

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

MARA JULYETE ARRAES JARDIM

**EMPODERAMENTO FEMININO: contribuições do enfermeiro no pré-natal para
o processo de parturição natural sob a ótica da gestante**

**SÃO LUÍS
2017**

MARA JULYETE ARRAES JARDIM

EMPODERAMENTO FEMININO: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Lena Maria Barros Fonseca

SÃO LUÍS

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Arraes Jardim, Mara Julyete.

EMPODERAMENTO FEMININO : contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante / Mara Julyete Arraes Jardim. - 2017.
107 p.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

1. Cuidado Pré-natal. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Poder. I. Barros Fonseca, Lena Maria. II. Título.

MARA JULYETE ARRAES JARDIM

EMPODERAMENTO FEMININO: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Aprovada em: ____ / ____ / ____

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Lena Maria Barros Fonseca (Presidente/orientadora)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof^a.Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias - 1º Membro
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof^a. Liberata Campos Coimbra - 2º Membro
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof^a. Cláudia Teresa Frias Rios – 1º Membro Suplente
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof^a. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa – 2º Membro Suplente
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

*Dedico esta Dissertação às gestantes
batalhadoras que lutam pela humanização
do parto e pelo direito de ser protagonista
do evento mais sagrado e sublime da vida
de uma mulher.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu maior Mestre, pois tudo que tenho vem Dele, nada me pertence. Porque Dele, por Ele e para Ele, são todas as coisas. Glória, pois, a Ele eternamente.

À Universidade Federal do Maranhão, por proporcionar um ensino público de qualidade com caráter confiável e democrático.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por me oportunizar a chance de vislumbrar novos horizontes para a Enfermagem de maneira ética e qualificada.

Aos docentes da Instituição, os quais eu tive o prazer de conhecer e de aprender com suas experiências e conhecimentos transmitidos em sala de aula.

Em especial à minha querida orientadora Prof^a. Dr^a. Lena Maria Barros Fonseca, pela dedicação, paciência e incentivo dispensados a mim, acreditando sempre que, apesar dos inúmeros obstáculos, a realização deste estudo seria possível.

Agradeço de forma particular à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, pela bolsa concedida, a qual contribuiu para a realização da pesquisa.

Agradeço aos coordenadores da Unidade de Saúde da Família AMAR e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), por abrirem caminhos para novas descobertas científicas na área da saúde da mulher.

Às gestantes participantes deste estudo, pela anuência e contribuição direta na execução da pesquisa.

Agradeço imensamente aos meus amados e valiosíssimos pais, Nélio Jorge Jardim Pimentel da Silva e Célia Regina Gomes Arraes Jardim, os quais são enfeites para a minha cabeça e adornos para o meu pescoço (Provérbios 1, 9). Obrigada por doarem suas vidas em prol da minha. Todas as minhas conquistas passam por seus ensinamentos.

À minha linda família, pelo suporte neste caminho e em todos os outros. De maneira especial, agradeço aos meus primos Camilla Gomes Arraiz e Cícero Alves Pereira Arraiz Filho por me acolherem na sua casa e em suas vidas, me proporcionando todas as condições necessárias para uma convivência amorosa e pacífica. Nunca esquecerei os sorrisos compartilhados.

Agradeço ao meu namorado, melhor amigo e companheiro de todas as horas, Vinníciu da Conceição Cruz, pelo amor, carinho, compreensão, apoio e estímulo em todos os meus projetos e sonhos, principalmente na reta final desta etapa. Obrigada por ser meu incentivador e minha motivação diária, simultaneamente.

Aos companheiros de turma do Mestrado, pelas lutas compartilhadas e caronas oferecidas durante esse período. Agradeço em especial àquelas que se tornaram companheiras da vida, Jéssica Sâmia Silva Tôrres Ribeiro e Yara Nayá Lopes de Andrade. Obrigada pela confiança, apoio e amizade de vocês.

A todos os amigos, principalmente à Andressa Arraes Silva e Camila Cristina Pereira Costa, pela irmandade, incentivo e troca de conhecimentos sempre valiosos.

Agradeço em especial ao meu irmão Mário George Arraes Jardim, por ser uma das principais razões de todas as minhas lutas para um mundo melhor.

Obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente na conquista desta grande vitória.

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

(Michel Odent)

JARDIM, M.J.A. **Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante.** 2017. 110p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

RESUMO

O enfermeiro, como integrante da equipe da atenção básica, possui um papel fundamental na construção do empoderamento da gestante durante o pré-natal, devendo agir como um facilitador desse processo, proporcionando às mulheres o acesso às informações e a oportunidade de participação nas decisões sobre o seu próprio corpo. A pesquisa teve como objetivo compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, sob a ótica da gestante. Foi realizado um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, no período de agosto a outubro de 2016, com dezoito gestantes que estavam sendo acompanhadas pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade saúde da família de São Luís – MA. Para captação dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Os resultados foram organizados utilizando-se da Análise Temática de Bardin (2010) e analisados com apoio da Teoria do *Empowerment*. Do processo de análise emergiram as seguintes categorias temáticas: *(Re)construindo caminhos em busca do empoderamento; Assumindo a direção ofensiva; Chegando ao destino final*. Emergiram da primeira categoria duas subcategorias: *a importância do pré-natal e o acesso às informações*. Da segunda categoria surgiram as seguintes subcategorias: *escolhas disponíveis e as estradas obscuras*. E da terceira categoria emergiram as três subcategorias seguintes: *as estratégias de educação em saúde, a significância do enfermeiro para o empoderamento da gestante e a evidência do empoderamento para o parto*. Este estudo demonstra o reconhecimento da gestante sobre a importância do pré-natal, associando os cuidados desse período com a segurança e tranquilidade durante o parto. Evidencia ainda, que as gestantes não explicitaram informações fornecidas pelo enfermeiro, para o empoderamento no parto. As estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o incentivo ao empoderamento caracterizaram-se como práticas isoladas e não ofereceram o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina. Diante dos resultados, conclui-se que foi possível compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural. As orientações são fornecidas na maioria das vezes pelos enfermeiros, fazem alusão a muitos aspectos da gravidez, como amamentação, tipos de parto, exames de rotina e outros, porém não se evidencia com clareza que as gestantes se utilizaram das informações disponíveis para alcançar o empoderamento no parto. As estratégias são fragmentadas e isoladas, refletindo ausência de um diálogo entre gestante e o profissional. É necessário um esforço conjunto dos enfermeiros e outros profissionais de saúde que atuam no acompanhamento da gestante no pré-natal, para o cumprimento das recomendações da política de saúde da mulher vigente, no incentivo ao parto natural oferecendo estratégia de empoderamento da gestante para o exercício de sua cidadania e a vivência humanizada durante todo o processo de parturição.

Descritores: Cuidados de enfermagem. Cuidado Pré-natal. Poder.

JARDIM, M.J.A. **Feminine empowerment: contributions of the nurse in prenatal care to the natural parturition process from the perspective of the pregnant woman.** 2017. 110p. Dissertation (Masters). Graduate Program in Nursing. Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2017.

ABSTRACT

As a member of the primary care team, the nurse plays a key role in building the empowerment of pregnant women during prenatal care, and should act as a facilitator of this process, providing women with access to information and the opportunity to participate in decisions about your own body. The research had as objective to understand the contributions of the nurse in the prenatal to the incentive to the feminine empowerment in the process of natural parturition, from the perspective of the pregnant woman. A descriptive exploratory study with a qualitative approach was carried out between August and October 2016, with eighteen pregnant women being followed by the nurse in prenatal care at a health unit in the family of São Luís - MA. The results were organized using the Thematic Analysis of Bardin (2010) and analyzed with the support of Empowerment Theory. The following thematic categories emerged from the analysis process: (Re) building paths in search of empowerment; Assuming the offensive direction; Arriving at the final destination. Two subcategories emerged from the first category: the importance of prenatal care and access to information. Of the second category emerged the following subcategories: choices available and the dark roads. And of the third category emerged the following three subcategories: health education strategies, the nurse's significance for the empowerment of the pregnant woman, and the evidence of empowerment. This study demonstrates the recognition of the pregnant woman about the importance of prenatal care, associating the care of this period with safety and tranquility during childbirth. It also shows that the pregnant women did not explain information provided by the nurse, for empowerment at childbirth. The strategies used by the nurse to encourage empowerment were characterized as isolated practices and did not offer sufficient knowledge to prepare the exercise of female autonomy. Given the results, it was concluded that it was possible to understand the contributions of nurses in prenatal care to encourage female empowerment in the process of natural parturition. Guidelines are provided more often by nurses, alluding to many aspects of pregnancy, such as breastfeeding, delivery types, routine exams, and others, but it is not clear that pregnant women have used the information available to achieve empowerment at childbirth. The strategies are fragmented and isolated, reflecting the absence of a dialogue between pregnant women and the professional. It is necessary a joint effort of the nurses and other health professionals who work in the accompaniment of the pregnant woman in the prenatal period, in order to meet the recommendations of the current policy of women's health, in the incentive of natural childbirth, offering a strategy to train the Pregnant woman to exercise her citizenship and the humanized experience throughout the labor process.

Keywords: Nursing Care. Prenatal Care. Power.

LISTA DE SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPNi	Centro de Parto Normal Intra-hospitalar
CPNp	Centro de Parto Normal Peri-hospitalar
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
EUA	Estados Unidos da América
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
USF	Unidade Saúde da Família
WID	Women in Development

SUMÁRIO

1	INTRODUZINDO A TEMÁTICA	12
1.1	Justificativa.....	19
2	DEFININDO O OBJETIVO	20
3	APRESENTANDO A REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1	Histórico das políticas de atenção à saúde da mulher e a assistência pré-natal no Brasil	22
3.1.1	A organização dos serviços de saúde e o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica	25
3.2	A institucionalização do parto e o resgate do processo de parturição natural	27
3.3	O enfermeiro como agente incentivador do parto natural	32
4	APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO	36
4.1	<i>Empowerment</i>	36
5	DESCREVENDO A METODOLOGIA	42
5.1	Tipo de estudo	42
5.2	Caracterizando o cenário do estudo	42
5.3	Participantes do estudo	43
5.4	Coleta de dados.....	43
5.4.1	Instrumento e técnica de coleta.....	44
5.5	Processo de análise e interpretação dos dados.....	46
5.6	Aspectos éticos.....	47
6	APRESENTANDO OS RESULTADOS E AS DISCUSSÕES	50
6.1	Conhecendo as gestantes do estudo.....	50
6.2	(Re)construindo caminhos em busca do empoderamento	53
6.2.1	A influência do pré-natal para o empoderamento	54

6.2.2 O acesso às informações	56
6.3 Assumindo a direção ofensiva	63
6.3.1 Escolhas disponíveis.....	63
6.3.2 As estradas obscuras.....	69
6.4 Chegando ao destino final	73
6.4.1 As estratégias de educação em saúde	73
6.4.2 A significância do enfermeiro para o empoderamento da gestante	78
6.4.3 A evidência do empoderamento para o parto	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICES.....	100
ANEXO	106

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

A experiência da gestação e do parto contribui para a transformação na vida da mulher implicando em modificações que repercutem nas esferas pessoal, familiar e socioeconômica, que na maioria das vezes exige a tomada de decisões importantes. Essas modificações, especialmente relacionadas à esfera pessoal, devem ser acompanhadas de maneira oportuna pelos profissionais da saúde, possibilitando uma vivência prazerosa e o protagonismo da gestante. Esse protagonismo e autonomia têm sido incluídos nas discussões de fóruns sociais e científicos como um componente essencial da humanização do parto e nascimento e das políticas para mulheres no país. Porém, o incentivo a essa autonomia, com foco na assistência do enfermeiro durante o pré-natal, ainda é um tema abordado com certa timidez no Brasil (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012; SANTOS, THIENGO, MORAES et al, 2014).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos vem estimulando a prática do enfermeiro na assistência qualificada à gestante, como forma de potencializar a capacidade natural e inata da mulher de dar à luz. A preparação para o parto deve promover o empoderamento feminino, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitando o direito ao seu próprio corpo e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (BRASIL, 2013).

Até meados do século XX o parto transcorria em família sob fortes vínculos afetivos, mas com o advento da medicina moderna ocorreu uma mudança nesse cenário e os partos, em sua maioria, passaram a acontecer nos hospitais, transformando os vínculos em contatos superficiais. Parir passou a ser responsabilidade do médico, cuja autoridade administrativa fundava-se na “competência” do saber científico e especializado, associado ao modelo de cura e medicalização¹. (SOUZA, SOARES, QUITETE, 2014; PONTES, LIMA, FEITOSA et al, 2014).

Desde o final da década de 1970, vem ocorrendo forte argumentação e incentivo à humanização e ao parto natural, o qual deve ser centrado na mulher e realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o

¹ Riscado, Jannotti e Barbosa (2016) definem como um processo longo de invasão da vida social pelo saber médico, que proporcionou a construção do lugar social dos profissionais de saúde.

período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Porém, a vertente centrada no modelo intervencionista² ainda existe e é vista como emblemática do modo ocidental de pensar e de viver, o que implica em questionar o predomínio da técnica e da cultura sobre procedimentos tidos como naturais (MALHEIROS, ALVES, RANGEL et al, 2012).

Esse modelo assistencial prioriza as práticas intervencionistas em detrimento da capacidade fisiológica que a mulher possui de gestar e parir, submetendo-as às ordens e vontades dos profissionais de saúde, principalmente do médico, que a elas prestam cuidados durante todo o ciclo gravídico puerperal (FONSECA, JANICAS, 2014; SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

Esse crescente aumento da submissão feminina fez com que o parto deixasse de ser um processo natural e a mulher, aos poucos, deixasse para trás seu instinto, perdendo assim sua autonomia para viver a gestação e assumindo um papel passivo durante o momento do parto (PONTES, LIMA, FEITOSA et al, 2014).

Além disso, o natural ou fisiológico deixou de ser considerado seguro e o uso de tecnologias duras³, como os equipamentos tecnológicos, passou a ser mais valorizado, em detrimento das relações de vínculo e acolhimento, por todos os envolvidos nesse evento. Isso evidencia uma assistência pré-natal inadequada, relacionada, principalmente, à fragmentação das ações e dos serviços de saúde, às práticas de atenção conservadoras e às intervenções sem evidências científicas (SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

Durante todo o processo de parturição⁴, é possível que a mulher tenha a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela, com seu bebê e sobre o modo de sua participação nesse evento. Os profissionais de saúde têm obrigação ética e legal de oferecer-lhe informações claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informações recebidas (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Neste contexto, o pré-natal possui um papel fundamental no resgate do empoderamento da gestante e na superação da relação autoritária entre profissional

² Modelo de assistência obstétrica e neonatal que se caracteriza por encarar a vida como cheia de riscos e a saúde como um problema (WAGNER, 1994).

³ Para Merhy (2005) são as tecnologias dos recursos materiais.

⁴De acordo com Sodré, Merghi e Bonadio (2012),   todo o processo que envolve a gesta o, parto e puerpério, no qual a mulher encontra-se sensível e fragilizada.

e cliente, para que as mulheres possam tomar uma decisão com liberdade, sem se sentirem intimidadas diante do autoritarismo da equipe de saúde. Para isso, os profissionais envolvidos na assistência pré-natal devem estar sensíveis a realizar uma escuta atenta às gestantes, transmitindo-lhes apoio e confiança, ações estas necessárias para que possam conduzir com autonomia, a gestação e o parto (LEÃO, RIESCO, SCHNECK et al, 2012; COSTA, MEDEIROS, LIMA et al, 2013; SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde, deve reconhecer a gestante como alguém que possui vontades, desejos e necessidades, portanto, ele precisa proporcionar-lhe, ainda no pré-natal, o acesso às informações com as melhores evidências científicas para que o processo de decisão dessa mulher seja livre e verdadeiro (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Com sua experiência de gestar e parir e legalmente respaldada, a mulher pode escolher o tipo de parto, a ambiência, o profissional que irá atender-lhe, o acompanhante, os procedimentos aos quais quer ser submetida, entre outras escolhas. Para isso, ela precisa de incentivo ao empoderamento, por meio de informações capazes de torná-las consciente de seus direitos (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

O processo de Empoderamento tem o objetivo de fortalecer a participação e os direitos das usuárias do serviço de saúde que se encontram vulneráveis à marginalização de informações, favorecendo o desenvolvimento de seus conhecimentos a respeito das decisões do parto. O desenvolvimento dessas habilidades nem sempre é automático, por isso existe a necessidade de ações estratégicas para sua obtenção (SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

Sendo esse empoderamento resultado da distribuição de recursos e oportunidades para a confiança e participação consciente, o enfermeiro precisa assumir uma postura de mediador para que a gestante passe a ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão no seu ciclo de parto, uma vez que esse profissional estabelece vínculo estreito com a gestante ou o casal, por meio das consultas mensais na assistência pré-natal.

Essa assistência, segundo Silva, Nascimento e Coelho (2015), precisa ser flexível e adaptada às necessidades individuais da mulher e do seu bebê, por isso o enfermeiro deve fazer com que a gestante esteja plenamente envolvida nesse processo. Além disso, a comunicação efetiva é de fundamental importância e

constitui-se uma ação dignificante de enfermagem, ou seja, quando há um diálogo capaz de promover a segurança nas mulheres, essas associam à boa assistência recebida pelo profissional.

Nesta perspectiva, as ações educativas são fatores bastante relevantes, pois o acesso às informações adequadas proporciona confiança na relação profissional-gestante, tornando-a mais harmoniosa, reduzindo a subordinação e favorecendo o protagonismo das mulheres (PROGIANTI, COSTA, 2012).

De acordo com os autores supracitados, para que a gestante alcance autonomia, se faz necessário o respeito aos seus direitos pelos serviços de saúde e a centralização do cuidado, por parte dos profissionais, nas necessidades da mesma. Essas ações objetivam sanar as dúvidas das gestantes e esclarecer direitos, valorizando a integralidade da assistência e encorajando a mulher durante o pré-natal a atuar como peça-chave do evento de parturição.

Corroborando com esta ideia, López, Silva e Sarmiento (2014), abordam a emergência na criação de uma aliança sólida entre os profissionais de saúde e as mulheres, valorizando a partilha das responsabilidades na saúde e na doença. Para isso, as gestantes precisam se apropriar de direitos para o pleno exercício da cidadania como sendo uma forma de poder e de possibilidade para a melhoria da qualidade dos serviços de maternidades existentes.

A assistência tida como mais efetiva seria, então, aquela que tivesse a parturiente como figura central do evento 'parto' e valorizasse suas necessidades em detrimento das exigências dos profissionais e/ou das instituições. Assim, cada mulher seria caracterizada como única e conhecedora de suas necessidades e dos meios para supri-las, devendo o profissional estar preparado cientificamente e treinado, ou seja, qualificado para atendê-la dentro da filosofia da humanização. Seria este um caminho importante para que o enfermeiro se torne facilitador do processo de parturição, respeitando a fisiologia e a autonomia feminina (MALHEIROS; ALVES; RANGEL et al, 2012).

Em contrapartida a essa ideia, o Brasil manteve, durante muitos anos, uma postura tímida quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A política voltada para essa população se baseava no Programa Materno-infantil criado em 1977 e se restringia à prevenção da gestação de alto risco, não levando em conta outros aspectos relevantes. Somente em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), essa população

passou a contar com um modelo de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, os quais abrangiam as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os ciclos vitais (BRASIL, 2001).

No contexto latino-americano, por volta de 1980, começou-se a reconhecer a importância da saúde materna, quando uma série de estudos na Argentina, Brasil, Colômbia, Guatemala, Honduras e Jamaica, mostrou a alta incidência de mortalidade materna apresentada por esses países. Certamente os resultados dessas pesquisas, reforçaram para o Brasil a criação do PAISM e a implantação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se baseava em ações educativas, preventivas, diagnósticas, de tratamento e de recuperação, com o intuito de alcançar melhores resultados na assistência à mulher (BRASIL, 2004; LÓPEZ, SILVA, SARMIENTO, 2014).

No cenário internacional, aconteceram muitos debates importantes sobre a saúde feminina, impulsionados pelas Conferências da Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1994, a Conferência do Cairo recomendou que os países se comprometessem na oferta de ações para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, pautou o movimento feminista nacional e também orientou respostas governamentais. Foi nessa ampliação do debate que surgiram muitos movimentos de mulheres, nos mais diferentes espaços, em busca de garantia de seus direitos e de mais saúde (BRASIL, 2010).

As discussões mundiais sobre o modelo assistencial do ciclo gravídico-puerperal e as lutas dos movimentos feministas foram essenciais para a popularização do conceito de empoderamento e para a busca de melhorias no cuidado. Entretanto, mesmo com a criação e implantação do PAISM, os questionamentos relacionados à qualidade da assistência continuaram surgindo, especialmente no que dizia respeito à assistência ao pré-natal e parto, já que os indicadores maternos e perinatais continuavam alarmantes (SILVA, QUEIROZ, REIS et al, 2011).

