre dez mulheres entrevistadas, apenas uma realizou parto vaginal. Por esse fato ressalta-se que há inúmeros vieses nos atendimentos prestados a essas mulheres, tanto por parte da equipe médica que em grande parte das consultas de pré-natal induzem às mulheres na escolha do tipo de parto cesariano, por ser mais rápido e oportuno, quanto à equipe de enfermagem, que não insiste na busca ativa destas mulheres na comunidade, para prestar a elas as informações e o acompanhamento que lhe são garantidos por direito e que as ajudarão em suas escolhas.

As falhas apresentadas na assistência ao pré-natal reportam-nos à reflexão da qualidade de Atenção Básica no Brasil, definida como porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde e com princípios definidos de vínculo, acolhimento e responsabilização.

A partir da pesquisa realizada identificamos através da fala das puérperas, deficiências nos atendimentos dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde. Como forma de amenizar este atual quadro deficitário, entendemos que os profissionais deverão ser efetivos, amenizando assim, a rotatividade dos mesmos nas Unidades de Saúde. Diante disso, aumentará o vínculo de confiança e referência das mulheres atendidas. Cabe ressaltar também, a necessidade de capacitações permanente para a equipe multiprofissional, com o intuito de atingirem o perfil adequado que as unidades necessitam.

Através dessas capacitações acredita-se que o profissional de enfermagem terá subsídios suficientes para atingirem com qualidade seu papel de: cuidador, educador e gerenciador dos serviços prestados à comunidade.

REFERÊNCIAS

ACKER, J.I.B.V; ANNONI, F; CARRENO, I; HAHN, G.V; MEDEIROS, C.R.G. As parteiras e o cuidado com o nascimento. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 5, p. 647-51, 2006.

AMED, A.M; FILHO, A.R.DA.S; JÚNIOR, C.A.A;TRINDADE, C.R;TRISTÃO, E.G; FARES, F.H.A; FEITOSA, F.E.DE.L; NETO, J.A.S; DOS SANTOS, J.F.K; NETO, J.R; JÚNIOR, L.K; SIQUEIRA, M.M; DE CARVALHO, R.L; AJEJE, R; DE OLIVEIRA, S.F.

Assistência Pré-Natal. Manual de Orientação. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia 2000.

BARBOSA, G.P; GIFFIN, K; ANGULO-TUESTA, S.G.A; CHOR, D; D'ORSI, E; DOS REIS, A.C.G.V. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cesarean sections: who wants them and under what circumstances?. Caderno de Saúde Pública., v. 19, n. 6, p. 1611-1620, 2003.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência Saúde Coletiva, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Pré Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 agosto, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: Brasília; Jun 27, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União 2005; 6 jul.

_____. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmeret al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.

CHAUÍ, M. Convite à filosofia. Ed. Ática: São Paulo, 2000.

CARON, O.A.F; SILVA, I.A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 4, p. 485-492, 2002.

COSTA, S.P; PRATES, R.D.C.G; CAMPELO, B.Q.A. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2014.

DELFINO, M.R; PATRICIO, Z.M; MARTINS, A.S; SILVERI, M.R. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 1057-1066, 2004.

DE SOUZA V.B; ROECKER, S; MARCON, S.S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S.M; PEREIRA, A.P.E; FONSECA, S.C; GAMA, S.D; THEME, F.M.M. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, S.G; CHACHAM, A.S. O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A; VIANA, D.L; MACHADO, W.C.A. *Tratado Prático de Enfermagem – Volume 1. 2ªed.* São Caetano do Sul: Yendis Editora, p.512, 2009.

FAÚNDES, A; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

GAMA, D.A.S; GIFFIN, K.M; ANGULO-TUESTA, S.G.A; BARBOSA, G.P; D'ORSI, E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, nº 11, p. 2480-2488, Nov,2009.

GASPARINO, R.F. Consultas de enfermagem obstetrícia e pediátricas nas perspectivas de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu*, 2012.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno de Saúde Pública* v.18 p:103-12.2003.

HAUCK, F.T. *Fatores associados à preferência da mulher na escolha do tipo de parto.* Belo Horizonte 2010.

IORRA, M.R.K; NAMBA, A; SPILLERE, R.G; NADER, S.S; NADER, P.D.J.H. Aspectos relacionados à preferência pela via de parto em um hospital universitário. Revista da AMRIGS, v. 55, n. 3, p. 260-268, 2011.

SÃO PAULO. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

SERRUYA, S.J. "A experiência do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil."Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas 2003.

KOFFMAN, M.D; BONADIO, I.C. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Brasileira de Saúde Materno Infantil; v. 5, n. supl. 1, p. s23-s32, 2005.

LOMBA, M; LOMBA,A. Resgate Saúde: Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Instrumentação Cirúrgica – Volume 4. 3ª Ed. Olinda: Grupo Universo, 2007.

MARTINS-COSTA S.H; HAMMES L.S; RAMOS J.G; ARKADER, J; CORRÊA, M.D; CAMANO, L.Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.Cesariana - Indicações. Projeto Diretrizes. Agosto 2002.

MELCHIORI, L.E; MAIA, A.C.B; BREDARIOLLI, R.N; HORY, R.I. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. Interação em Psicologia v. 13, n. 1, 2009.

MELSON, K.A; JAFFE,M.S; KENNER,C; AMLUNG, S. Enfermagem Materno-Infantil: Planos de Cuidados. 3ª Ed. Trad.: Carlos Henrique Cosendey. Rev. Tec.: Maria Isabel Sampaio Carmagnani. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso Ed.Pg,128, 2002.

MINAYO, M.C DE SOUZA; DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Vozes, 2002.

PINHEIRO, B.C; BITTAR,C.M.L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. Aletheia, Canoas, n. 37, p. 212-227, 2012.

PUCCINI, R.F; PEDROSO, G.C; SILVA, E.M.K; ARAÚJO, N.S; SILVA, N.N. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Cad Saúde Pública, v. 19, n. 1, p. 35-45, 2003

RATTNER, D. Ministério da Saúde. Atenção ao Parto Normal – Evidências Científicas: 2009.

RATTER, D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil, Rev. Saúde Pública, v. 30, n. 1, p. 19-33, 1996.

RIESCO, M.L.G; TSUNECEHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: Velhos problemas ou novas possibilidades?. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Centro, v. 65020, p. 660, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Manual Atenção à Saúde da Mulher – Protocolo de Enfermagem. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo. 2003.

SANNA, N.C. Os processos de trabalho em enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SAVASSI, L.C.M; REZENDE, F.M; CARVALHO, D.G. Protocolo de Assistência Pré-Natal. Fortuna de Minas: 2002.

TAVARES B.B. Expectativa de primíparas de São José do Rio Preto quanto ao tipo de parto e o conhecimento da indicação da cesárea. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2000.

VALENÇA, C.N; GERMANO, R.M. Prevenindo a depressão puerperal na estratégia saúde da família: ações do enfermeiro no pré-natal. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 11, n. 2, 2012.

VELHO, M.B; SANTOS, E.K.A.D; BRÜGGEMANN, O.M; CAMARGO, B.V. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres; Texto e contexto enfermagem Florianópolis, vol.21, nº2, p.458-466, 2012.

WOLFF, L.R; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Sociedade, São Paulo, vol. 17, nº 3, p.138-151, 2008.