Esse panorama refletia que a má assistência provinha da não compreensão dos direitos reprodutivos e da não percepção da mulher como sujeito, o que impossibilitava o protagonismo sobre seu corpo e sua gravidez e desrespeitava direitos básicos da cidadania (SERRUYA, CECATTI E LAGO, 2004).

Assim, objetivando a redução dos índices de mortalidade e a ampliação do acesso à assistência parturitiva humanizada e de qualidade, foi implantado em

2000o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual se associa formalmente ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e tem como finalidades incentivar um atendimento obstétrico integral e de qualidade, além de garantir os direitos de escolha da mulher, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções (BRASIL, 2001; 2004).

Apesar da importância do Programa, as ações em saúde da mulher mantiveram-se frágeis na identificação das necessidades no ciclo gravídico-puerperal, especialmente na articulação das estratégias básicas e do cuidado após o nascimento do filho, retratando também o viés de gênero (PIO; OLIVEIRA, 2014).

Em virtude deste cenário, o Ministério da Saúde lançou por meio da Portaria nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Nessa rede de cuidados, enfatiza-se a atuação do enfermeiro como o agente para a efetivação do acolhimento, vínculo e práticas humanizadas (BRASIL, 2012a).

A expansão do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal faz parte dos componentes dessa estratégia inovadora. Esta traz como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, da oferta de boas práticas e da redução da mercantilização⁵ e medicalização do parto (BRASIL, 2011a).

Esta iniciativa, que constitui a atual política nacional de atenção à saúde materna no Brasil, apresenta potencial para buscar a retomada do atendimento integral à saúde da mulher e para resgatar seu protagonismo no período gravídico-puerperal. Para responder às demandas que esta tarefa impõe devem ser desenvolvidas diferentes ações que sejam capazes de ampliar o conhecimento das mulheres sobre o direito reprodutivo em todos os níveis de atenção e de estimulá-las e prepará-las para o parto normal (PIO, OLIVEIRA, 2014).

Para Leão, Riesco, Schnecket al (2012) a transformação do parto em um evento hospitalar e cirúrgico culminou com o estabelecimento da medicalização, a qual transforma culturalmente as populações, com uma redução na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos e contribui para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto.

⁵ Visando o lucro acima de qualquer outro direito e a expropriação do bem-estar (JR, 2006).

Segundo os mesmos autores, o uso abusivo da cesariana pode causar mais danos do que benefícios, por isso há a preocupação de se reduzir o número dessas cirurgias feitas de forma eletiva e de trazer a mulher ao posto de protagonista desse processo. Sendo assim, a Rede Cegonha apresenta em suas diretrizes, a garantia de boas práticas e de segurança na atenção ao parto, de forma a incentivar o parto natural, respeitando os direitos das gestantes e proporcionando um acompanhamento humanizado e qualificado, desenvolvendo, inclusive, ações durante o pré-natal (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, verifica-se que a mudança no contexto referente ao parto e nascimento se deu, durante muito tempo, de forma passiva, sem promover grandes discussões para a sociedade sobre a inversão de papéis entre a mulher e a equipe de saúde. Porém, com o passar do tempo, foi-se discutindo como a perda do protagonismo feminino no parto e nascimento influenciou de forma negativa as experiências da maternidade e, atualmente, suscita novas compreensões acerca do ciclo gravídico-puerperal (PONTES, LIMA, FEITOSA et al, 2014).

Diante disso, verifica-se a urgente necessidade de incentivo ao empoderamento feminino durante o pré-natal para o processo de parturição natural, pois segundo Silva, Nascimento e Coelho (2015), boa parte do cuidado à mulher, durante a gestação, ainda configura-se no princípio de que o corpo feminino é normalmente defeituoso e dependente da tutela médica-cirúrgica para parir.

Portanto, tomando como objeto de estudo o empoderamento feminino no processo de parturição natural, este trabalho foi realizado com a finalidade de conhecer um componente da assistência de enfermagem no pré-natal, sob a perspectiva da gestante, onde se buscou responder o seguinte questionamento: como o enfermeiro está contribuindo, durante o acompanhamento pré-natal, para a conquista do empoderamento feminino no processo de parturição natural, na perspectiva da gestante?

Considerando a importância das ações educativas e esclarecimentos sobre o processo de gestação e parto ainda no pré-natal, adotou-se como pressuposto que as informações fornecidas às gestantes, por meio das ações realizadas pelo enfermeiro, fortalecem o protagonismo da mulher na tomada de decisões.

1.1 Justificativa

As altas taxas de cesarianas desnecessárias e os relatos de violência na atenção ao parto são o reflexo de uma assistência pré-natal prestada por profissionais que não consideram a participação ativa da gestante como um fator fundamental no exercício do direito à saúde (LEÃO, RIESCO, SCHNECK et al, 2012). Considerando a afirmativa, o interesse em realizar essa pesquisa surgiu na necessidade de conhecer as estratégias utilizadas pelo enfermeiro no pré-natal, para a promoção e ampliação da autonomia feminina durante o parto. Algumas experiências pessoais e acadêmicas no acompanhamento ao pré-natal e parto, também contribuíram para o impulso em estudar a temática, onde se observou a fragilidade da gestante nesse processo e a carência por informações que lhe fornecessem voz e visibilidade. Aliada a isso, o número reduzido de publicações nacionais sobre o tema aponta a urgência de novas pesquisas científicas, acreditando-se que a importância da discussão sobre a assistência pré-natal ideal, será consolidada apenas quando cada ator envolvido entender o seu papel no processo de cuidar, gestar, parir e nascer.

A relevância deste estudo evidencia-se nas políticas públicas de saúde voltadas para a orientação das práticas da assistência pré-natal e na contribuição para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os enfermeiros e as gestantes, respeitando a decisão e a participação efetiva da mulher no decurso da gestação. Nesse sentido, acredita-se que ao dar voz às gestantes participantes desta pesquisa, poderá se ter uma significativa contribuição tanto para os profissionais de saúde como para outras gestantes, da importância do pré-natal no reforço do empoderamento, liberdade e cidadania feminina, para a satisfação de suas necessidades e, ainda, para a possível redução dos índices de violência no ciclo gravídico-puerperal.

2 DEFININDO O OBJETIVO

Compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural sob a ótica da gestante.

3 APRESENTANDO A REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico das políticas de atenção à saúde da mulher e a assistência pré-natal no Brasil

Até meados da década de 1980, as políticas públicas voltadas para a assistência à saúde da mulher no Brasil eram notoriamente deficientes, pois englobavam apenas o aspecto biológico dessa mulher, com ênfase na função de reprodutora e de educadora dos filhos, deixando um grande abismo no que se referia a uma abordagem mais ampliada e integral à saúde (BRASIL, 2001; PIO, OLIVEIRA, 2014).

Segundo Silva, Nascimento e Coelho (2015), a política vigente voltada para essa população se baseava no Programa Materno-Infantil criado em 1977, onde a assistência obstétrica se restringia à prevenção da gestação de alto risco e era predominantemente caracterizada, entre outros aspectos, pela institucionalização do parto centrado nas práticas médicas e no uso rotineiro de intervenções desnecessárias.

A partir da década de 1980 esse modelo de saúde começou a receber várias críticas dos movimentos feministas e do movimento que preconizava a reforma sanitária no País, os quais exigiam a adoção de uma política centrada em uma perspectiva da mulher muito além da função materna, contudo, incluindo a assistência obstétrica de qualidade. Dessa forma, em 1984 foi oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando o início das mudanças nas políticas voltadas às mulheres (BRASIL, 2001; 2010).

O processo de construção do PAISM sofreu grande influência da implementação do SUS, o qual se baseou nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

Essa mudança no modelo assistencial foi essencial para o estabelecimento de melhorias, pois estava centrada nos princípios da equidade e da integralidade, ou seja, as mulheres passaram a ser contempladas em todas as

faixas etárias, em todos os ciclos da vida, em todos os seus papéis na sociedade e em todos os seus problemas e necessidades de saúde (BRASIL, 2010).

Em relação à abordagem obstétrica, o PAISM tinha o objetivo de aumentar a cobertura e a concentração do atendimento pré-natal igualmente a toda a população, melhorar a qualidade da assistência ao parto, diminuindo assim os índices de cesáreas desnecessárias; mas esse novo olhar para a saúde da mulher foi além da oferta de ações relacionadas apenas à gravidez e ao parto, passando a planejar também a implantação e ampliação de outras atividades relacionadas à mulher, incluindo a valorização da autonomia feminina por meio das práticas de educação em saúde (PEREIRA, BENTO, 2011; PIO, OLIVEIRA, 2014).

Segundo Malheiros, Alves, Rangel et al (2012), ao longo da década de 1990, o Ministério da Saúde rompeu com a ideia de um programa único para atender às complexas situações de saúde das mulheres e passou a fragmentá-la em diferentes programas. No intuito de melhorar a qualidade da assistência pré-natal e os índices de mortalidade materno-infantil, instituiu-se no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal, incentivando um atendimento integral e garantindo o direito de escolha da mulher.

Ainda no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), convidou a sociedade civil e o governo a olhar com atenção alguns desafios que o planeta enfrentava e elaborou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), composto por oito metas a serem atingidas até o ano de 2015. Um desses objetivos era melhorar a saúde das gestantes reduzindo em 75% a taxa de mortalidade dessa população, a qual foi cumprida parcialmente pelo Brasil, uma vez que a redução foi de 55%, significando que ainda há muito para avançar (BRASIL, 2013).

Apesar da existência de todos os programas de governo voltados à atenção da mulher, as ações de saúde mantiveram-se frágeis na identificação das necessidades no ciclo gravídico-puerperal e no cuidado após o nascimento do filho, espelhando a falta de planejamento e o viés de gênero (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Em virtude deste cenário, instituiu-se por meio da Portaria nº 1.459 de 2011 a implantação da Rede Cegonha, uma estratégia inovadora do MS que tem como base os princípios do SUS, de modo a garantir a universalidade, a equidade e

a integralidade da atenção à saúde. Por conseguinte, a Rede Cegonha deve assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e, às crianças, proporcionar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento saudável (BRASIL, 2011a).

Dentre alguns componentes que devem ser garantidos pela Rede Cegonha, destaca-se a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do pré-natal, a vinculação da gestante à unidade de referência e as boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, com incentivo ao parto normal (BRASIL, 2011a). Tais componentes devem ser trabalhados durante a assistência pré-natal e refletem o potencial da atual política nacional de atenção à saúde materna para buscar a retomada do atendimento integral à saúde da mulher.

A ampliação da proteção às mães durante a gestação e o parto é considerada o maior desafio brasileiro entre os ODM e possui relação direta com a qualidade dessa assistência pré-natal, a qual se caracteriza como um dos grandes determinantes dos indicadores de saúde materno-infantil, pois tem o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013).

Corroborando com essas informações, Cavalcanti, Junior, Vaconcelos et al (2013), relatam que o Brasil necessita melhorar a qualidade do pré-natal e das ações de educação em saúde, permitir o acesso, no pré-natal, aos exames necessários e favorecer o conhecimento prévio da gestante do local do parto.

Assim, o pré-natal corresponde a uma série de procedimentos que tem por finalidade acolher a gestante e sua família de maneira qualificada e humanizada, assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (MELO, BRITO, CARVALHO et al, 2011).

Vale enfatizar a importância da escuta ativa e do comprometimento de profissionais com as demandas de saúde das mulheres grávidas, de modo a dar resposta às necessidades trazidas por estas usuárias, considerando que a atenção integral é relevante para a resolutividade da atenção pré-natal (BRASIL, 2001).

O preparo adequado da gestante durante todo o processo de parturição é fundamental para a humanização do parto, e deve ser iniciado precocemente no pré-natal. É importante considerar nesse processo, os desejos e valores que a mulher apresenta e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e

eliminando as violências verbais e não verbais, além de adotar uma abordagem de acolhimento à gestante e à família na unidade de saúde (BRASIL, 2001; CAVALCANTI, JUNIOR, VACONCELOS et al, 2013).

Isto requer sensibilização e motivação por parte dos profissionais de saúde e abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência da gestação, do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista desse evento (BRASIL, 2001).

Assim, observa-se que com o passar do tempo, as políticas de saúde ocasionaram modificações em relação à percepção do ciclo de parturição de todos os envolvidos nesse cenário, porém, é evidente a existência de grandes lacunas no que diz respeito à participação e à tomada de decisão da mulher durante esse período. Dessa forma, se faz necessário uma assistência pré-natal baseada em práticas e ações que visam resgatar o protagonismo e a voz ativa da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

3.1.1 A organização dos serviços de saúde e o trabalho do enfermeiro na Atenção Básica

Para melhor compreender o cenário onde a assistência pré-natal está inserida, faz-se necessária uma breve discussão a respeito da organização da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil e do trabalho do enfermeiro dentro das unidades básicas de saúde. A Atenção Básica caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

Essa política de atenção primária é desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012b).

Diante disso, pode-se entender o processo de trabalho em saúde como um modo específico de trabalhar, onde o produto é consumido no ato da produção, visto como trabalho vivo. É imperioso destacar que o processo de trabalho na atenção primária é essencial para melhorar qualidade do atendimento, visto que o profissional nessa área explora mais a tecnologia leve e a tecnologia leve-dura (SANTANA, ASSIS, ANDRADE, et al, 2013).

Para Galavote, Zandonade, Garcia, et al (2016), o trabalho em saúde na Atenção Básica, em sua maioria, é realizado por vários profissionais que realizam diversas ações para a manutenção da estrutura institucional da saúde e com a intenção de melhorar a forma de pensar e de fazer no cotidiano das famílias.

Porém, para desenvolver tais ações de maneira planejada, as equipes de saúde precisam utilizar o acolhimento como estratégia, e estes se dão através de um bom atendimento e da criação do vínculo. Atendimento este que às vezes é bastante difícil nas unidades básicas de saúde, pois a demanda é enorme para um número muito pequeno de profissionais, principalmente para o enfermeiro, e com isso eles acabam se tornando atarefados e não desenvolvem devidamente suas funções (SANTANA, ASSIS, ANDRADE, et al, 2013).

Nesse contexto, a organização do processo de trabalho na atenção primária é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção, e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Assim, a atenção primária requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde, exercendo o papel de autogestionários (GALAVOTE, ZANDONADE, GARCIA, et al, 2016).

O enfermeiro assume uma posição diferenciada na equipe da atenção básica, apontando para a ampliação dos limites de atuação profissional e agregando as atividades administrativas às práticas da assistência direta ao usuário e às de educação em saúde, tanto no âmbito da unidade básica quanto na comunidade. Entre as suas atribuições estão a realização de assistência integral às pessoas e famílias na unidade de saúde, desde o acolhimento com classificação do risco para os cuidados primários à consulta de enfermagem, bem como, e quando necessário, ações no domicílio através da visita domiciliar e/ou em outros espaços comunitários para promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde (DUTRA, SOARES, MEINCKE, et al, 2016).

Tratando-se da consulta de enfermagem no pré-natal, a mesma caracteriza-se como uma atribuição específica do enfermeiro na atenção básica:

Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012b).

De acordo com Dutra Soares, Meincke, et al (2016), a consulta de enfermagem constitui-se ainda, na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas voltadas às gestantes, seguindo a metodologia orientadora do cuidado e do registro desta prática profissional, devendo estar baseada em um suporte teórico que oriente e ampare cada uma das etapas do processo de enfermagem.

Portanto, torna-se indispensável que o processo de trabalho em saúde seja baseado em condições sociopolíticas, materiais e recursos humanos existentes no ambiente de trabalho, para que assim possibilite melhorias na qualidade do cuidado para quem assiste e para quem é assistido na Atenção Básica (SANTANA, ASSIS, ANDRADE, et al, 2013).

3.2 A institucionalização do parto e o resgate do processo de parturição natural

O parto e nascimento sofreram transformações significativas ao longo da história, principalmente a partir da segunda metade do século XX, com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina. Antigamente o parto acontecia no ambiente domiciliar com o auxílio de parteiras, mas com o passar do tempo foi adquirindo outro significado e passou a ser considerado um procedimento cirúrgico, devendo ser realizado por médicos, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2008; MALHEIROS, ALVES, RANGEL et al, 2012).

O evento parto deixou então de ser privado, íntimo e feminino, e passou a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais, processo que culminou com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino, a qual transforma culturalmente as populações, contribuindo para o declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores geradas por esse momento (LEÃO,RIESCO, SCHNECK et al, 2012).

O conflito ocasionado a partir desta transformação influenciou as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico, que aparentemente se apresenta mais "limpo", mais rápido e mais "científico". Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também exerce influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea (BRASIL, 2001).

A violência institucional é aquela exercida por ação ou omissão dos serviços públicos, concretizando, assim, o poder abusivo do Estado nestes espaços. Pode ser identificada de várias formas: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários; violação dos direitos reprodutivos, entre outros (BRASIL, 2014).

De acordo com Tesser, Knobel, Andrezzo et al (2015), a violência obstétrica manifesta-se em procedimentos e intervenções sem justificativa clínica, como toques vaginais dolorosos e repetitivos; cesáreas e episiotomias desnecessárias ou em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; imobilização física em posições dolorosas e realização da manobra de Kristeller; prática de tricotomia, enterocisma e indução sem o consentimento da gestante, amniotomia precoce, proibição da ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

Pode se caracterizar também em ações como a peregrinação da mulher por locais que realizem o parto humanizado, a falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante; as formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, humilhações de caráter sexual; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; tratamento depreciativo com as mulheres que questionam ordens médicas; a não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana; abandono, negligência ou recusa de assistência integral durante o processo do parto (DINIZ, SALGADO, ANDREZZO et al, 2015).

No Brasil, o modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente legitimizado, é conhecido como Biomédico e se dá sob duas esferas institucionais: a pública e a privada. Enquanto os serviços públicos oferecem o parto normal intervencionista, os serviços privados apresentam às suas pacientes a cesariana, como marca de diferenciação e modernidade (BRASIL, 2001; 2014).

O resultado desses fatores coloca o Brasil no ranking dos países que mais realizam esse tipo de parto no mundo. O índice recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 15%, e no ano de 2013, foi registrada no Brasil a incrível proporção de 55,6% de partos cesáreos. Na rede privada, o índice sobe para 83%, chegando a mais de 90% em algumas maternidades. A OMS alertou ainda que o aumento de cesáreas em todo o mundo nos últimos vinte anos transformou o parto cirúrgico em uma “epidemia” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

É notório que a intervenção deixou de ser um recurso para salvar vidas e passou a ser usada, na maioria das vezes, sem evidências científicas, colocando a gestante cada vez mais distante da condição de protagonista, fazendo com que ela se apresente totalmente insegura e se submeta a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe, com o fato inexorável de que é ela quem está com dor e quem vai parir (BRASIL, 2001).

Confirmando essa ideia, Pontes, Lima e Feitosa et al (2014), retratam que a falta de capacitação para a escolha, a violência da imposição de rotinas, da posição da mulher no trabalho de parto e parto, bem como as interferências obstétricas desnecessárias, perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor.

Logo, não surpreende que a preferência dessas mulheres pelo parto cesáreo pareça moldada pela conduta intervencionista do médico e pela crença de que a qualidade do atendimento obstétrico está fortemente associada à tecnologia dura utilizada no parto operatório, percebendo a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é possível caracterizar três dimensões da obstetrícia moderna: a eliminação da mulher como sujeito do processo de parturição, colocando o médico nesse lugar, cabendo a ele a condução ativa do processo; o não reconhecimento da influência das situações externas e do estado emocional da mulher como facilitador ou não do trabalho de parto e parto; e a determinação da ação intervencionista do médico quando ele achar que o músculo uterino não responde apropriadamente (PONTES, LIMA, FEITOSA et al 2014).

Em oposição a esse excesso de intervenções médicas no processo de gestação e parto, observou-se no Brasil, a partir da década de 1990, a expansão e o fortalecimento significativos dos movimentos de ativistas pela humanização do parto, especialmente de usuárias e profissionais de saúde que se posicionaram criticamente em relação a essa realidade (LEÃO, RIESCO, SCHNECK et al, 2012).

Especificamente no ano de 1993, houve a criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil que apresentou um papel fundamental nesse movimento, objetivando diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado ao período gravídico-puerperal baseado na compreensão do processo natural e fisiológico (MALHEIROS, ALVES, RANGEL, et al, 2012).

Ainda na mesma década, um grupo de enfermeiras obstétricas, iniciou no Brasil, através da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), uma discussão ética, política e técnico-científica a fim de fortalecer a introdução destas profissionais nos planos e programas de saúde materno-infantil no país, como forma de promover um atendimento mais humanizado a gestantes e parturientes. Essa inserção foi determinada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução Nº 223 do ano de 1999, o qual estabeleceu a realização do Parto Normal sem distocia como competência dos enfermeiros, obstetizes ou enfermeiros obstetras. (COFEN, 1999; SOUZA, SOARES, QUITETE, 2014).

A popularização da *Internet* também contribuiu para a organização, por meio de redes sociais, de listas de discussões *on-line* e encontros presenciais voltados a temática da humanização na atenção gravídica-puerperal (COFEN, 1999; SOUZA, SOARES, QUITETE, 2014).

Nesse sentido, a implementação da Rede Cegonha, em 2011, trouxe uma série de ações para melhorar o modelo de atenção ao parto e nascimento, como a instituição das casas de gestante, bebê e puérperas, a implementação de Centros de Parto Normal intra e peri-hospitalares (CPNi e CPNp), a oferta de métodos de alívio da dor e as boas práticas no geral. Isso caracteriza de certa forma, o início da superação do modelo biomédico por um modelo humanístico e holístico, o qual considera a gestante na sua integralidade e respeita sua escolha em todos os processos (BRASIL, 2014).

A mudança do modelo assistencial é, principalmente, uma busca pela alteração do ator principal da cena do parto. Infere-se que, no modelo tecnocrático, o médico é o ator principal, a ele cabe a condução ativa do trabalho de parto; no modelo humanístico/holístico, a gestante é a atriz principal, competindo aos outros atores envolvidos no processo de nascimento, apoiar e dar suporte ao trabalho de parto, que é realizado pela própria mulher, de maneira natural (PONTES, LIMA, FEITOSA et al, 2014).

O termo parto natural refere-se àquele que acontece de maneira fisiológica e humanizada, sem intervenção técnica ou medicamentosa, garantindo uma assistência segura e respeitando a privacidade e as necessidades da parturiente, considerando-a como única protagonista desse momento. É importante destacarmos que as significações atribuídas aos termos normal, natural e humanizado apesar de pouco discutidas, são polissêmicas e muitas vezes, semelhantes, cabendo uma atenção especial somente para essa temática (PEREIRA, OLIVEIRA, SANTOS et al, 2016).

De acordo com os mesmos autores, a retirada do papel de protagonista, torna a mulher frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta; dessa maneira, torna-se imprescindível a implementação de políticas e estratégias de promoção e ampliação da autonomia das mulheres no exercício do direito à saúde e na participação ativa durante as decisões do processo de gestação e parto.

Dessa forma, entende-se que diálogos referentes à inversão de papéis entre a mulher e a equipe médica se fazem necessários para o alcance de um modelo ideal de assistência à gestante e à parturiente (BRASIL, 2001; PONTES, LIMA, FEITOSA et al, 2014). Pode-se inferir ainda, que a discussão sobre a perda da autonomia da mulher no parto não pode estar desvinculada dessa assistência, uma vez que a mesma deve garantir para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, deve permitir o exercício da cidadania feminina, estimulando e resgatando o empoderamento da mulher no processo do trabalho de parto e parto.

3.3 O enfermeiro como agente incentivador do parto natural

O profissional enfermeiro tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher com movimentos sociais feministas, em defesa da humanização no pré-natal e no nascimento. Diante disso, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação deste profissional na atenção integral à saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a humanização da assistência, à medida diminuem as intervenções desnecessárias e os riscos relacionados ao parto (BRASIL, 2003).

Salienta-se que o enfermeiro tem amparo legal para acompanhar o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, do início ao fim, tanto pelo Ministério da Saúde como pela Lei do Exercício Profissional Nº 7498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, respaldada ainda pela Resolução Nº 0516/2016 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2013; COFEN, 2016).

Além do enfermeiro, a equipe da atenção básica é formada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnico/auxiliar de enfermagem, médico e cirurgião-dentista, os quais devem fornecer suporte e exercer ações integradas e acolhedoras a essas mulheres durante todo o período gestacional (BRASIL, 2013).

Essa assistência prestada pelos profissionais durante o pré-natal é de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e tem o intuito de acolher a mulher desde o princípio de sua gestação, fornecendo-lhe uma escuta atenta e transmitindo-lhe informações, apoio e confiança, ações estas necessárias para que a gestante possa conduzir com autonomia o seu processo de parturição (MALHEIROS, ALVES, RANGEL et al, 2012).

Os profissionais de saúde precisam ainda, ter uma visão holística das gestantes, preocupando-se com seus aspectos biológicos, psicológicos, espirituais, socioeconômicos, educacionais e familiares, além de prepará-las para o momento do parto (COSTA, MEDEIROS, LIMA et al, 2013).

O preparo adequado da gestante é ação fundamental na política de humanização do parto e nascimento que deve ser iniciada precocemente e se desenvolver durante todo o pré-natal, de forma a permitir que a gestante perceba a gravidez e o parto como eventos fisiológicos. Portanto, requerendo além da sensibilização dos profissionais de saúde, o fornecimento de instrumentos para o trabalho com as gestantes. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, a

preparação para o parto envolve também, uma abordagem de acolhimento da mulher e de sua família, de forma a respeitar o significado deste momento, permitindo que a gestante exerça sua autonomia, facilitando a constituição do vínculo com a equipe e garantindo a prática de ações que valorizem a humanização da atenção no parto (BRASIL, 2014; PONTES, LIMA, FEITOSA et al, 2014).

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização, e que o profissional deve ser instrumento para que a gestante adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre sua vida e saúde (BRASIL, 2005).

Corroborando com esta informação, Sodré, Merighi e Bonadio (2012), afirmam que o profissional de saúde tem obriga o  tica e legal de oferecer-lhe informa es claras e completas sobre o cuidado, tratamentos e alternativas e de dar-lhe a oportunidade de participar das decisões com base nas informa es recebidas. Para isso, a gestante deve receber durante o pré-natal, orienta es em rela o às mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, aos cuidados com o recém-nascido e amamenta o, além de informa es sobre anatomia e fisiologia maternas, tipos de parto, condutas que facilitam a participa o ativa no nascimento, sexualidade e outras.

A equipe de saúde da assistência pré-natal deve adotar sempre uma postura sensível e  tica, considerando os desejos e valores da mulher e garantindo o direito da tomada de decisão informada em todas as etapas do processo gestacional (MALHEIROS, ALVES, RANGEL ET AL, 2012). Nesse entendimento, as atribui es do enfermeiro no pré-natal envolvem a realiza o da consulta de enfermagem com execu o de técnicas para acompanhamento do beb  e avalia o das modifica es sofridas pela gestante, o encaminhamento de gestantes de alto risco para o médico, a realiza o de visitas domiciliares se necessário, e o fornecimento de informa es por meio de a es educativas para a gestante e sua família (BRASIL, 2006; COSTA, MEDEIROS, LIMA et al, 2013).

A consulta de enfermagem   uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condi es para a promo o da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. Ela dispõe ao profissional um contato mais significativo com as gestantes, possibilitando ao mesmo vivenciar um

relacionamento não só terapêutico, mas também afetivo levando em consideração sentimentos, emoções e valores das usuárias (COFEN, 1986; BRASIL, 2013).

Para Moura, Melo, César (2015), no decorrer da consulta deve prevalecer a escuta aberta e sem julgamentos, o diálogo franco e o estímulo à reflexão, atribuindo princípios humanísticos e holísticos. Devem ser abordadas questões como o direito da mulher, principalmente sobre vida sexual e reprodutiva, seu papel na sociedade, promoção da autoestima, autonomia e participação da mulher/família na atenção à sua saúde, além de outras questões fisiológicas e emocionais inerentes à gestação.

O diálogo entre enfermeiro e gestante deve ser favorecido também pela formação de grupos de apoio, os quais possibilitam que a mulher seja ouvida e respeitada como integrante de um contexto social, no qual ela deve ser a principal protagonista e conhecedora do processo que vivencia (MELO, BRITO, CARVALHO et al, 2011).

Conforme já discutido, a gestante tem o direito de escolher, ainda no pré-natal, o tipo de parto e os procedimentos aos quais quer ser submetida e isso é possível por meio da elaboração do plano de parto, o qual informa e orienta a mulher sobre todas as alternativas disponíveis na assistência ao parto, seja ele com ou sem intercorrências. Sabe-se então, que as decisões da mulher quanto ao tipo de parto são decorrentes de um processo que envolve múltiplos fatores, porém, fica evidente que o enfermeiro exerce grande influência nessas escolhas por meio de ações informativas e educativas, confirmando a importância da sua assistência qualificada durante o pré-natal (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Entre muitas intervenções que podem informar e fortalecer a autonomia da gestante para a escolha do parto normal destaca-se: informação sobre as rotinas e procedimentos a serem desenvolvidos no momento do trabalho de parto e parto; utilização do plano de parto como recurso educativo; promoção de visitas das gestantes e acompanhantes às unidades de referência para o parto, no sentido de desmistificar e minimizar o estresse do processo de internação no momento do parto; informação das etapas de todo o processo do trabalho de parto e parto, esclarecendo sobre as possíveis alterações; informação com antecedência e clareza suficientes sobre o direito ao acompanhante, para que a mulher e a família possam fazer os arranjos necessários à garantia desse direito; dar à gestante e seu acompanhante o direito de participar das decisões sobre o nascimento, fornecendo

informações baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2014; DINIZ, SALGADO, ANDREZZO et al, 2015).

Acredita-se que é possível diminuir os índices de cesarianas escolhidas pela mulher, se os profissionais em suas ações educativas estimularem as gestantes a vivenciarem suas experiências de maneira ativa e participativa, prevenindo o medo culturalmente propagado sobre o parto normal. A mulher percebe, então, que é capaz de vivenciar as sensações advindas da parturição natural, reconhecendo o poder das sensações da fisiologia de seu corpo (PROGIANTI, COSTA, 2012).

Nesta perspectiva, Pereira e Bento (2011), relatam que o cuidado de enfermagem no pré-natal deve necessariamente resgatar a subjetividade, assegurar direitos inalienáveis e construir relações humanas democráticas, tornando-se humanizado e libertador à medida que proporciona um espaço de construção dos saberes a partir de práticas educativas. Isso faz com que sejam gerados novos comportamentos de saúde das gestantes e dos próprios profissionais de saúde envolvidos, superando as assimetrias de poder que ainda permeiam nossa sociedade, em particular na assistência à saúde da mulher.

4 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 *Empowerment*

Partindo do pressuposto de que a dominação está presente nas sociedades ao longo da história sob diferentes formas e que os grupos desprivilegiados precisam ganhar significado para mudar sua condição de opressão e manipulação (BAQUERO, 2012) discutiremos, a seguir, alguns conceitos e características do empoderamento como referencial teórico.

O *Empowerment* é um vocábulo inglês, derivado da palavra “power”, cuja tradução para a língua portuguesa significa “poder”, reportando-se, neste caso, ao termo “empoderamento” ou simplesmente “delegação de poder” (CHIAVENATO, 2005).

A tradição desse conceito tem suas raízes na Reforma Protestante, iniciada por Lutero no século XVI, na Europa, em um movimento de protagonismo na luta por justiça social. No entanto, o marco histórico que trouxe notoriedade ao conceito foi a eclosão dos novos movimentos emancipatórios relacionados ao exercício de cidadania, na década de 1960, nos Estados Unidos, passando o *Empowerment* a ser utilizado como sinônimo de emancipação social (HERMANY; COSTA, 2009).

Uma das conceitualizações sobre o termo em questão, surgidas no início dos anos 1970 nos Estados Unidos da América (EUA) a partir do movimento *Women In Development* (WID) - Mulheres no Desenvolvimento - trouxe uma noção de empoderamento fortemente vinculada à noção de “poder sobre”, de controle sobre os outros e sobre recursos (IÓRIO, 2002).

Já no Brasil o conceito de empoderamento passou a ser utilizado a partir dos anos 1980 pelo movimento feminista. E na década de 1990 recebeu o influxo de movimentos que buscavam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde, a política, a justiça e a ação comunitária (BAQUERO, 2012).

O termo se transformou em categoria analítica e empírica de diversas disciplinas, como administração, sociologia política, economia e saúde pública. Seu objetivo é dar poder às pessoas e liberdade de acesso à informação, auxiliando na tomada de decisões e na participação ativa das organizações (IÓRIO, 2002; CHIAVENATO, 2005).

O conceito do *Empowerment* possui força tanto teórica quanto instrumental, a partir de sua utilização vinculada à questão de gênero e constitui uma ferramenta de desenvolvimento e de transformação na vida de pessoas e comunidades (IÓRIO, 2002).

O caminho histórico que alimentou a sua conceitualização visa à libertação dos indivíduos relativamente às estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminadoras, através de um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana (AMARO, 2009).

Para atingir os objetivos deste estudo, utilizamos em termos epistemológicos, a abordagem usada por Michel Foucault, um teórico social que estudou a relação entre conhecimento e poder, permitindo compreender esse último como uma prática social expressa por um conjunto de relações, que moldam nossos comportamentos, atitudes e discursos (FOUCAULT, 2005).

Segundo Gohn (2002), o *Empowerment* pode assumir um duplo sentido que se remete à diferenciação da utilização do termo como verbo transitivo, no qual empoderar envolve um sujeito que age sobre um objeto ou como verbo intransitivo onde, por sua vez, envolve a ação do próprio sujeito.

Usado transitivamente, empoderar significa *dar poder a outro*, desta forma, o profissional é visto como agente de empoderamento, e permanece como sendo o ator controlador, definindo os termos da interação. Os indivíduos ou grupos relativamente desempoderados permanecem como objetos da relação, como os receptores da ação externa, numa atitude passiva. Usado como verbo intransitivo, empoderar se refere a um processo no qual, pessoas ganham influência e controle sobre suas vidas e, conseqüentemente, se tornam empoderadas. Diferentemente da primeira concepção de empoderamento, que é investir ou dar poder e autoridade a outros, a segunda compreensão envolve tornar os outros capazes, ou auxiliar os outros a desenvolver habilidades para que possam obter poder por seus próprios esforços (GOHN, 2002; BAQUERO, 2012).

Diante disso, para discutir-se o empoderamento é preciso que se entenda o poder dentro de um relacionamento social, de caráter compartilhado, ao invés de poder sobre o outro, no qual os atores possam usar os recursos de poder pessoal, social e político, para criar mudanças. Isto compreende que o empoderamento deve exigir uma mudança de atitude dos profissionais na construção do seu próprio

empoderamento e principalmente em relação ao reconhecimento das capacidades dos seus clientes (IÓRIO, 2002).

O empoderamento, segundo Freire (1996), envolve um processo de conscientização, a passagem de um pensamento ingênuo para uma consciência crítica. Mas isso não se dá no vazio, numa posição idealista, segundo a qual a consciência muda dentro de si mesma, através de um jogo de palavras num seminário. A conscientização é um processo de conhecimento que se dá na relação dialética homem-mundo, num ato de ação-reflexão, isto é, se dá na práxis. Daí a importância do diálogo entre enfermeiro e gestante, como forma de questionar as relações dominantes no decurso da parturição e de proporcionar a busca pelo empoderamento de ambas as partes.

Apoiando-se em uma das definições clássicas de enfermagem formulada em 1956 pela teórica Virginia Henderson, os autores Betancourt, Guindo, Bestardet al (2008), descrevem a função da enfermagem como:

Ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das atividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência.

Tratando-se da enfermagem perinatal, esta independência do indivíduo está relacionada às informações e oportunidades que a gestante recebe durante todo o processo gestacional, além do respeito às suas escolhas e decisões. Ou seja, está intimamente ligada ao empoderamento, o qual, na perspectiva de Amaro (2009), leva os indivíduos, grupos ou comunidades a reconhecerem, criarem e utilizarem os recursos e instrumentos no acréscimo de poder e no aumento da eficácia no exercício da sua cidadania.

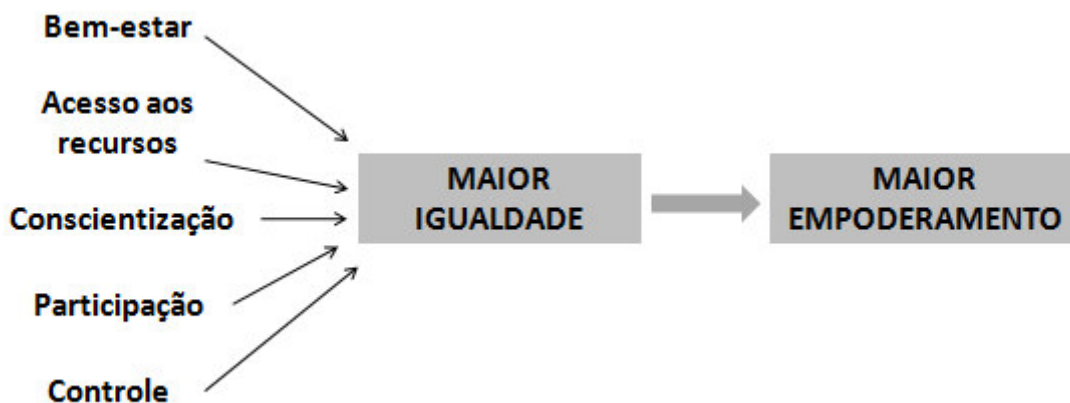
Portanto, utilizou-se neste estudo o conceito de empoderamento em uma perspectiva emancipatória, como o processo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades angariam recursos que lhes permitam ter voz, visibilidade, influência e capacidade de ação e decisão. Nesse sentido, equivale aos sujeitos terem poder de agenda nos temas que afetam suas vidas (HOROCHOVSKI, 2006).

Para o mesmo autor, o acesso a esses recursos requer incentivo, uma vez que não acontece de forma espontânea, evidenciando, assim, a importância do profissional enfermeiro como facilitador desse processo.

O *Empowerment* é um processo educativo destinado às usuárias dos serviços de saúde, com o objetivo de fortalecer, em direitos e em participação, as mulheres vulneráveis à marginalização de informações, discriminação e violência obstétrica; e favorecer sua efetiva participação nas decisões do parto por meio do desenvolvimento de seus conhecimentos, habilidades e autoconhecimento (SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

Reforçando essa ideia, León (1997 apud QUITETE; VARGENS, 2009), cita alguns parâmetros do empoderamento: construção de uma auto-imagem e confiança positiva, desenvolvimento da habilidade de pensar criticamente, a construção da coesão de grupo, a promoção da tomada de decisões e a ação. E ainda acrescenta que esse processo de avanço se dá por meio de cinco níveis de igualdade, de acordo com a figura 1.

Figura 1 - Níveis de igualdade para o processo de avanço do empoderamento



Fonte: Adaptado Costa (sem data).

Ainda de acordo com o mesmo autor, para uma melhor compreensão de empoderamento, devem-se incluir quatro componentes:

- **Componente cognitivo** refere-se à compreensão que as mulheres têm da sua condição de subordinação assim como as causas desta. Envolve a compreensão de ser e a necessidade de fazer escolhas mesmo que possam ir de encontro às expectativas culturais e sociais;
- **Componente psicológico** acrescenta o desenvolvimento de sentimentos de autoconfiança e autoestima que as mulheres podem por em prática a nível

peçoal e social para melhorar sua condição no intuito de que podem ter êxito nos seus esforços por mudanças;

- **Componente político** supõe a habilidade para analisar, organizar e promover mudanças sociopolíticas no meio circundante;
- **Componente econômico** supõe a independência financeira das mulheres, é um componente fundamental de apoio ao componente psicológico.

Esses componentes permitem pensar o empoderamento como uma variável multidimensional, de escopo modificável, que se divide em dimensões e subdimensões, as quais podem caracterizar o seu processo de construção nos mais diversos contextos (HOROCHOVSKI, 2006). De acordo como objetivo do estudo é possível pensar em quatro dessas dimensões, com suas respectivas subdimensões:

- **Sujeitos de empoderamento:** caracteriza o *empoderamento individual*, que ocorre quando indivíduos singulares são/se autopercebem como detentores de recursos que lhes permitem influir ou controlar os cursos de ação que lhes afetam;
- **Motivações do empoderamento:** *empoderamento reativo*, que é a capacidade adquirida de reagir a uma ameaça, normalmente externa e o *empoderamento proativo*, aquele que facilita a busca por cursos de ação escolhidos ou desejados;
- **Poderes (ou recursos) do empoderamento:** subdivide-se em poderes *identitários* e poderes *sociais*. O primeiro refere-se à idéia de que os indivíduos precisam acreditar que têm plenas condições de alocar os recursos do empoderamento em suas estratégias de ação. O segundo refere-se ao acesso a informações necessárias a decisões racionais, que coadunem, enfim, com os objetivos almejados nas ações dos atores;
- **Modalidades de empoderamento:** instrumental, que se refere à capacidade real do indivíduo participar e de influenciar um processo de tomada de decisão, e é determinada pela interação de diversos fatores, como conhecimento relevante, recursos materiais, habilidade de persuasão, entre outros, combinados com oportunidades formais e reputação legal para participar de tal decisão.

Segundo Machado, Hegedüs e Silveira (2006), todos os componentes, dimensões e subdimensões se entrecruzam nos processos de empoderamento e dão origem a três fatores de operacionalização:

- **Acesso aos recursos necessários**
- **Capacidade de decisão e de resolução de problemas**
- **Conquista do comportamento instrumental necessário para interagir com os outros para obter recursos.**

Dessa forma, o desenvolvimento desses fatores é um processo gradativo que permite a conquista do empoderamento, ao passo que desenvolve competências e habilidades para a expansão dos papéis desempenhados nas relações interpessoais (LEITE, CUNHA, TAVARES, 2011).

Para Zimmerman (1995), o empoderamento é uma categoria complexa, que envolve uma multiplicidade de métodos e indicadores, os quais dificilmente podem ser universalizados. Apesar das dificuldades na operacionalização, é completamente possível a realização de pesquisas empíricas que resultam em inúmeras possibilidades de estudos e ações.

Na prática, as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino, foram conhecidas sob a ótica das gestantes, baseando-se nos três fatores que possibilitam o alcance do empoderamento.

Considerou-se o *Empowerment* como o referencial adequado para este estudo, na medida em que possibilitou conhecer como o enfermeiro contribui, durante o pré-natal, para a conquista do empoderamento feminino no processo de parturição natural, por meio da interpretação das suas estratégias e ações relatadas pelas gestantes.

5 DESCRREVENDO A METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, analisado à luz do referencial teórico *Empowerment*.

O estudo exploratório descritivo tem a finalidade de observar, analisar, interpretar, informar e descrever as características do objeto em estudo, valorizando de maneira própria o entendimento da realidade pelo sujeito (COSTA, LOCKS, GIRONDI, 2015).

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa pela qual os pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos seus significados. Neste tipo de pesquisa busca-se a interpretação em lugar da mensuração, a descoberta em lugar de construção, e assume que os fatos e valores estão intimamente relacionados (SOUSA, ERDMANN, MAGALHÃES, 2015).

Utilizando-se da temática em questão, a escolha metodológica torna-se um tanto desafiadora e possibilita uma investigação detalhada dos processos relacionados ao incentivo da autonomia para o parto natural.

5.2 Caracterizando o cenário do estudo

O município de São Luís - MA possui uma população de 1.014.837 habitantes e está dividido em sete distritos sanitários de saúde: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga, Tirirical e Vila Esperança (IBGE, 2010). Cada distrito é composto por várias unidades de atendimento, entre eles os Centros de Saúde (CS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), nos quais se realizam as consultas de enfermagem no pré-natal, relativas às ações da atenção primária de saúde.

Para a escolha do local da pesquisa foi realizado um sorteio de forma aleatória, visando selecionar uma das USF contidas na listagem das unidades com o maior número de consultas de enfermagem durante o pré-natal, fornecida pela superintendente da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Foi sorteada a

Unidade de Saúde da Família (USF) - AMAR no distrito Bequimão, a qual dispõe de serviços gratuitos e cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A instituição adota a Política Nacional de Humanização (PNH) por meio da Rede Cegonha e possui atendimento de demanda espontânea e referenciada. Apresenta quatro enfermeiros em seu quadro de profissionais, onde três atendem as gestantes cobertas pelas equipes de ESF e um atende por livre demanda. Os enfermeiros realizam as consultas de pré-natal de segunda-feira à sexta-feira, nos dois turnos, chegando a uma média de cinquenta consultas semanais.

5.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo as gestantes que realizavam pré-natal na Unidade de Saúde da Família (USF) – AMAR, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade mínima de dezoito anos, que se encontravam no terceiro trimestre de gestação e com o mínimo de três consultas de enfermagem realizadas, por acreditar que esse número era suficiente para que as mesmas caracterizassem a assistência do enfermeiro.

Estabeleceu-se que seriam excluídas da pesquisa as gestantes que não se encontrassem em plenas condições de comunicação, devido a alguma deficiência ou incapacidade e aquelas que optassem por retirar sua participação durante a pesquisa.

O total de participantes do estudo foram dezoito gestantes que tiveram suas identificações preservadas, adotando-se a letra G (inicial de gestante), seguida de um algarismo (G1... G18).

5.4 Coleta de dados

A realização da coleta de dados iniciou-se com a visita prévia ao local estudado com o objetivo de apresentar o projeto de pesquisa ao diretor da unidade e definir os dias e horários para as entrevistas, de modo que permitisse alcançar o número de participantes que atendesse aos objetivos da pesquisa.

Após a chegada diária à Unidade, a pesquisadora observava, entre o público alvo presente, a quantidade de gestantes e dirigia-se a cada uma, no intuito de se apresentar e observar se atendiam aos critérios de inclusão do estudo. Após a

primeira abordagem, realizava-se a apresentação clara dos objetivos da pesquisa, das técnicas de coleta de dados e da importância da participação da usuária no estudo, indagando sobre o interesse da mesma em participar da pesquisa.

Aquelas que aceitavam, acordava-se o momento da entrevista, se antes ou depois da consulta de rotina com o profissional da unidade, conforme a preferência da mesma. No momento acertado, ela era convidada para um local reservado na própria unidade, para que a entrevista ocorresse com conforto e privacidade. Então era feita a explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

Após a assinatura do TCLE e a autorização para gravação da entrevista em forma de áudio, dava-se início à coleta propriamente dita. Após as gravações, as mesmas eram reproduzidas às entrevistadas para que o conteúdo relatado pudesse ser confirmado por elas, evitando possíveis contratempos. E somente após o consentimento eram salvas para posterior análise.

Os dados foram coletados entre os meses de agosto a outubro de 2016, de segunda a sexta, no turno matutino ou vespertino, conforme disponibilidade da pesquisadora. O término da coleta se deu com a saturação das informações obtidas, permitindo o aprofundamento do tema abordado e viabilizando o alcance dos objetivos estabelecidos inicialmente.

5.4.1 Instrumento e técnica de coleta

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, a qual permite conhecer, nas pesquisas de saúde, o que as pessoas sentem e como imaginam os eventos relacionados à saúde e à doença e os significados que atribuem às experiências de vida. Caracteriza-se como um diálogo formal que tem uma intencionalidade. Nas pesquisas de delineamento qualitativo, a intenção do pesquisador é obter o significado, a compreensão e a visão de mundo dos entrevistados pela comunicação verbal e/ou não verbal (BONILHA, OLIVEIRA, 2015).

Nas entrevistas semiestruturadas, o pesquisador determina previamente as perguntas que serão realizadas, permitindo a possibilidade do pesquisador aprofundar as respostas obtidas às questões da pesquisa durante a entrevista, sem, contudo, perder o foco do estudo (BONILHA, OLIVEIRA, 2015).

Na elaboração do instrumento, optou-se por utilizar algumas variáveis para a caracterização das participantes em conjunto com as questões norteadoras do estudo, as quais foram redigidas por meio de perguntas abertas (APÊNDICE A).

Na caracterização das participantes do estudo dividiram-se as variáveis em dois aspectos:

- a) Socioeconômicos: idade, estado civil, raça, local que reside, renda familiar, ocupação, religião e escolaridade.
- b) Obstétricos: número de gestação, número de parto, número de aborto, número de filhos vivos, intervalo entre as gestações, realização de pré-natal na última gestação, número de consultas com o enfermeiro na última gestação e observações sobre pré-natal, tipo de nascimento, local de parto, intervenções e outras informações importantes referentes a ultima gestação.

As questões norteadoras buscaram conhecer, na voz das gestantes, as ações realizadas pelo enfermeiro no incentivo ao empoderamento da gestante durante o pré-natal.

O teste piloto foi realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) com as mesmas características da unidade do estudo e abordou gestantes que atenderam a todos os critérios de inclusão. Ressalta-se que após o teste, houve a necessidade de eliminação de uma questão norteadora por não ter relação com os objetivos do estudo, além da reestruturação de outras para a transmissão de mais clareza às entrevistadas.

De acordo com Polit e Beck (2011), o pré-teste ou teste piloto, é um ensaio destinado a determinar se o instrumento é útil e capaz de gerar as informações desejadas. Sendo assim, o instrumento previamente testado com o objetivo de identificar a compreensão das questões pelas entrevistadas e evitar possíveis falhas.

As entrevistas foram conduzidas e gravadas de maneira individual pela pesquisadora, com o auxílio de um gravador portátil (com anterior permissão das participantes); a duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Após cada gravação, estas eram reproduzidas às entrevistadas para que o conteúdo relatado pudesse ser ouvido por elas, evitando possíveis contratemplos. E somente após ser validado pelas participantes, eram salvas para posterior análise. O término da coleta se deu com a saturação das informações obtidas, permitindo o aprofundamento do

tema abordado e viabilizando o alcance dos objetivos estabelecidos inicialmente. Posteriormente as falas eram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Objetivando não influenciar as respostas das entrevistadas ao longo da coleta dos dados, a pesquisadora adotou uma postura imparcial, porém, cortês e acolhedora, uma vez que cuidar para que o momento da entrevista seja o mais confortável e agradável possível, configura-se também como princípio ético (BONILHA, OLIVEIRA, 2015).

5.5 Processo de análise e interpretação dos dados

Os dados obtidos foram transcritos na íntegra e a seguir foram lidos extenuantemente para formulação das categorias temáticas de acordo com a Análise de Conteúdo, mais precisamente a Análise Temática de Bardin (2010) e posteriormente foram analisados a partir da teoria do *Empowerment*.

A análise temática é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Esse tipo de análise produz inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada e é, em última análise, uma categoria de procedimentos explícitos de análise textual para fins de pesquisa social (BAUER, 2002; BARDIN, 2010).

A técnica de análise de conteúdo pressupõe três etapas, conforme definido por Bardin (2010): *pré-análise*, na qual ocorre a exploração do material por meio de leituras exaustivas, até a compreensão total das mensagens e construção dos indicadores que fundamentam a interpretação final; *exploração do material*, etapa em que os dados brutos são transformados em unidades significativas menores; *tratamento dos resultados*, na qual acontece a apresentação qualitativa dos resultados.

Dessa forma, procedeu-se à etapa de *pré-análise* com a transcrição e leitura flutuante das entrevistas, para o estabelecimento de impressões do material coletado, permitindo a construção de hipóteses orientadoras de análise. A seguir, foi realizada a *exploração do material* com a leitura exaustiva e aprofundada para identificação das unidades de registros e agrupamento das mesmas em unidades

temáticas. Desse processo surgiram as seguintes categorias: (Re)construindo caminhos em busca do empoderamento, Assumindo a direção ofensiva e Chegando ao destino final. No *tratamento dos resultados*, procederam-se à articulação dos dados com as definições abordadas no estudo, baseados na Teoria do *Empowerment*.

Optou-se por utilizar a análise temática, segundo Bardin (2010), por ser possível ordenar os depoimentos das gestantes em categorias e subcategorias e analisá-las fundamentando-se nos três fatores do Empowerment: acesso aos recursos necessários, capacidade de decisão e de resolução de problemas e conquista do comportamento instrumental necessário para interagir efetivamente com os outros para obter recurso; sendo possível, dessa forma, conhecer as contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no pré-natal.

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido, em todas as suas etapas, conforme os critérios e princípios éticos exigidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Para a realização da pesquisa, foi feito um primeiro contato junto à Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal (SEMUS), para solicitação de anuência ao acesso à unidade. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por meio da Plataforma Brasil com todas as documentações devidamente assinadas pelo responsável legal da Instituição e pela pesquisadora responsável. Após a aprovação do CEP/UFMA por meio do parecer consubstanciado de número 1.625.950 (ANEXO A) deu-se início a etapa de coleta de dados.

Visando atender às exigências éticas, antes da realização da entrevista, todas as participantes foram informadas sobre o problema investigado, objetivos do estudo e produção dos dados, seguido da leitura e, em caso de concordância, da assinatura do TCLE (APÊNDICE B) em duas vias, uma para a participante e outra para a pesquisadora.

O anonimato das participantes e o caráter privativo das informações fornecidas foram assegurados durante todas as etapas da pesquisa, mesmo na

divulgação dos resultados, adotando o sistema de codificação alfanumérico. O esclarecimento de dúvidas relacionadas à pesquisa e o direito de retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento também foram garantidos às participantes.

Destaca-se que foram explicados às entrevistadas os riscos e benefícios da pesquisa e que poderiam ser acompanhadas pelos profissionais da instituição na qual a mesma estava sendo realizada. Ressalta-se, entretanto, que todas as entrevistas ocorreram de maneira estável, sem nenhuma necessidade de interrupção ou intervenção.

6 APRESENTANDO OS RESULTADOS E AS DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados simultaneamente os resultados e a discussão, argumentando-os com a literatura científica, sustentada na teoria do *Empowerment*, visando responder aos objetivos iniciais e gerar reflexões críticas a respeito do tema.

Após o processo de análise, a primeira parte dos dados referiu-se à caracterização socioeconômica e obstétrica das entrevistadas e a segunda parte, correspondeu às questões norteadoras, as quais foram organizadas em categorias e subcategorias para melhor sistematizar as informações.

6.1 Conhecendo as gestantes do estudo

A pesquisa foi realizada com dezoito gestantes que atenderam aos critérios de inclusão. Entre as quais, 78% encontravam-se na faixa etária de 19 a 29 anos e 22% na faixa etária entre 30 a 34 anos. Observou-se ainda que 5% das participantes declararam morar junto com o companheiro, 17% disseram ser casadas, 28% declararam ser solteiras e 50% declararam viver uma união estável. Com relação à raça/cor, 72%, eram pardas, 17% brancas e 11% preta.

Todas as gestantes residiam em São Luís. Com relação à renda familiar mensal, 55% das participantes possuíam renda maior que um salário mínimo, 17% viviam com menos de um salário e 28% não possuíam salário fixo. Com relação à profissão/ocupação, 11% não possuíam nenhum tipo de ocupação e 89% exerciam alguma atividade laboral. Destas, 50% era dona de casa, a outra metade referiu outras ocupações, como estudante, corretora, operadora de caixa, diarista, babá e servidora pública.

No que se reporta à religião, pode-se observar ainda que 56% das participantes afirmaram ser católicas, 33% declararam ser evangélicas e 11% disseram não ter religião. Sobre a escolaridade, 6% tinham o ensino fundamental completo e 11% incompleto, 28% o ensino médio completo e 39% não concluíram; 5% possuíam ensino superior completo e 11% incompleto. Com esses resultados torna-se evidente que a maioria (56%) das entrevistadas iniciou o pré-natal com baixa escolaridade, ou seja, não completaram o ensino médio. É provável que tenham um nível de compreensão limitado a respeito das informações repassadas

na trajetória de parturição, reafirmando assim, a importância de todos os profissionais, principalmente o enfermeiro, intensificarem as estratégias e ações de incentivo ao empoderamento das gestantes durante o acompanhamento pré-natal.

Com relação à história obstétrica das participantes, verificou-se que 28% referiram ser primigestas e 72% estão na sua segunda gravidez ou mais; 67% tiveram de um a dois filhos, os quais estão vivos e 22% das participantes já sofreram algum tipo de aborto.

Das gestantes que já passaram pela experiência do parto, 50% informaram um intervalo entre as gestações de até cinco anos, 33% de seis a dez anos e 17% estavam com mais de dez anos sem engravidar. Em relação à gestação anterior, todas (100%) realizaram o pré-natal e 83% tiveram o acompanhamento do enfermeiro, destas, 70% realizaram mais de seis consultas com esse profissional.

Referente ainda à gestação anterior, todas as mulheres pariram no hospital sem nenhuma intercorrência grave. Destas, 75% viveram a experiência do parto normal e 25% enfrentaram a cesárea. Esses dados estão em consonância com um dos objetivos da Rede Cegonha, que é a redução da medicalização e mercantilização do parto (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; RODRIGUES, ALMEIDA, NETO, et al, 2016).

Quando indagadas sobre as experiências vividas no último parto, as gestantes falaram de maneira negativa sobre o toque vaginal (33%) e relataram seus sofrimentos em decorrência da dor e do desprezo sofrido pela equipe da maternidade (25%), além de outras intervenções que serão discutidas no decorrer deste trabalho. Portanto, é perceptível a divergência da realidade encontrada na pesquisa com os propósitos da Rede Cegonha e da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde, as quais recomendam o respeito aos valores e direitos dos usuários, visando à preservação de sua cidadania e a promoção da sua autonomia, por meio do combate à violência obstétrica⁶ (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011b).

Tomando como fundamento a teoria do *Empowerment*, observa-se que esse processo permite o resgate e o estímulo do poder das gestantes, por meio de estratégias que produzam um novo olhar dos profissionais de saúde e das mulheres

⁶Caracteriza-se pela apropriação do corpo e processos reprodutivos da mulher pelo profissional de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decisão sobre seu corpo e sexualidade (OMS, 2014).

para a construção de novos mecanismos de responsabilidades coletivas, de tomada de decisões e responsabilidades compartilhadas.

Visto que o empoderamento pode favorecer a alteração dos processos e estruturas que reduzem a posição de subordinada das mulheres, utilizando-se das informações e ações adequadas, o enfermeiro assume nesse cenário uma função catalisadora, acelerando a construção da autonomia e instituindo um ciclo de confiança, que certamente dará à gestante a possibilidade de fazer escolhas, favorecendo, conseqüentemente, seu protagonismo no processo de parto (SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

A operacionalização da Teoria do *Empowerment*, mediante a análise dos níveis, componentes, dimensões e fatores que a compõe, tornou possível o conhecimento das perspectivas das entrevistadas em relação à atuação do enfermeiro na disponibilização de acesso aos recursos necessários, no encorajamento de escolhas durante os processos de decisões e, finalmente, na promoção do empoderamento da gestante para o processo de parturição natural.

A partir da análise dos discursos das gestantes, sustentada nos três fatores de construção do *Empowerment* proposta por Machado, Hegedüs e Silveira (2006), que foram adequados para este estudo, emergiram três categorias temáticas que traçam as percepções das entrevistadas em relação às orientações e estratégias utilizadas pelo enfermeiro no processo de empoderamento feminino para a parturição natural bem como a confiança das mesmas na sua capacidade de parir, como pode ser vista no esquema representativo (figura 2).

Figura 2 – Representação das contribuições do enfermeiro no pré-natal, para o empoderamento no processo de parturição natural.



Fonte: A autora (2016).

6.2 (Re)construindo caminhos em busca do empoderamento

Uma assistência pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para isso, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo do parto, compreendendo a gestante em sua totalidade e considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual ela vive. Essa perspectiva promove a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos e maternos, onde os aspectos subjetivos envolvidos na atenção são valorizados e o protagonismo da mulher é evidenciado, oportunizando dessa forma, o processo de empoderamento da gestante (BRASIL, 2005a; MALHEIROS, ALVES, RANGEL, et al, 2012).

Diante dos relatos das entrevistadas, observou-se a influência que a assistência pré-natal pode exercer na autonomia para o parto natural e no conhecimento das gestantes sobre os direitos do período gravídico-puerperal. Essa autonomia está relacionada com as orientações e as estratégias utilizadas na propagação de informações pelos profissionais.

Sendo assim, o processo de exploração do objeto de investigação deste estudo permitiu reconhecer e agrupar nesta categoria vários aspectos que se relacionam com a construção do empoderamento da gestante durante o pré-natal, tais como: a melhoria das habilidades das gestantes para agir em seu próprio benefício, por meio de elementos de controle, autoconfiança e autoestima, gerando uma consciência crítica e uma capacidade efetiva de transformação da realidade.

A OMS refere nas suas recomendações sobre cuidados pré-natais que para a gestante ter uma experiência positiva na gravidez, é necessário, entre outros cuidados, proporcionar uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e incentivar a autoestima, a competência e a autonomia materna. Esse estímulo ao poder de decisão sobre o corpo e o parto, também faz parte dos cinco objetivos principais da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) e é inerente às diretrizes da Rede Cegonha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; MALHEIROS, ALVES, RANGEL, et al, 2012; SILVA, QUEIROZ, REIS, 2011).

Das sentenças interpretadas nessa categoria, emergiram alguns conteúdos em comum, os quais foram retratados em duas subcategorias: a influência do pré-natal para o empoderamento e o acesso às informações, e que

possibilitaram a análise dos discursos em relação ao primeiro fator do Empowerment: o acesso aos recursos necessários.

6.2.1 A influência do pré-natal para o empoderamento

A assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, o qual tem por objetivo acolher a mulher desde o início da gestação. Sua importância consiste em proporcionar a manutenção do bem-estar físico e emocional da gestante e em fornecer as informações e orientações sobre a evolução da gravidez (BRASIL, 2000a; 2006).

Quando realizado de forma qualificada e contextualizada, o pré-natal permite o acompanhamento clínico, a prevenção de intercorrências e a atuação em face das necessidades socioculturais, econômicas e emocionais da gestante. Além disso, oferece à mulher a possibilidade de tornar-se protagonista da sua experiência parturitiva, encarando-a como um processo fisiológico e transformador (BRASIL, 2001; MOURA, MELO, CÉSAR, et al, 2015).

Os relatos a seguir expressam a importância da assistência pré-natal na concepção das gestantes:

Pra mim, eu considero importante por causa que se você não faz, não vai saber se ta bem o seu bebê... no começo da gestação você tem que fazer os exames tudinho... por isso eu acho importante (G1).

Muito importante porque é através dele que eu tenho o acompanhamento pra saber se pode acontecer alguma coisa com o bebê, pra poder prevenir também as doenças (G5 e G11).

É importante, né, porque a gente acompanha desde o começo o neném, pra saber se ta tudo normal (G12).

Tanto pra minha saúde quanto pra acompanhamento do bebê é importante (G16).

As gestantes foram unânimes em relacionar a assistência pré-natal com a palavra acompanhamento, destacando sua importância na descoberta e na prevenção de eventos adversos comuns do período gravídico, tanto para ela como para a criança.

As falas estão de acordo com os relatos de Duarte e Mamede (2013), quando afirmam que a atenção adequada pode evitar importantes desfechos negativos na mãe e no recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a

diminuição não só da morbidade como da mortalidade materna e infantil. Portanto, a forma mais adequada que a gestante pode utilizar para garantir o bom desenvolvimento de sua gestação é o acompanhamento por meio das consultas no pré-natal.

Os discursos permitem também identificar a importância do pré-natal destacada pelas gestantes, pelo início precoce dessa assistência, como se pode observar nos relatos acima das G1 e G12. Esse cuidado prévio com a gestante faz parte dos dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica, onde é recomendado iniciá-lo até a 12^a semana de gestação (BRASIL, 2013).

A captação precoce é fundamental para a humanização do parto e caracteriza-se como a preparação para o momento do nascimento, pois permite o acesso aos recursos necessários para esse objetivo (BRASIL, 2001).

Outros relatos relacionam a importância do pré-natal com o trabalho de parto e parto, acreditando ser possível ter um parto calmo e seguro a partir dos cuidados executados nesse acompanhamento:

(...) eu fiquei com infecção urinária duas vezes e anemia. Daí eu preciso ter um acompanhamento, porque a infecção urinária pode gerar um parto prematuro. E aí com o pré-natal fica mais fácil de evitar isso (G2).

Sim, é importante porque a gente vai saber (...) como vai ser meu parto, se vai ser um parto tranquilo, um parto complicado (G3).

Pra mim é importante porque é minha primeira gestação, e ele traz todos os conhecimentos que uma gestante precisa pra poder ter uma gestação saudável, pra poder ter um parto saudável (G17).

É importante sim, porque é muito complicado a gente ir pra uma maternidade sem ter feito o pré-natal. Porque corre o risco deles não atenderem a gente. Por isso faço tudo direito (G8).

Embora todas as gestantes tenham considerado o pré-natal importante para o rastreamento de doenças e para a segurança do parto, não se encontrou nas narrativas, falas que abordassem a relevância desse acompanhamento para o estímulo e o resgate da autonomia da mulher no processo de parturição natural.

A influência do pré-natal é destacada no estudo de Vargas, Vieira, Alves, et al (2013), por meio das práticas assistenciais que devem favorecer a autonomia da gestante como participante do processo, e não como uma figura submissa a práticas institucionais e meramente despersonalizadas do processo de gestar e parir, sendo deixadas em segundo plano.

Reforçando essa ideia, Lamy e Moreno (2013), dizem que para alcançar um bom desenvolvimento do trabalho de parto e favorecer a redução dos riscos e complicações, é indispensável o bem-estar físico e emocional da gestante. Isso se torna possível considerando as necessidades das mulheres em detrimento da doença, a escuta sensível e o seu protagonismo no atendimento do pré-natal, resultado na humanização do cuidado gravídico.

Outro destaque encontrado nas falas foi a importância do pré-natal para facilitar o acesso ao atendimento no trabalho de parto e parto, ou seja, está relacionado à peregrinação. Mesmo de forma indireta, elas abordaram um aspecto que está diretamente ligada ao estresse, pois favorece a insegurança acerca do local onde a mulher vai parir. Esse fato se torna uma violência obstétrica de caráter psicológico, o que causa sentimentos de abandono, insegurança e instabilidade emocional, fatores altamente prejudiciais a um parto seguro (RODRIGUES, ALVES, PENNA, et al, 2015).

Fundamentando-se na teoria do *Empowerment*, o reconhecimento da importância da realização do pré-natal caracteriza-se como um dos pressupostos para o acesso aos recursos necessários ao empoderamento, pois permite a assiduidade da gestante nas consultas e fomenta seu interesse por informações.

Pelos relatos extraídos foi possível perceber que as gestantes reconhecem o valor do pré-natal para a saúde da mãe e do bebê, até para evitar a peregrinação, porém, não associam as ações desse acompanhamento à construção da sua autonomia diante das decisões a serem tomadas.

6.2.2 O acesso às informações

Essa subcategoria permitiu explorar as informações que estão sendo repassadas às gestantes durante o pré-natal e observar se esses esclarecimentos são capazes de sustentar o posicionamento ativo da mulher no parto natural, contribuindo para o empoderamento social da mesma.

As ações educativas durante o ciclo gravídico puerperal são parte da assistência pré-natal, por isso devem continuar em cada fase e de forma contínua. Progianti, Costa (2012) destacam que durante todo o processo de parturição, a mulher tem a expectativa de receber informações sobre o que acontece com ela e

com seu bebê, buscando a oportunidade de participar das decisões com base nas evidências científicas recebidas pelos profissionais de saúde.

Para tanto, esses profissionais devem assumir a função de educadores, compartilhando saberes e buscando incentivar a autoconfiança da mulher para viver a gestação e o parto de forma tranquila e segura (MOURA, MELO, CÉSAR, et al, 2015).

Sabendo-se que, o pré-natal é o espaço ideal para a construção de boas práticas de saúde por meio das informações adequadas para cada fase da gravidez, que auxiliam a mulher no período gravídico e puerperal. A política atual de saúde da mulher vem garantir tais ações para ampliar o conhecimento das mulheres e prepará-las para o parto normal (PIO, OLIVEIRA, 2014).

As gestantes foram indagadas sobre informações essenciais, quais sejam: conhecimento sobre os direitos maternos que fornecem a elas mais espaço e liberdade dentro do contexto da saúde, como os direitos sociais, trabalhistas e assistenciais, uma vez que o acesso às informações necessárias possibilita o empoderamento social. Além destes, o incentivo ao parto normal, amamentação, esclarecimento sobre a alimentação adequada para esse período, a realização de exames essenciais para o cuidado gestacional e a importância das consultas do pré-natal. As falas seguintes retratam o conhecimento sobre os direitos:

Não conheço nenhum direito (G3).

Não sabia nem que eu tinha direitos especiais (G6).

Meu estudo foi muito fraco e não aprendi isso (G8).

Não tive nenhuma informação sobre isso ainda (G10).

Com base nas falas acima, observa-se que o conhecimento das mulheres acerca dos benefícios que possuem no período grávido-puerperal é insatisfatório, o que pode contribuir para a submissão da mulher às vontades dos profissionais de saúde, prejudicando o processo de empoderamento no parto, principalmente no que se refere ao poder social.

Para Freire (1986), o empoderamento envolve a passagem de um pensamento ingênuo para uma consciência crítica, proporcionando ao indivíduo o controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida e de seu destino.

Diante dessa afirmativa, compreende-se que a autonomia da gestante só é possível quando há conhecimento próprio a respeito de seus direitos, para que

assim, a escolha sobre as ações seja realizada de forma consciente e responsável (LEÃO, RIESCO, SCHNECK, 2012).

O direito mais relatado pelas depoentes foi o social, referente ao atendimento preferencial em órgãos públicos, estabelecimentos comerciais e assento de preferência:

Eu só conheço o direito quando eu vou pagar alguma coisa, que eu tenho vantagem de ser atendida primeiro (G2).

Sei que tenho direito de ser atendida na frente de todo mundo (G8).

O único que conheço é o direito à prioridade (G11).

Conheço o direito à prioridade nos serviços de saúde, questão de atendimento, tempo de espera, que tem que ser mais ágil pra fazer o atendimento da gestante (G17).

Só conheço o direito de sentar no ônibus que a gente tem prioridade, nas filas que a gente tem a vez já garantida (G18).

Os resultados obtidos assemelham-se com o estudo de Rodrigues, Torquato, Davim, et al (2016), o qual mostra que a maioria das mulheres entrevistadas relatou ter conhecimento sobre o direito ao atendimento preferencial durante a gestação.

Apesar de a legislação federal garantir às gestantes diversos direitos sociais, muitas até conhecem, mas poucas os usufruem, tais como, atendimento preferencial em caixas especiais, prioridades na fila de emergência de hospitais, bancos, supermercados, assento preferencial em estabelecimentos e meios de transporte coletivo, além do acesso à porta da frente nesse tipo de transporte. Estes direitos foram conquistados pela lei nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e são assegurados a partir do momento em que a mulher fica grávida (BRASIL, 2000; 2012c).

Em relação aos direitos trabalhistas, a Constituição Federal e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) garantem benefícios às mães que exercem uma atividade laboral, tais como licença maternidade; estabilidade no emprego, sendo proibida a demissão sem justa causa; direito de amamentar durante a jornada normal de trabalho; entre outros (BRASIL, 1943).

Esse tipo de direito pode ser observado nos relatos a seguir:

Se a mulher tiver grávida e trabalha, ela pode ficar em casa e continua recebendo dinheiro (G7).

Só sei do auxílio maternidade, que inclusive eu tenho (G9).

Pode-se inferir que o acesso a essas informações pode proporcionar à mulher uma maior segurança em relação à questão financeira, o que também contribui para o empoderamento durante a gestação (León (1997 apud QUITETE; VARGENS, 2009).

Outros aspectos relevantes evidenciados nas narrativas das gestantes fazem referência aos direitos assistenciais:

Já ouvi falar sobre o acompanhante, mas tenho dúvidas, vou até me informar com a enfermeira. Em relação ao local a gente já sabe onde vai ter o bebê, ela já colocou na caderneta da gestante e isso passa uma maior segurança pra gente (G2).

Tenho direito as consultas pelo SUS com o enfermeiro e o obstetra. Direito a fazer todos os exames também pelo SUS (G5).

O direito que eu não tive na primeira gestação e sei que vou ter agora é o acompanhamento odontológico (G14).

Direito a alguns exames no acompanhamento do pré-natal (G15).

O único direito que conheço é em relação à Rede Cegonha, onde a gente tem o direito de fazer os exames pelo SUS (G16).

As falas demonstram que as gestantes tiveram acesso, em algum momento de suas vidas, a poucas informações relacionadas aos seus direitos assistenciais no período gravídico-puerperal.

O direito ao pré-natal gratuito e de qualidade envolve a prioridade no agendamento das consultas, a busca por alternativas para que a gestante evite longas esperas e o bom acolhimento pela equipe da unidade básica (BRASIL, 2011b).

A gestante deve ainda ter o acompanhamento do médico ou enfermeiro, como citado nas falas acima pela G5, os quais devem solicitar os exames iniciais, orientá-la sobre hábitos saudáveis e fazer todos os encaminhamentos necessários (BRASIL, 2013; PASCHOAL, SILVA, SANTINON, et al, 2013).

A realização de testes rápidos na Unidade Básica de Saúde, o apoio laboratorial e a realização de alguns exames de rotina, como relataram as depoentes G5, G15 e G16, são privilégios que devem ser garantidos visando uma assistência pré-natal efetiva (QUADROS, MEINCKE, LOPES, et al, 2011; BRASIL, 2012c).

Corroborando com a afirmação da G14, Nascimento, Andrade e Costa (2012), abordam que, caso seja necessária uma avaliação odontológica durante a gravidez, a gestante pode ser encaminhada pelo médico ou enfermeiro, como forma de prevenir partos prematuros. O tratamento dentário pode ser realizado na própria unidade do acompanhamento pré-natal.

A respeito do conhecimento sobre a presença de um acompanhante durante a gestação, parto e puerpério, apenas uma depoente citou esse direito. No relato da G2 foi possível verificar a deficiência dessa informação, a qual se encontrava ainda cercada por muitas dúvidas.

A presença do acompanhante durante as consultas de pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato no SUS é garantida pela Lei Federal nº 11.108/2005. Esse acompanhante é escolhido pela gestante, não sendo necessário levar em consideração o parentesco ou o sexo (BRASIL, 2005b)

Ademais, é notória a desinformação a respeito desse assunto, o que prejudica diretamente a autonomia da mulher, uma vez que o acompanhante interfere no sentimento de segurança da gestante e no vínculo com o profissional.

Além dos direitos citados nos depoimentos, as gestantes possuem ainda o direito ser tratada com respeito e dignidade pela equipe; ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do profissional que a atende; de receber todas as informações a respeito de sua gravidez; às estudantes grávidas é permitida a licença-maternidade sem prejuízo do período escolar; direito à imunização por meio das vacinas e o direito à vinculação à maternidade onde provavelmente se realizará o parto (BRASIL, 2011b).

A respeito deste último direito, as gestantes foram questionadas se já conheciam o possível local onde teria o seu bebê e quem teria prestado-lhes essa informação, apenas cinco mulheres relataram não saber ainda onde iriam parir.

Outro direito relacionado ao pré-natal é a elaboração do plano de parto, um documento de valor legal, redigido pela gestante, baseado em informações obtidas previamente, sobre o processo gravídico puerperal, através do qual a mulher vai expor suas vontades e desejos a serem cumpridos durante o momento do parto e nascimento, fortalecendo o seu empoderamento. Essas decisões referem-se à presença de acompanhante, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, liberdade de movimento, escolha da posição de parir, seus desejos em relação à amamentação e contato pele a pele, bem como, seja permitida sua participação no

processo decisório frente à necessidade de mudança de conduta com embasamento científico (RODRIGUES, TORQUATO, DAVIM, et al, 2016).

Na presente categoria, ficou evidente por meio das falas, a pouca divulgação e orientação dos direitos das gestantes pelos profissionais no pré-natal. Com isso, elas têm acesso limitado às informações necessárias à criação de argumentos de cobrança e de negociação dos seus direitos, principalmente dos trabalhistas e sociais, tornado-se agentes passivas durante o processo gravídico-puerperal.

Por isso é importante a implementação de políticas e estratégias de promoção e ampliação da autonomia por meio de práticas educativas, para que esses direitos sejam instituídos com o objetivo de humanizar a assistência tornando-se fundamental que as gestantes conheçam e saibam como exigi-los (LEÃO, RIESCO, SCHNECK, 2012).

Entende-se ainda que o processo educativo pode ajudar as usuárias a desenvolver as atitudes, habilidades e autoconhecimento necessários para a tomada efetiva de decisões relacionadas à sua saúde materna, além de integrar uma assistência pré-natal humanizada e qualificada.

Quando indagadas sobre quais as informações eram repassadas a elas pelo enfermeiro, as gestantes citaram: o incentivo ao parto normal; à amamentação; o esclarecimento sobre a alimentação adequada para esse período; a realização de exames essenciais para o cuidado gestacional e a importância das consultas do pré-natal, como se pode verificar nos depoimentos a seguir:

Tive muitas dúvidas sobre a escolha do parto. Mas ela me orientou muito sobre o parto normal (G11).

A enfermeira esclarece minhas dúvidas sobre amamentação, alimentação balanceada e exames de rotina (G12).

Tive muitas dúvidas sobre alimentação, exames, consultas do pré-natal, e ela [a enfermeira] me esclareceu todas essas dúvidas (G13).

As falas acima enfatizam as diversas orientações repassadas pelo enfermeiro durante o acompanhamento pré-natal, porém elas não se relacionam com o conhecimento do processo fisiológico da gravidez e do parto, o que pode conseqüentemente, dificultar a construção do empoderamento da gestante. Vale

ressaltar que todas as participantes do estudo mencionaram que foram orientadas, mas apenas três citaram maior número de informações.

Os dados encontrados estão em consonância com o que pede o MS para a atenção qualificada e humanizada do pré-natal, ao dizer que o profissional deve preparar a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, por meio do estímulo e da informação sobre os benefícios do parto fisiológico (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

Com base nas falas acima, também se pode inferir que o diálogo não deve ser entendido apenas como a passagem de informações, mas uma relação de cuidado que serve de instrumento de transformação e libertação (SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

Ao questionar as gestantes sobre o esclarecimento de suas dúvidas durante o pré-natal, a maioria relatou que o enfermeiro é o principal responsável por transmitir informações e elucidar conhecimentos a respeito da gravidez e do parto, como podemos verificar nas falas seguintes:

Eu achava muito difícil engravidar depois de quinze anos (...) aí a enfermeira me mandou bater ultrassom, aí lá apareceu... aí que eu disse: to grávida mesmo. Ela sempre tira todas as minhas dúvidas (G1).

As enfermeiras estão me esclarecendo muita coisa, principalmente em relação a essa infecção urinária (G2).

Todos os profissionais estão me repassando informações, mas é mais o enfermeiro porque eu me consulto muito mais com ele (G5).

Muitas coisas eu não sabia, mas eles [os enfermeiros] estão me esclarecendo tudo (G14 e G15).

De acordo com as falas acima, verifica-se que as dúvidas das gestantes foram esclarecidas pelos profissionais durante o acompanhamento pré-natal, particularmente pelo profissional enfermeiro, favorecendo assim, o acesso às informações.

Logo, tirar as dúvidas das mulheres fornecendo-lhes informações adequadas e instituindo um ciclo de confiança, têm como consequências relações mais harmoniosas e a possibilidade de fazer escolhas com mais autonomia, favorecendo o empoderamento e reduzindo a posição subordinada das mulheres no processo de parto (SCHMIDT, SASSÁ, VERONEZ, 2012).

Além disso, o enfermeiro deve realizar suas práticas educativas de maneira a abordar o incentivo ao aleitamento materno, aos hábitos saudáveis de vida, a avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso no decorrer da gestação; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; entre muitas outras informações (BRASIL, 2013).

É perceptível que as gestantes do estudo não tiveram acesso a muitos desses dados, o que pode ser devido à simples transmissão de informações de profissional para gestante, excluindo-se o diálogo baseado na troca de experiências e conhecimentos de forma flexível, dinâmica, reflexiva e terapêutica, com o objetivo de atingir a autonomia da mulher diante do processo gestacional.

Alicerçando-se aos fatores do *Empowerment*, pode-se inferir que o acesso às informações durante o pré-natal constitui-se exatamente como recurso para a construção do empoderamento da gestante.

6.3 Assumindo a direção ofensiva

As análises realizadas na categoria e subcategorias anteriores foram relacionadas às orientações que eram transmitidas às entrevistadas pelos profissionais de saúde, particularmente pelo enfermeiro. Após o acesso a essas informações, a gestante tem a oportunidade de tomar algumas decisões, ainda no pré-natal, que envolvem o percurso da gravidez, do trabalho de parto e do parto, configurando assim, uma escolha informada para o processo de parturição.

Os discursos realizados pelas depoentes deram origem à categoria: Assumindo a direção ofensiva, a qual se dividiu em duas subcategorias: Escolhas disponíveis e As estradas obscuras. Essa organização permitiu a instrumentalização do segundo fator do empoderamento: encorajamento de escolhas durante os processos de decisões.

6.3.1 Escolhas disponíveis

No que se refere ao processo de parturição, existe uma múltipla gama de alternativas à disposição da gestante que deve ser-lhes apresentadas na assistência

pré-natal para que a mulher possa, baseada em evidências científicas e nos seus direitos, discutir e decidir junto com o profissional por aquilo que a deixará mais tranquila e segura.

A política nacional de atenção integral à saúde da mulher diz que um dos elementos necessários para atingir a humanização e a qualidade da assistência é o acolhimento amigável em todos os níveis de atenção, buscando a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e assegurando às mulheres a participação nos processos de decisão durante todo o atendimento (BRASIL, 2004).

No decurso da parturição, a mulher pode escolher o tipo de parto, a ambiência, o profissional que irá atender-lhe, o acompanhante, os procedimentos aos quais quer ser submetida, entre outras escolhas. Para isso, ela deve estar consciente de seus direitos como paciente, melhorando, assim, sua comunicação com os profissionais de saúde (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

Essa possibilidade de escolha identifica a constituição do empoderamento proativo da gestante, o qual possibilita e facilita a busca por direções que abordem as condutas desejadas por elas, durante o pré-natal.

Quando indagadas se já haviam escolhido o acompanhante para o parto, as gestantes relataram:

Eu quero, mas ainda não escolhi (G3).

Já sim, vai ser o pai com certeza (G5).

Quero sim, se pudesse levava toda minha família para esse momento (G8).

Já escolhi, vou levar minha mãe (G6).

Ainda não escolhi, mas daqui pro final [da gravidez] eu escolho (G7).

Para me acompanhar no momento do parto eu não quero ninguém (G1).

Não quero acompanhante (G15).

É possível perceber nos discursos que a maioria das gestantes apresentou-se decidida pela companhia de alguém nesse momento, e mesmo aquelas que ainda não haviam escolhido o acompanhante, já tinham a certeza quanto à presença de alguém para o momento do parto. No entanto, outras optaram por não ter aceitar acompanhante.

Sabe-se que a participação do familiar contribui significativamente para que a gestante se sinta mais segura e confortável no processo de trabalho de parto

e parto (ESCOBAL, SOARES, MEINCKE, 2016). Em vista disso, a realidade expressa nas falas acima mostra a importância dessa informação como forma de empoderar a mulher durante o pré-natal para a tomada de decisões com racionalidade, além de demandar do profissional de saúde o respeito à liberdade de escolha da gestante frente à presença ou não do acompanhante, como visto nos relatos das G1 e G15.

Quanto ao tipo de parto, as escolhas e decisões da mulher provêm de fatores como condições socioeconômicas, escolaridade, histórias de parto que ouviu ou viveu junto a um familiar, experiências pessoais e conhecimento sobre as condições de assistência ao parto (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011).

A grande maioria das gestantes em estudo esperava parir normal, como pode ser verificado nas falas a seguir:

Vou ter normal mesmo (G1).

Eu quero o parto normal (G3).

Normal seria bem melhor (G12).

Eu prefiro o parto normal (G14).

Apesar de algumas participantes deste estudo optar pelo parto normal acredita-se que suas preferências não partiram de uma discussão com os profissionais sobre os inúmeros benefícios desse tipo de parto. Isso possibilita a diminuição ou perda da autonomia da mulher nesse evento, as quais podem ficar submissas à decisão tomada pelo profissional que lhes assiste no pré-natal ou ainda, demonstrarem-se desinformadas a respeito das inúmeras vantagens do parto normal, como podemos ver nos relatos abaixo:

Por mim, eu queria cesárea, mas como a enfermeira explicou que ela é mais para gravidez de alto risco e a minha não é, eu optei pelo parto normal mesmo (G11).

Eu preferia cesárea, mas to achando que vai ser normal mesmo, porque a enfermeira disse que ta tudo bem comigo e com o bebê (G15).

Os relatos acima são subsidiados pelo achados de Pereira e Bento (2011), os quais dizem que as informações sobre os riscos e indicações também interferem no processo de decisão para o tipo de parto, mas geralmente são inacessíveis para a grande parte das gestantes. Essa privação de informações

decorre, muitas vezes, do despreparo técnico e político dos profissionais que nesse caso pode ser comprovado nas orientações repassadas pelo enfermeiro, ao associarem a possibilidade do parto normal apenas ao bem-estar da mãe e do bebê.

Outro dado significativo, evidenciado nos discursos sobre o tipo de parto, foram as razões que levaram as entrevistadas a escolher a cesárea ainda no pré-natal, como pode ser observado nas falas abaixo:

Vou fazer cesárea porque vou ligar pra não ter mais [filhos] (G10).

Vou querer cesárea, tenho medo de ter normal (G13).

As falas demonstram a determinação da gestante quanto à escolha do tipo de parto e que as orientações, se fornecidas pelos profissionais durante as consultas no pré-natal, não influenciaram a mudança de atitude das gestantes.

Pode-se inferir dos discursos acima, que a decisão por essa via de parto foi tomada pela própria gestante, confirmando os resultados encontrados nos estudos que relatam o aumento da ocorrência de cesariana no Brasil e em todo o mundo, em decorrência do desejo das mulheres por esse tipo de parto (DOMINGUES, DIAS, PEREIRA, et al, 2014).

A motivação citada pela G10 está de acordo com o estudo de Santana, Lahm, Santos (2015), o qual afirma que muitas mulheres optaram pela cesariana para a realização da laqueadura tubária⁷, pois não pretendiam ter mais filhos. Os autores afirmam ainda, que o desejo em fazer laqueadura emerge como um dos principais fatores que influenciam as gestantes na escolha da cesariana como o tipo de parto almejado.

De acordo com Fontenele e Tanaka (2014), no Brasil, a maior parte das esterilizações ocorria (e continua sendo assim na maior parte das vezes, ainda que “oficiosamente”) na pós-cesárea, logo após o nascimento do bebê. Isso acontecia, porque do ponto de vista da usuária, todo o processo se passava num dia de hospital e com apenas duas pequenas cicatrizes, sendo assim um procedimento simples, seguro e indolor.

Na sociedade brasileira o parto normal tem na sua representação um sentimento de superação atrelado ao sofrimento imposto pela dor. Junto a isso está

⁷Método de esterilização cirúrgica feminina, que consiste em cortar cirurgicamente as trompas, que unem os ovários ao útero (FONTENELE, TANAKA, 2014).

culturalmente enraizado, o medo de não “aguentar” e de não “dar conta” do parto (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011).

Essa realidade retrata a carência do incentivo à autonomia da mulher durante o cuidado pré-natal e pode ser constatada na fala da G13, ao expressar abertamente sua apreensão frente a esse tipo de parto. Corroborando com essas informações, estudos abordaram o medo do parto vaginal como o fator mais citado pelas mulheres para justificar a preferência pela cesariana, não só no Brasil, mas em países como China e Irlanda (FUGLENES, AAS, BOTTEN, 2011; RISCADO, JANNOTTI, BARBOSA, 2016).

Além disso, o aumento desse tipo de parto significa o desempoderamento da mulher e a retirada do seu protagonismo do evento parto/nascimento (BRASIL, 2001).

Sendo assim, a mulher tem o direito de ser sempre informada sobre os motivos que a impedem de optar pelo parto normal, uma vez que a falta de informações consistentes apresenta-se como fator determinante perante o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tipo de parto.

Ao serem questionadas sobre a capacidade de escolher a melhor posição durante o processo de parturição natural, algumas gestantes afirmaram estarem aptas para decidir sobre isso, como pode ser observado nas falas a seguir:

Se a posição que eu tiver, for confortável e ela tá querendo chegar, tá bom demais. Agora se não der pra mim, eu vou dizer (G1).

Me sinto capaz sim, porque eu quero o melhor para mim e para meu bebê (G2).

A melhor posição é a que eu vou escolher lá na hora, de acordo com a dor (G3).

Acho que sim, porque eu sei o que é melhor pra mim (G4).

Com certeza me sinto [capaz], quero a posição pra facilitar e acelerar o trabalho de parto (G11).

Foi possível perceber que, as gestantes sentem-se capazes de escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e parto, mas não fica claro nos relatos que essa decisão foi influenciada pelas orientações do enfermeiro nas consultas do pré-natal. Essa situação pode submeter as gestantes às escolhas dos profissionais da equipe obstétrica.

A mulher tem a liberdade para adotar a posição que desejar e que melhor lhe convier, seja deambulando, adotando outras posições como a de cócoras, a de quatro apoios, deitada de lado, verticalizada ou utilizando bolas, escadinhas, cadeiras e banheiras. Essa possibilidade de escolha deve ser respeitada e estimulada, pois pode proporcionar para a gestante uma menor duração do trabalho de parto e a diminuição da necessidade de analgesia, além de promover o protagonismo da mulher diante da equipe de saúde (OMS, 1996; BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

Diante disso, a atenção pré-natal deve caracterizar-se como uma oportunidade da gestante conhecer os direitos e benefícios relativos à escolha do posicionamento para o trabalho de parto, contribuindo para uma assistência obstétrica de qualidade.

Contrário a essas recomendações, verificou-se nas falas de outras depoentes um discurso de inépcia para assumir a melhor posição no processo de trabalho de parto e parto:

Me sinto capaz disso não, porque na hora eles têm o local preparado já pra que a mulher tenha o bebê. Então a posição que eles mantêm, é a que é pra gente ter o bebê (G8).

Quando a gente chega lá, eles colocam a gente naquela maca de perna pra cima, e acho que essa é a posição correta. Por isso não me sinto capaz (G12).

Sou capaz não. A gente só quer que a criança nasça logo, por causa da dor (G15).

Eu não me sinto, porque não tenho conhecimento disso, só sei do parto que a gente deita a cama e fica sentindo dor (G17).

Pode-se verificar nos depoimentos acima que, apesar das várias recomendações, muitas mulheres ainda são obrigadas a ficar em posição de litotomia ou supina na hora do parto. Essa prática pode acontecer motivada pelo desconhecimento das gestantes sobre outras posições, pela própria organização dos serviços de saúde ou até pelo comodismo dos profissionais, mesmo sabendo que há prejuízos na dinâmica da parturição, como o desconforto da mãe e a oxigenação do bebê, além de colocar a mulher em situação de submissão à figura do profissional que está lhe atendendo.

Sendo assim, a assistência pré-natal deve preparar a mulher para que sua voz seja considerada, respeitando o direito ao exercício da autonomia feminina e o direito de escolha informada e consentida no momento do parto (BRASIL, 2014).

Acredita-se que quando a gestante está informada sobre as inúmeras possibilidades que existem para um parto mais humanizado, ela é capaz de lidar com as dores, os medos e a ansiedade de maneira mais segura, resistente e estável, exercendo seu poder individual e social, de forma proativa.

6.3.2 As estradas obscuras

Como forma de contribuir com o empoderamento da mulher no processo do parto, principalmente de maneira proativa, os profissionais devem informá-la, durante o pré-natal, sobre os sinais que podem indicar o início do trabalho de parto, alertando a mulher quanto ao momento certo de ir para a maternidade. Quando indagadas sobre isso, foi possível verificar o seguinte:

Na hora que eu sentir a primeira dor, já vou para o hospital (G1, G6 e G14).

Quando tiver sentindo as contrações ou perdendo líquido. Ou então quando a bolsa romper, aí é hora de ir para a maternidade (G3).

Sintomas como dores, contração, sangramento ou algum tipo de derramamento de sangue (G11).

Quando tiver com o corrimento branco ou amarelo, como se fosse uma clara de ovo (G18).

A enfermeira me explicou que vai descer primeiro o tampão mucoso pra depois estourar a bolsa ou não, aí que vem a dor. Quando ela for bem intensa é a hora de ir para a maternidade (G16).

É possível perceber que alguns depoimentos acima demonstram pouco conhecimento a respeito desse momento por parte da gestante, significando dizer que as orientações transmitidas sobre o assunto não foram esclarecedoras e não deram a essa mulher o poder para mudar seu modo de pensar e agir.

O desconhecimento sobre as informações referentes ao momento certo de se deslocar até a maternidade pode ocasionar uma admissão precoce da gestante, com intervenções desnecessárias e estresse familiar, gerando uma experiência negativa de trabalho de parto, parto e nascimento.

É importante destacar que ao final do processo gestacional, a mulher pode apresentar um quadro denominado falso trabalho de parto, caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo, entretanto, um padrão de contrações descoordenadas. Daí a importância de informar a gestante a respeito dos sinais que caracterizam todo esse processo (BRASIL, 2001).

Diante disso, se percebe orientações inadequadas relatadas pelas depoentes, uma vez que o início do trabalho de parto não indica, necessariamente, a ida emergencial à maternidade, podendo o mesmo durar em média de oito a doze horas (APOLINÁRIO, RABELO, WOLFF, et al, 2016).

O Ministério da Saúde no manual de parto, aborto e puerpério, diz que a perda do tampão mucoso ou “sinal” é um indicador menos preciso do trabalho de parto, na medida em que existem grandes variações individuais entre o aparecimento desse sinal e o início real do trabalho de parto (BRASIL, 2001). Essas informações corroboram com o depoimento da G16, o qual aborda todos os passos do início do trabalho de parto, focando na importância do deslocamento de acordo com os sinais apresentados.

Dos depoimentos relatados, outros mostram ainda, uma maior obtenção dos conhecimentos relacionados ao momento certo da gestante se direcionar até o hospital. Tal fato significa que as orientações atingiram o objetivo almejado, ao influenciar a construção do empoderamento reativo e instrumental, visto que a partir delas a mulher consegue reagir a situações de ameaça ou riscos, possuindo autonomia para decidir nas situações que lhe cabem.

Destaca-se então, que as gestantes entrevistadas necessitam conhecer mais sobre as diferenças entre os sinais que indicam o início do trabalho de parto e aqueles que designam o momento de se deslocar ao hospital, como forma de diminuir as possibilidades de procedimentos desnecessários e de possibilitar a autonomia da mulher para vivenciar todos os períodos do trabalho de parto com informação e clareza.

Na assistência pré-natal, a mulher também deve ser informada sobre as possíveis intervenções a serem realizadas no período da parturição e o motivo real de sua adoção, com o intuito de viabilizar a reação da gestante diante desses acontecimentos, e conseqüentemente, o exercício do empoderamento reativo para o parto. A melhor maneira de conhecer as indicações e riscos desses procedimentos é por meio da elaboração do plano de parto, como abordado anteriormente, onde a

mulher deve analisar se os mesmos são realmente necessários e se poderão contribuir tanto para o seu bem-estar, como para o do bebê (BRASIL, 2014).

A intensa realização das intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas na atenção ao parto e nascimento, contribui para o desrespeito à autonomia da gestante e para o aumento dos riscos maternos e perinatais. Além disso, esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos nesse evento, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer (BRASIL, 2001; 2016).

Quando questionadas sobre o que sabiam a respeito dos procedimentos realizados durante o trabalho de parto, a maioria das gestantes apresentou desconhecimento sobre o tema, como pode ser visto nas falas a seguir:

Eu só sei o que minhas amigas me falaram, que eles dão uma injeção para dar mais força pra mulher. Aí se não tiver muita passagem, eles cortam pra poder o bebê passar (G3).

Eu sei o que passei da minha experiência anterior, que me deixaram numa sala sentindo dor e fizeram o teste pra saber se tava na hora (G8).

Eu sei que eles não têm pena da nossa dor (G13).

Sei que eles deixam a gente sentindo dor, até não ser mais suportável (G14).

O toque que não é nada agradável e também quando mesmo tendo normal, a gente tem que levar o corte (G15).

Observa-se que as gestantes exteriorizaram suas percepções baseadas em experiências desagradáveis que foram ouvidas ou vividas por elas, e que confirmam a importância do diálogo aberto e esclarecedor entre profissionais e gestante/família sobre as intervenções desnecessárias no trabalho de parto e da necessidade de sua realização em alguns casos.

A adoção da posição horizontal, também vista anteriormente, foi o ápice para que várias outras intervenções fossem realizadas, por impedir o movimento da mulher. Com isso, as dores são intensificadas, justificando-se assim a aplicação de anestesia, o que a impossibilita a mulher de participar ativamente do parto. Esta posição também provoca o não relaxamento do músculo do períneo, contribuindo para o aumento do uso de ocitocina e das taxas de episiotomia (PONTES, LIMA, FEITOSA, et al, 2014).

Portanto, é fundamental promover a autonomia da gestante no pré-natal por meio do diálogo e da informação, respeitando a escolha do seu acompanhante e oferecendo suporte emocional para a decisão sobre o tipo de parto; comunicando sobre os sinais que indicam a ida para a maternidade; encorajando a escolha da posição para o parto, com liberdade de movimento e instruindo sobre os procedimentos realizados no trabalho de parto e parto.

Faz-se necessário destacar que a atenção perinatal de qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da implementação de condutas acolhedoras com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando as intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo a privacidade e autonomia e compartilhando com a mulher as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006; VARGAS, VIEIRA, ALVES, et al, 2013).

Ainda em relação aos procedimentos realizados no trabalho de parto e conforme Silva, Ramos, Jordão, et al (2013), existe a alternativa do uso de métodos simples e não invasivos que contribuem com a humanização da assistência, à medida que possibilitam a redução da percepção da dor e o aumento do conforto das gestantes, como pode ser visto nos relatos de apenas duas gestantes, a seguir:

Tem os agachamentos, tem a bolas grandes pra sentar (G12).

Eu já ouvi falar sobre a fisioterapia, os exercícios que vão facilitar o trabalho de parto (G17).

Percebe-se que nem todas as gestantes do estudo conhecem essas possibilidades e conseqüentemente, não foram estimuladas a colocarem em prática os métodos que melhor lhe favoreçam no momento do trabalho de parto. Isso gera uma preocupação em torno do protagonismo da mulher, a qual possivelmente aceitará as ordens impostas pela equipe da assistência obstétrica, tornando-se submissas aos seus procedimentos.

Essa situação confirma a importância do esclarecimento de dúvidas e informações, ainda no pré-natal, para o empoderamento reativo da gestante, diante de possíveis intervenções. Além de favorecer sua autonomia na resolutividade de problemas decorrentes de situações incômodas e, muitas vezes, dispensáveis, fazendo com que a mulher se sinta mais tranquila e segura para o parto.

6.4 Chegando ao destino final

Essa categoria apresenta as ideias e os argumentos das entrevistadas, relacionados aos tipos de orientações e à maneira como são transmitidas no pré-natal; discute sobre a importância do enfermeiro na ótica da gestante, para o processo de empoderamento; além de abordar as reflexões das depoentes sobre seu próprio potencial para parir.

Quanto mais completas e suficientes são as informações recebidas pelas gestantes, maior será a satisfação relatada com a assistência de parturição, pois de acordo com Vargas, Vieira, Alves, et al (2014), as estratégias educativas permitem o envolvimento da mulher no processo do cuidado, favorecendo o seu empoderamento para a tomada de decisão.

Entende-se, então, que o enfermeiro tem grande importância na disseminação de conhecimentos sobre o percurso da parturição e no fortalecimento da gestante como sujeito e protagonista da sua história. Essa atuação possibilita o exercício do terceiro fator de empoderamento, apontado por Machado, Hegedüs e Silveira (2006), o qual se caracteriza como a aquisição do comportamento e das ferramentas necessárias para a interação efetiva da gestante com as outras pessoas envolvidas nesse fenômeno, tendo em vista o alcance de recursos para a autonomia.

Portanto, é fundamental a ação dos profissionais de saúde durante o período gestacional, como forma de subsidiar a escolha sobre essa temática. Destaca-se a atuação do enfermeiro no exercício da escuta atenta às gestantes, transmitindo-lhes apoio e confiança, para que essas mulheres possam adquirir maior liberdade, autoridade, autonomia e independência nesse processo (SANTANA, LAHM, SANTOS, 2015).

Da análise dos depoimentos relativos a essa categoria, emergiram três subcategorias: as estratégias de educação em saúde; a importância do enfermeiro para o empoderamento da gestante e a evidência do empoderamento para o parto.

6.4.1 As estratégias de educação em saúde

A troca de informações sobre as diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais de saúde deve acontecer durante toda a gravidez. Essa

possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação e de fomentar o poder identitário da gestante (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o pré-natal constitui-se como uma grande oportunidade para a criação de espaços em que as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências, consolidando informações importantes sobre a gestação e o parto (BRASIL, 2013).

Todos os profissionais envolvidos na assistência pré-natal devem favorecer as práticas de educação em saúde, como forma de orientar e esclarecer as dúvidas e temores em relação à gestação, ao trabalho de parto, parto e puerpério e de incentivar a autonomia das gestantes, permitindo que acreditem no próprio poder de ação.

Em relação aos profissionais que lhes assistia no pré-natal, embora algumas gestantes do estudo estivessem sendo acompanhadas pelo médico obstetra, nutricionista, fisioterapeuta ou dentista, todas estavam realizando as consultas de enfermagem, como pode ser visto nas falas a seguir:

Estou sendo acompanhada pelo enfermeiro obstetra e pelo nutricionista (G5).

Só faço acompanhamento com a enfermeira mesmo (G6).

Quem me acompanha são os enfermeiros e a médica (G11).

Estou me consultando com o enfermeiro, e fui encaminhada pro dentista (G14).

As enfermeiras, o fisioterapeuta, o obstetra e a nutricionista me acompanham (G17).

Sabe-se que a consulta pré-natal não demanda uma estrutura sofisticada de atendimento e sua qualidade depende, quase que exclusivamente, da tecnologia leve, expressa na atuação dos profissionais. Diante disso, destaca-se a importância do comprometimento dos mesmos com as ações educativas durante a assistência pré-natal, com a finalidade de favorecer o protagonismo da gestante.

Quando indagadas sobre as orientações recebidas pelos profissionais de saúde, as depoentes citaram o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação saudável, explicações sobre exames de rotina e imunização, a importância do parto

normal e as informações sobre exercícios para o trabalho de parto, conforme expresso nas falas a seguir:

As enfermeiras que estão me informando sobre tudo, me deram informações sobre alimentação, local de parto e a importância do parto normal (G2).

O enfermeiro e o obstetra são muito atenciosos, me dão informações, principalmente sobre amamentação (G4).

Todos estão me dando informações e reforçando o que eu já sabia também. [...] me disseram pra que serve as vacinas e o que elas previnem (G11).

A enfermeira me deu uma informação muito importante sobre os exames que a Rede Cegonha disponibiliza pra gente (G13).

Informação sobre o acompanhamento de odontologia que eu só fui saber nessa gravidez (G15).

Eles me orientaram principalmente em relação às posições para a preparação do parto, posição de deitar, levantar, sentar, tudo isso tá me ajudando (G17).

Uma informação importante que a médica me deu foi em relação as contrações, que ela disse que não preciso procurar o hospital toda vez que sentir, porque são normais (G18).

Observa-se que as falas das gestantes retratam as orientações repassadas pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal e fazem parte de uma atenção qualificada, porém, são práticas fragmentadas e isoladas, que podem apresentar-se insuficientes para o exercício da autonomia feminina durante o processo de parturição natural.

Durante o pré-natal a mulher deve receber informações sobre a importância das consultas, os cuidados de higiene, realização de atividade física, nutrição, desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, atividade sexual, sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes, orientações e incentivo para o parto normal, incentivo à capacidade inata de dar à luz, sinais e sintomas do parto, benefícios legais a que a mulher tem direito, entre muitos outros (BRASIL, 2013).

Com a intenção de conhecer de que modo essas informações eram transmitidas às gestantes, questionou-se sobre a participação das mesmas em atividades em grupo durante o pré-natal e sobre o profissional responsável por essa

iniciativa. Apenas quatro gestantes responderam de forma positiva à indagação, como pode ser conferido a seguir:

Eu participei de uma oficina aqui no posto. Elas falaram sobre alimentação pra grávida, acho que era a nutricionista (G1).

Participei de uma reunião com gestantes, mas foi no CRAS⁸, não foi aqui não. E foi com a assistente social (G6).

Participei com os estagiários de medicina sobre amamentação e alimentação saudável (G9).

Eu assisti a uma palestra na ultima consulta do pré-natal sobre amamentação, que a enfermeira deu (G13).

De acordo com os relatos das entrevistadas, observa-se a urgente necessidade de implantação de espaços de discussão que levem em consideração crenças, valores e anseios da clientela. Essa estratégia contribui para que as mulheres tomem a decisão na promoção de sua saúde materna, pois proporcionam vivências mais benéficas e qualitativas (PROGIANTI, COSTA, 2012).

Além das discussões em grupo, existem outras formas de realização do trabalho educativo que facilitam a fala e a troca de experiências entre as gestantes, como as dramatizações, oficinas, jogos e outras dinâmicas (BRASIL, 2006), as quais não foram constatadas nas ações de pré-natal da unidade em questão.

Também é importante que o profissional de saúde, atuando como facilitador, evite o estilo “palestra” em suas práticas, como foi relatado pela G13, pois o mesmo ofusca questões subjacentes que podem ser mais relevantes e produtivas para essas mulheres do que um roteiro preestabelecido (BRASIL, 2013).

Reforçando esta informação, Proganti e Costa (2012), afirmam que o simples ato de transmitir conhecimento não é capaz, isoladamente, de transformar comportamentos e hábitos, assim como não permite o exercício das potencialidades do indivíduo, o que em nada contribuirá para a melhoria da saúde das pessoas.

Diante do exposto, torna-se incontestável a necessidade de priorização da comunicação em saúde entre profissionais e gestantes durante o pré-natal por meio da implementação de estratégias que fortaleçam a gestante e tornem possível o enfrentamento de situações de mudanças, a partir do compartilhamento de experiências. Outra estratégia que deve ser destacada é o trabalho realizado em

⁸Centro de Referência da Assistência Social.

equipe, o qual possibilita um olhar holístico sobre a gestante, proporcionando novos debates e descobertas sobre seus medos e anseios.

Ainda a respeito das estratégias de educação em saúde, a visita domiciliar destaca-se como instrumento positivo no cuidado do pré-natal, uma vez que possibilita a aproximação dos profissionais com a realidade de vida da gestante, assumindo um caráter estratégico para integralidade e humanização das ações (CUNHA, SÁ, 2013).

Durante os questionamentos, as entrevistadas foram unânimes ao responder que não receberam nenhuma visita no domicílio durante a gestação, como pode ser observado nas falas a seguir:

Não recebi de ninguém (G1).

Não recebi nenhuma (G4).

Recebi não (G12).

Até agora não recebi (G17).

Esses resultados demonstram a lacuna que ainda existe na assistência gravídica puerperal, uma vez que a visita domiciliar oportuniza um espaço no qual o usuário possa sanar dúvidas, aconselhar e interagir com a equipe de saúde, trocando experiências, saberes e conhecimento. Ademais, a visita domiciliar caracteriza-se como uma das ações que propõem orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as mulheres atendidas tenham a capacidade de autonomia e corresponsabilidade no cuidado à sua saúde (ARAÚJO, PAIVA, 2011).

A carência encontrada em relação a esse tipo de estratégia educativa pode está associada ao excesso de atribuições dos profissionais que atendem na atenção básica, como mostra o estudo de Trad e Rocha (2011), o que pode causar limitação para a participação dos mesmos nas atividades domiciliares, comunitárias e de educação em saúde.

As estratégias educativas como a organização de grupos de apoio e a realização de visitas domiciliares na gestação, devem estimular as mulheres a participarem das discussões, fomentando a aquisição e formação de hábitos para a prática do empoderamento (CUNHA, SÁ, 2013). Esse processo de autonomia identitária capacita a gestante para acreditar que pode assumir e melhorar suas condições de vida durante todo o curso da gestação, parto e nascimento.

6.4.2 A significância do enfermeiro para o empoderamento da gestante

Conforme Costa, Medeiros, Lima, et al (2013), o enfermeiro possui papel fundamental no desenvolvimento das atividades de atenção básica à saúde da mulher e deve atuar como um promotor das boas práticas na assistência pré-natal, por possuir formação técnica, científica e humanística capaz de se fazer cumprir essa tarefa.

Assim, essa subcategoria expõe a perspectiva das gestantes em relação à importância deste profissional nos cuidados prestados durante o pré-natal, como pode ser visto a seguir:

Pra mim eu acho importante, por causa que eles lhe explica, lhe dá conselhos sobre a gravidez (G1).

Sim, é muito importante. Porque faz o acompanhamento direitinho, pra ver como tá a pressão, o peso, tudo (G3).

Com certeza é importante. Praticamente tudo que sei foi o enfermeiro que me orientou (G5).

São sim importantes. Porque elas tiram muitas duvidas e nos deixam mais seguras (G7).

São sim, eles acompanham a gente, orientam, falam todas as informações, passam remédio e a gente fala nossas queixas pra eles (G12).

É notório que o reconhecimento sobre as contribuições do enfermeiro no pré-natal, é expressivo dentro dos depoimentos, caracterizado pelo acompanhamento, orientação, esclarecimento de dúvidas e ampliação da segurança na gestação. Características estas, ligadas à formação holística e humanística desse profissional, a qual permite uma atenção minuciosa e imersa nas necessidades e vontades da gestante.

A discussão inicial proposta, relacionando as informações e orientações recebidas no pré-natal ao empoderamento da gestante para o parto natural, se fez necessária, uma vez que a conquista do protagonismo da mulher depende em grande parte das estratégias de atuação exercidas pelo enfermeiro anteriormente ao momento do parto. Essas estratégias possibilitam a prática autêntica do empoderamento instrumental da gestante, por meio da intervenção nas decisões e escolhas relacionadas ao período de parturição.

Dessa forma, confirma-se a ideia de que a gravidez e o parto não podem ser dissociados, pois constituem junto um momento único e de grande significado para a mulher, para a família, os profissionais de saúde e toda a sociedade (LAMY, MORENO, 2013).

Outros relatos relacionaram a importância que esse profissional exerce no acompanhamento da gravidez com a facilidade de acesso à ele:

É importante sim, porque eles acompanham, orientam e a gente ainda tem mais acessibilidade à eles (G15).

Eles são muito importantes. Porque com a enfermagem eu consigo uma consulta toda semana, já com os outros são mais demoradas, então eles são mais acessíveis (G17).

As falas acima vão ao encontro das ideias de Martin, Rocha e Nogueira (2014), que destacam as características da jornada de trabalho da maioria dos enfermeiros, os quais se diferenciam dos profissionais de outras categorias por permanecerem mais tempo na UBS, por atuarem nas diversas áreas dentro da unidade e por executarem mais atividades extramuros, permitindo o reconhecimento do enfermeiro como um profissional acessível à população.

Essa acessibilidade é um fator muito relevante, à medida que pode estar relacionada ao maior número de consultas, e conseqüentemente, à mais oportunidades para a realização de orientações e de ações educativas que visem a autonomia da gestante.

Em relação ao trabalho do enfermeiro e dos outros profissionais no pré-natal, vários manuais técnicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2001; 2005), abordam a importância de uma equipe multiprofissional de saúde neste momento, com atuação essencial do enfermeiro e médico, e os demais, como psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, dentista e assistente social, conforme a necessidade. Entretanto, de alguns depoimentos a seguir emergem a desvalorização da intervenção interdisciplinar nessa assistência, demonstrados pela apreciação de um profissional em detrimento de outro, como pode ser visto a seguir:

Até certo ponto o enfermeiro é importante, mas no meu caso eu queria tá com o médico mesmo. Mas é melhor do que não consultar, né? (G10).

Eles são muito importantes, nem sinto falta do médico (G16).

Considero o trabalho do enfermeiro muito importante, assim como dos outros, pra gente ter opiniões de profissionais diferentes (G18).

É preciso colocar em evidência que a abordagem integral da gestante é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes que atuam no pré-natal. A partir dessa compreensão, é muito mais provável que as mulheres valorizem as ações propostas pelo enfermeiro e também pelos outros profissionais de saúde, reconhecendo em cada informação, o cuidado dispensado à elas, o que pode ser visualizado na fala da G18.

Além de todas as atribuições técnicas, compete ao enfermeiro ampliar o seu olhar na assistência, visualizando o contexto que existe em cada mulher, aprimorando sua visão com relação aos problemas que estão associados à falta de autonomia da gestante e fortalecendo a importância da inserção da cidadania e humanização na prática de enfermagem.

O enfermeiro deve construir possibilidades de mudança e inovação dentro da organização estrutural de forma a privilegiar a dimensão do sujeito como modificador da realidade (MARTIN, ROCHA, NOGUEIRA, 2014). Ou seja, por meio das ações e estratégias realizadas no pré-natal, esse profissional oportuniza que a gestante se prepare para a escolha informada durante todo o percurso do parto.

Aponta-se que o enfermeiro é um dos profissionais mais bem preparados para a atenção pré-natal e que detém um papel privilegiado na promoção da saúde, pelo contato duradouro e próximo com a gestante, permitindo a criação de vínculos de apoio e confiança entre eles. Percebe-se então, que ele está envolvido em várias dimensões do cuidar pela capacidade de prevenir, proteger, tratar, recuperar, promover e produzir saúde (BRASIL, 2006).

Assim, observa-se que a postura adotada pelo enfermeiro pode influenciar o alcance do empoderamento instrumental da gestante e, de certa forma, contribuir na diminuição dos índices de violência obstétrica, visto que o acesso às informações e o respeito aos direitos acerca dos procedimentos realizados no trabalho de parto e parto atravancam a adoção de práticas invasivas e desnecessárias.

6.4.3 A evidência do empoderamento para o parto

Considerando as discussões das categorias e subcategorias anteriores, infere-se que o empoderamento da gestante pode ser considerado, em suma, como a apropriação de direitos e conhecimentos, ainda no pré-natal, para o pleno exercício da cidadania durante todo o processo de parturição, possibilitando a identificação de necessidades e a implementação de escolhas pessoais, junto à equipe de saúde.

Corroborando com essa ideia, Kameda e Shimada (2008), afirmam que o empoderamento da grávida produz um sentimento de autorrealização e uma maior independência, adquirida através da interação com o ambiente e com outros indivíduos, levando a um aumento na energia psicológica para alcançar a gravidez e o parto desejado.

Buscando conhecer a real capacidade das gestantes para experienciar o parto natural, indagou-se sobre a própria confiança para parir e o que as motivava para tal. A seguir podem-se observar alguns argumentos:

Me considero bastante capaz de parir, porque pra mim é coisa de Deus (G1).

Eu tenho força e quero parir(G4).

Deus deu o dom, então tenho capacidade sim (G5).

Sinto sim, já tive o primeiro e sei que sou capaz (G8).

O normal é melhor que cesariana, então só isso já me faz ter a certeza que eu consigo (G12).

Eu tenho informações que me fazem querer ter normal, então eu me considero sim (G14).

Observa-se nos discursos acima, que as gestantes julgaram-se preparadas para vivenciar o processo de trabalho de parto e parto e atribuíram várias justificativas à essa capacidade, como por exemplo, a G1 e G5 relacionaram o seu poder para parir com uma significado espiritual, evidenciando sua religiosidade nesse processo.

As experiências vividas anteriormente pela gestante também influenciaram algumas respostas, como pode ser visto na fala da G8. Esse dado confirma o estudo de Rêgo (2014), em que a experiência anterior de parto, o

conhecimento adquirido nos grupos, a leitura de livros e a referência das experiências de outras mulheres contribuem para a idealização da experiência de parto.

A mesma autora também aborda que quando a mulher tem confiança no próprio corpo e na sua capacidade de parir, ela sente-se segura e faz suas escolhas com tranquilidade. É o que podemos constatar nos depoimentos da G4, a qual demonstra ter uma convicção inata sobre seu processo de parto natural.

O acesso às informações sobre a gravidez e o parto configurou-se, para a maioria das entrevistadas, como a explicação para a segurança em parir, como expresso nas falas da G12 e G14. Conforme Rêgo (2014), a mulher se informa para ter conhecimento, fazer escolhas e participar ativamente do processo, mas também para confiar em sua capacidade de parir, conectar-se com seu corpo e se entregar.

Portanto, o posicionamento da maioria das gestantes sobre a capacidade de parir não parece ter sido favorecido pelas orientações do enfermeiro, o qual pode intervir na apropriação do processo de parturição natural, expressa na maior segurança e autoconfiança dessa clientela.

Diante dos depoimentos, foi possível constatar duas gestantes que não se consideraram capazes de vivenciar o parto natural e por essa razão, optaram pela cesariana, como pode ser visto nas falas a seguir:

Me considero não, por isso escolhi a cesárea (G10).

Ah, não me sinto não. Porque eu sofri muito do primeiro filho e foi uma sensação que eu não quero passar outras vezes. Foi horrível (G13).

Quando a gestante não está fortalecida consigo mesma e com o desenvolvimento da gravidez, ela realmente acredita que não é capaz de parir, por isso o tipo de atendimento prestado à mulher nos momentos que cercam o parto é fundamental para sua autoconfiança em partejar.

Para Domingues, Dias, Pereira, et al (2014), o papel dos profissionais no cuidado à saúde durante a gestação tem especial importância, uma vez que suas opiniões vão influenciar a percepção das mulheres em relação à todas as decisões do processo. O que pode contribuir efetivamente para a crença na sua vocação em dar à luz.

O discurso da G13 reafirma que a experiência de parturição, seja ela positiva ou negativa, fornece subsídios para os próximos partos. Evidencia-se, dessa

forma, que fatores como os tabus e medos relacionados à dor, a demora no pré-parto e a experiência negativa da mulher em relação ao parto vaginal anterior favorecem a escolha pela cesariana (RAMVI, TANGERUD, 2011; SILVA, JESUS, MERIGHI, et al, 2014).

Nesse caso, a vivência anterior foi desfavorável, influenciando a apropriação, pela gestante, da sua própria capacidade de parir e potencializando a escolha pela cesariana. O enfermeiro deve assim, atuar como incentivador, proporcionando o diálogo e reconhecendo as necessidades da grávida, visando desenvolver seu potencial na busca constante pela melhoria na qualidade do parto e na idealização de sua autonomia.

O processo de empoderamento exige, portanto, uma atitude de comunicação, negociação e correlação dos profissionais de saúde com a gestante, além do reconhecimento das potencialidades e do âmbito socioeconômico de cada uma delas. Para isso, o processo requer também a autonomia do enfermeiro, uma vez que esse profissional precisa conhecer as informações para poder viabilizá-las às gestantes.

Logo, empoderamento implica conquista, avanço e superação por parte daquela que se empodera, sendo o resultado da associação de todos componentes, categorias e fatores abordados nesse estudo. Dessa forma, o empoderamento da gestante permite que ela interaja com o meio em que está inserida, produzindo soluções para os problemas relacionados ao processo de parturição.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, por meio da perspectiva das gestantes. Foram demonstradas as práticas e estratégias utilizadas no pré-natal pelo enfermeiro, na construção do empoderamento das mulheres para o parto natural, o que resultou na formação de três categorias temáticas, as quais deram origem a sete subcategorias. As contribuições relatadas pelas gestantes e analisadas a partir da Teoria do *Empowerment*, demonstraram de forma mais fidedigna a realidade estudada, uma vez que se deu voz ao público alvo da assistência pré-natal.

Na primeira categoria, *(Re)construindo caminhos em busca do empoderamento*, as falas das participantes trouxeram à tona a influência da assistência pré-natal para o parto natural e da informação para o processo de empoderamento da gestante, de onde emergiram as subcategorias: *a importância do pré-natal e o acesso às informações*.

A primeira subcategoria relacionou a assistência pré-natal à prevenção de agravos, à redução da peregrinação para o parto e ao favorecimento à ocorrência de um parto seguro. Porém, não se identificou nos resultados a menção sobre a relevância desse acompanhamento para o estímulo e o resgate do protagonismo da gestante no parto. Na segunda subcategoria foi possível identificar as orientações que foram transmitidas às gestantes, observando que houve uma marcante desinformação dessas mulheres sobre vários dos seus direitos, permitindo concluir sobre a pouca divulgação e orientação por parte dos profissionais.

Foi encontrada também nos depoimentos das gestantes, a ênfase na oportunidade de escolhas e decisões sobre vários aspectos da gravidez e do parto, além das impressões negativas sobre os procedimentos realizados no trabalho de parto, de onde surgiu a segunda categoria, *Assumindo a direção ofensiva*. Da mesma, emergiram duas subcategorias: *escolhas disponíveis*, na qual se destacou o tipo de parto, a presença de acompanhante, a decisão por alguns procedimentos a serem realizados no trabalho de parto e a escolha da posição para parir; e as *estradas obscuras*, onde se exteriorizaram sentimentos de insegurança e intimidação relacionadas à falta de informação e autonomia para o parto.

Quanto à terceira categoria, *Chegando ao destino final*, as falas das gestantes revelaram o modo como são transmitidas as orientações durante o pré-natal, além de abordarem a importância do enfermeiro para o empoderamento e as reflexões sobre sua própria capacidade de parir. A primeira subcategoria decorrente foi *as estratégias de educação em saúde*, onde observou-se orientações sobre amamentação, alimentação, imunização, realização de exames, importância do parto normal e exercícios para o trabalho de parto. Ademais, constatou-se que as gestantes não participaram de nenhuma atividade em grupo e não receberam nenhuma visita domiciliar como estratégias de incentivo ao seu empoderamento.

Na segunda subcategoria, *a significância do enfermeiro para o empoderamento da gestante*, as contribuições desse profissional foram relacionadas ao acompanhamento, orientação, esclarecimentos e oferta de segurança à gestante, tornando as informações acessíveis a elas. A terceira subcategoria revelou *a evidência do empoderamento para o parto* das gestantes entrevistadas, as quais associaram sua força e capacidade para parir ao significado espiritual, às experiências anteriores, à convicção inata e ao acesso às informações.

Pelos relatos extraídos foi possível perceber que as gestantes reconhecem o valor do pré-natal e a importância do enfermeiro no acompanhamento da mãe e do bebê, porém, não associam as ações e estratégias desse profissional à construção do empoderamento diante da tomada de decisões na gestação e no parto. Reportando-se ao questionamento desse estudo e contemplando o objetivo proposto inicialmente, vislumbraram-se os seguintes resultados:

- As gestantes foram unânimes ao reconhecer a importância do acompanhamento pré-natal, relacionando essa relevância à descoberta e a prevenção de eventos adversos comuns do período gravídico e ao início precoce do acompanhamento da mulher e do bebê. Outros relatos associaram essa importância com um trabalho de parto e parto calmo e seguro a partir dos cuidados executados nesse acompanhamento. Correlacionaram ainda, o pré-natal à redução da peregrinação da gestante para o parto.
- As orientações fornecidas pelo enfermeiro à gestante durante o pré-natal fizeram alusão ao incentivo para o parto normal, à amamentação, ao esclarecimento sobre a alimentação adequada para esse período, à realização de exames essenciais para o cuidado gestacional e à importância

das consultas do pré-natal. Todavia, não se evidencia com clareza que as gestantes não se utilizaram das informações disponíveis para alcançar o empoderamento no parto, refletindo em suas falas a ausência de um diálogo com o profissional, baseado em evidências científicas e em reflexões a respeito do seu protagonismo.

- Acerca das estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o incentivo ao empoderamento, observaram-se práticas fragmentadas, como informações relacionadas apenas ao âmbito técnico, ausência de atividades educativas em grupos e visitas domiciliares, que não ofereceram o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina. Dentre outras estratégias apontadas, uma minoria relatou ter participado de atividades de grupos e nenhuma gestante recebeu visita domiciliar do enfermeiro durante o pré-natal. Esses resultados demonstram um déficit na assistência gravídica puerperal, contribuindo para a submissão da mulher às vontades dos profissionais de saúde, uma vez que a realização das estratégias de educação tem o objetivo de orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as mulheres atendidas tenham autonomia e corresponsabilidade no cuidado à sua saúde.
- Em relação à capacidade das gestantes de vivenciar a experiência do parto natural, evidenciou-se que a maioria das entrevistadas afirmou ser capaz de parir de forma natural atribuindo essa força a vários fatores, como: o apoio espiritual, experiências anteriores, capacidade inata e acesso às informações. No entanto, esta última não aparece claramente como contribuição das ações dos enfermeiros. Outras ainda, se disseram incapazes de vivenciar o processo de parturição natural.

Por meio dos relatos das entrevistadas foi possível conhecer de que forma o enfermeiro do pré-natal vem colaborando com a construção do empoderamento da gestante para experienciar o parto natural. Pode-se concluir que esta contribuição é tímida, modesta e, muitas vezes, focada apenas no conhecimento tecnicista, esquecendo-se de atender as necessidades psicológicas, emocionais e espirituais da mulher que está em processo de parturição.

Portanto, observa-se a urgente necessidade de interação entre enfermeiro e gestante, para que o profissional conheça as carências apresentadas

por elas no pré-natal e forneça as orientações necessárias para a aquisição de autonomia.

Nesse sentido, observa-se a importância da implantação de espaços de discussão no pré-natal que levem em consideração as crenças, os valores e os anseios da mulher grávida, como estratégia para que ela tome a decisão na promoção de sua saúde materna, propiciando o exercício de sua cidadania e a vivência humanizada durante todo o ciclo de parturição. Esses espaços devem proporcionar a prática da educação em saúde, de modo que informações importantes possam ser discutidas entre a equipe multiprofissional e as gestantes.

Pesquisar Empoderamento no Brasil não é tarefa simples, pois o esforço de teorização e pesquisa dessa temática vem acontecendo muito recentemente. Assim, a escassez de fontes de qualidade e, principalmente, relacionadas à assistência pré-natal foi um fator que limitou este trabalho. No entanto, espera-se que os resultados aqui apontados incitem o desejo por novas pesquisas e estimulem o aprofundamento de outros aspectos sobre o tema, com a finalidade de qualificar a assistência prestada às gestantes nesse momento especial de suas vidas.

REFERÊNCIAS

- AMARO, R.R. O papel dos actores e das comunidades locais nos processos de desenvolvimento e na promoção de uma Economia Solidária em São Tomé e Príncipe in BRITO, Brígida (coord) et al (org). **Desenvolvimento comunitário das teorias às práticas**: turismo, ambiente e praticas educativas em São Tome e Príncipe. Lisboa: Gerpress, 2009.
- APOLINÁRIO, D.; RABELO, M.; WOLFF, L.D.G. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene**, v.17, n.1, p.20-8, jan./fev. 2016.
- ARAÚJO, A.F.; PAIVA, B.S.R. A visita domiciliária com ênfase na educação em saúde. **Revista Eletrônica Saúde: Pesquisa e Reflexões**, v.1, n.1, 2011.
- BAQUERO, R.V.A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista Debates**, Porto Alegre, v.6, n.1, Jan./abr. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BETANCOURT, E.M.; GUINDO, J.A.F.; BESTARD, C.M. et al. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. **Rev Cubana Enfermer**, Habana, v.24, n.3-4, 2008.
- BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (eds). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BONILHA, A.L.L.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015.
- BRASIL. Decreto-Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, ago. 1943. Seção 1, p. 11937. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452compilado.htm>. Acesso em: 23 out. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. Brasília, 2000a. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_569.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2015.

_____. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2000b. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/vademecum-brasileiro,lei-n-10048-de-8112000-daprioridade-de-atendimento-as-pessoas-queespecifica-e-da-outrasprovidencias,22499.html>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 15 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas públicas de Saúde. **Parto Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. 2ª ed. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

_____. Lei n.11.108, de 7 de abril de 2005. Presidência da República, Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré – natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2ª Edição. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília, 2010.

_____. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011a. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da gestante e do bebê**. São Paulo, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede cegonha reduz mortalidade materna em 21% no 1º ano do programa, diz saúde**. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/rede-cegonha-reduz-mortalidade-materna-em-21-no-1o-ano-do-programa-diz-saude>>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para elaboração de propostas da rede cegonha**. Brasília, 2012c. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+elabora%C3%A7%C3%A3o+de+propostas+da+rede+cegonha&ie=utf-8&oe=utf->>. Acesso em: 15 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Brasília, 2016.

CAVALCANTI, P.C. S.; JUNIOR, G.D.G.; VACONCELOS, A.L.R. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1297-1316, 2013.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 223 de 03 de dezembro de 1996. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Brasília, 03 de dezembro de 2016. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2231999_4266.html>. Acesso em: 21 dez. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Resolução nº 0516 de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência. Brasília, 24 de junho 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 7 nov. 2016.

COSTA, A.A. **Gênero, poder e empoderamento das mulheres**. [sem data]. Disponível em: <<https://pactoglobalcreapr.files.wordpress.com/2012/02/5-empoderamento-ana-alice.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, K.F.; MEDEIROS, M.L.D.; LIMA, I.C.S. et al. Percepção das gestantes sobre a assistência prestada pelo enfermeiro durante o pré-natal. **R. Interd**, v.6, n.4, out./nov./dez. 2013.

COSTA, R.; LOCKS, O.H.; GIRONDI, J.B.R. et al. Pesquisa exploratória descritiva. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CUNHA, M.S.; SA, M.C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface**, Botucatu, v.17, n.44, p.61-73, 2013.

DENMAN, C.; ARANDA, P.; CORNEJO, E. Magdalena de León (comp.) (1997). **Región y sociedad**, v.11, n.18, 1999.

DINIZ, S.G.; SALGADO, H.O.; ANDREZZO, H.F.A. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v.25, n.3, p.377-376, 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; PEREIRA, M.N. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl.1, 2014.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, **Cuiabá. Cienc. Enferm**, Concepción, v.19, n.1, p.117-129, 2013 .

DUTRA, C.D.; SOARES, M.C.; MEINCKE, S.M.K. et al. Processo de trabalho da enfermagem na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v.10, supl. 3, p.1523-34, abr. 2016.

ESCOBAL, A.P.L.; SOARES, M.C.; MEINCKE, S.M.K.; et al. Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. **Rev Fund Care Online**, v.8, n.3, p.4711-16, jul./set. 2016.

FONSECA, A.S.; JANICAS, R.C.S.V. [coord]. **Saúde materna e neonatal**. São Paulo: Ed Martinari, 2014.

FONTENELE, C.V.; TANAKA, A.C.A. *O fio cirúrgico da laqueadura é tão pesado!*:laqueadura e novas tecnologias reprodutivas. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.2, p.558-571. 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Ed Graal, 2005.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**– o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FUGLENES, D.; AAS, E.; BOTTEN, G. et al. Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear. **Am J Obstet Gynecol**, v.205, n.45, p.1-9, 2011.

GALAVOTE, H.S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A.C.P. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**, v.20, n.1, p.90-98, jan./mar. 2016.

GOHN, M.G. Educação popular na América Latina no novo milênio: impactos do novo paradigma. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, v.4, n.1, p.53-77, dez. 2002.

HERMANY, R.; COSTA, D.L. A necessária superação do modelo representativo hegemônico na construção do empoderamento social local. **Rev do Direito**, n.32, Jul./dez, 2009.

HOROCHOVSKI, R.R. Empoderamento: definições e aplicações. In: **Encontro anual da ANPOCS**. 30.,24-28, 2006, Caxambu. Minas Gerais: ANPOCS, 2006. Resumo, p.1-29.

IBGE. **População residente, em 30 de Novembro de 2010**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_maranhao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2016.

IORIO, C. **Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos**. Texto elaborado para a Action Aid, 2002.

LAMY, G.O.; MORENO, B.S. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, v.10, n.2, p.19-35, 2013.

LEITE, N.S.L.; CUNHA, S.R.; TAVARES, M.F.L. *Empowerment* das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. **Rev. enferm. UERJ**, v.19, n.1, p.152-6, jan/mar. 2011.

LEÃO, M.R.C.; RIESCO, M.L.G.; SCHNECK, C.A. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.8, 2012.

LÓPEZ, A.R.; SILVA, A.C.; SARMIENTO, J.A. Autonomía femenina y factores asociados al uso de servicios maternos em Colombia (2010). **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v.12, n.1, 2014.

MACHADO, J.D.; HEGEDÜ, P.; SILVEIRA, L.B. Estilos de relacionamentos entre extensionistas e produtores: desde uma concepção bancária até o *empowerment*. **Cienc Rural**, v.36, p.641-7, 2006.

MALHEIROS, P.A.; ALVES, V.H.; RANGEL, T.S.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.2, 2012.

MELO, R.M.; BRITO, R.S.; CARVALHO, F.P.B. et al. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.4, p.750-7, out./dez. 2011.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

MOURA, S.G.; MELO, M.M.M.; CÉSAR, E.S.R. et al. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro (a): um olhar da mulher gestante. **J. res.: fundam. care. online**, v.7, n.3, p.2930-38, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/857/863>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

NASCIMENTO, E.P.; ANDRADE, F.S.; COSTA, A.M.D.D. et al. Gestantes frente ao tratamento odontológico. **Rev. bras. odontol**, Rio de Janeiro, v.69, n.1, p.125-30, jan./jun. 2012.

OMS. Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

PASCHOAL, A.; SILVA, L.C.F.P.; SANTINON, E.P. et al. Direitos no período gravídico-puerperal: conhecimento das gestantes. **Revista Âmbito Jurídico**, v.16, n.113, 2013. Disponível em: <http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13325&revista_caderno=14>. Acesso em: 30 out. 2016.

PEREIRA, A.L.F.; BENTO, A.D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.471-7, jul./set. 2011.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S.C.; BALDIN, N. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.3, p.579-589, 2011.

PEREIRA, S.S.; OLIVEIRA, I.C.M.S.; SANTOS, J.B.S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus actas de saúde colet**, Brasília, v.10, n.3, p.199-213, set. 2016.

PIO, D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, M.G.A.; LIMA, G.M.B.; FEITOSA, I.P. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Rev Ciênc. Saúde Nova Esperança**, v.12, n.1, jun. 2014.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.257-63, mar./abr. 2012.

QUADROS, L.C.M.; MEINCKE, M.K.; LOPES, C.V. et al. Avaliando a realização de exames laboratoriais pelas gestantes durante o pré-natal. **Rev. enferm. saúde**, Pelotas, v.1, n.1, p.99-106, jan./mar. 2011.

QUEM somos. **Rede pela humanização do parto e do nascimento**. Disponível em: <<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

QUITETE, J.B.; VARGENS, O.M.C. O poder no cuidado da enfermeira obstétrica: empoderamento ou submissão das mulheres usuárias?. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, Jul./set. 2009.

RAMVI, E.; TANGERUD, M. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. **Nurs Health Sci**, v.13, n.3, p.269-74, 2011.

RÊGO, M.C. **Ressignificando-se como mulher na experiência do parto: experiência de participantes de movimentos sociais pela humanização do parto.** 2014. 174f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

RISCADO, L.C.; JANNOTTI, C.B.; BARBOSA, R.H.S. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. **Texto Contexto Enferm**, v.25, n.1, 2016.

RODRIGUES, J.T.C.; ALMEIDA, I.E.S.R.; NETO, A.G.O. et al. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, v.4, n.1, 2016.

RODRIGUES, D.P.; ALVES, V.H.; PENNA, L.H.G. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery**, v.19, n.4, p.614-620, 2015.

RODRIGUES, E.S.R.C.; TORQUATO, J.A.; DAVIM, R.M.B. et al. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico puerperal. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.10, n.5, p.1796-804, mai. 2016.

SANTANA, A.M.B; ASSIS, F.G.; ANDRADE, L.D.F. et al. Processo do trabalho em saúde na atenção primária: um passeio pela literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.11, n.2, p.3-10, ago./dez. 2013.

SANTANA, F.A.; LAHM, J.V.; SANTOS, R.P. Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v.17, n.3, p.123-127, 2015.

SCHMIDT, K.T.; SASSÁ, A.H.; VERONEZ, M. et al. The first visit to a child in the neonatal intensive care unit: parents perception. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.1, p.73-81, jan./mar. 2012.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.16, n.7, p.517-25, 2004.

SILVA, G.P.S.; JESUS, M.C.P.; MERIGHI, M.A.B. et al. The experience of women regarding cesarean section from the perspective of social phenomenology. **Online braz j nurs**, v.13, n.1, p.5-14, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4214>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, jul./set. 2015.

SILVA, L.C.F.P.; QUEIROZ, M.R.; REIS, J.G; et al. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v.14, n.93, out. 2011.

SILVA, D.A.O.; RAMOS, M.G.; JORDÃO, V.R.V. et al. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.7, n.esp, p.4161-70, mai. 2013.

SODRÉ, T.M.; MERIGHI, M.A.B.; BONADIO, I.C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saúde**, v.11, supl.11, 2012.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES, A.L.P. et al. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, M.R; COSTENARO, R.G.S (org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

SOUZA, R.M.; SOARES, L.S.; QUITETE, J.B. Home parturition: power to feminine nature and a challenge for the obstetric nurse. **J. res.: fundam. care. online**, v.6, n.1, p.118-131, jan./mar. 2014.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO, H.F.A. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Família Comunidade**, v.10, n.35, p.1-12, 2015.

TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.16, n.3, p.1969-80, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. Consuelo Penha Castro Marques (org). São Luís, 2015.

VARGAS, P.B.; VIEIRA, B.D.G.; ALVES, V.H. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **J. res.: fundam. care. online**, v.6, n.3, p.1021-35, jul./set. 2013.

WAGNER, M. **Pursuing the birth machine**: the search for appropriate birth technology. Camperdown: ACE Graphics: 1994.

WHO. **Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.

WHO. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014.

WHO. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.

ZIMMERMAN, M.A. Psychological empowerment: Issues and illustrations. **American Journal of Community Psychology**, v.23, p.581-599, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para coleta de dados
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

LINHA DE PESQUISA: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Título da pesquisa: **EMPODERAMENTO FEMININO: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL PARA O PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL SOB A ÓTICA DA GESTANTE**

Data: ___/___/___

Caracterização da participante

1 Aspectos Socioeconômicos:

- 1.1 Identificação: _____ 1.2 Idade: _____
- 1.2 Estado civil: () casada () união estável () solteira () outros: _____
- 1.3 Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () indígena
- 1.4 Onde você reside: () São Luís () outro: _____
- 1.5 Renda familiar: () ausência de renda () menos de 1 salário () mais de 1 salário
- 1.6 Ocupação: _____
- 1.7 Religião: _____
- 1.9 Escolaridade: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo
() ensino médio incompleto () ensino médio completo
() ensino superior incompleto () ensino superior completo

2 Aspectos Obstétricos:

- 2.1 N^o de gestação: ___ N^o de parto: ___ N^o de aborto: ___
- 2.2 Número de filhos vivos: _____
- 2.3 Intervalo entre as gestações: _____
- 2.4 Realizou pré-natal na última gestação? () sim () não
- 2.5 Fez consulta com o enfermeiro? () sim () não. Quantas? _____.

2.6 Observações sobre pré-natal, tipo de nascimento, local de parto, intervenções e outros: _____

Questões norteadoras do estudo:

1. Para você o pré-natal é importante? Por quê?
2. Fale sobre as orientações que você recebeu no pré-natal desta gravidez (lembrá-la sobre os pontos principais).
3. O que você sabe sobre: sinais de trabalho de parto, momento certo de ir para a maternidade, escolha do tipo parto, procedimentos realizados durante o trabalho de parto e parto?
4. Quais atividades você participou no pré-natal para contribuir com seus conhecimentos e ajudar na hora de parir (grupos, visitas)?
5. Quais os profissionais que estão acompanhando você no pré-natal? Desses profissionais, qual você acha que atende melhor suas necessidades?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

LINHA DE PESQUISA: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **EMPODERAMENTO FEMININO: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL PARA O PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL SOB A ÓTICA DA GESTANTE**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante”, que tem por objetivo principal compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural na ótica da gestante.

Terá como finalidade a dissertação de mestrado da aluna Mara Julyete Arraes Jardim, mestranda do Mestrado Acadêmico em Enfermagem, sob a orientação da Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca. Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pela pesquisadora, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de vídeo/voz. Após a entrevista, as suas informações gravadas serão transcritas e devolvidas para sua validação, de maneira a resguardar a veracidade dos fatos. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas e revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo.

É importante que você compreenda que é assegurado o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira, uma vez que as entrevistas serão realizadas no dia e local que você realiza suas consultas de pré-natal. Você pode perguntar qualquer coisa sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Comunico que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. O fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à sua dimensão emocional, o qual se justifica pelo benefício que este estudo trará para você e para todas as mulheres no reforço da autonomia, liberdade e cidadania feminina, satisfazendo necessidades e conseqüentemente, reduzindo os índices de violências obstétricas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e caso você concorde, poderá ser realizada em outro momento. Caso você apresente algum problema emergencial durante a realização da entrevista, você poderá ser acompanhada pelos profissionais da instituição na qual a mesma estará sendo realizada. O estudo poderá ser interrompido caso haja a ocorrência de um efeito secundário inesperado e de alto risco, impossibilitando a coleta de dados no momento apropriado.

Se você aceita participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA, sob coordenação do Prof. Dr. Francisco Navarro, o qual está localizado na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07 ou ainda pelo telefone (98) 3272-8708 e endereço eletrônico cepufma@ufma.br.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas

dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, ____ de _____ de _____

Mara Julyete Arraes Jardim
(Pesquisadora)

Nome completo da entrevistada

Assinatura (ou digital) da entrevistada

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EMPODERAMENTO FEMININO: CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL PARA O PROCESSO DE PARTURIÇÃO NATURAL SOB A ÓTICA DA

Pesquisador: Lena Maria Barros Fonsêca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55487116.7.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.625.950

Apresentação do Projeto:

O empoderamento feminino no processo de parturição natural é o resultado da distribuição de recursos e oportunidades para que a gestante assuma seu papel de protagonista no momento do parto. O enfermeiro na atenção básica de saúde fica evidente como agente facilitador desse processo ainda no pré-natal, onde as informações fornecidas preparam a mulher para as decisões a serem tomadas no processo parturitivo. O objetivo principal da pesquisa é analisar as contribuições do enfermeiro no pré-natal, sob a percepção da gestante, para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, realizado na USF Amar (distrito Bequimão), no município de São Luís – MA, com gestantes que realizam o pré-natal na referida instituição. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada, no período de dois (02) meses. Visando atender aos critérios éticos da pesquisa, o presente projeto foi submetido na Plataforma Brasil para direcionamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP/HUUFMA) e a coleta dos dados terá início somente após sua aprovação. Será garantida a autonomia dos participantes, ficando os mesmos livres para deixar a pesquisa em qualquer momento.

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.625.950

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as contribuições do enfermeiro no pré-natal, sob a percepção da gestante, para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e obstétrico das gestantes. Identificar as orientações fornecidas pelo enfermeiro às gestantes durante a consulta no pré-natal. Identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o incentivo ao protagonismo da mulher no parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não apresenta risco às dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual o sujeito irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa. O estudo poderá ser interrompido caso haja a ocorrência de um efeito secundário inesperado e de alto risco, impossibilitando a coleta de dados no momento apropriado.

Benefícios:

Melhor conhecimento das ações realizadas pelo enfermeiro no pré-natal no incentivo à conquista do empoderamento feminino na voz das usuárias, mostrando a importância das ações no pré-natal para o estímulo, descoberta e significância do protagonismo da mulher no processo de parturição natural. Reforçar a autonomia, liberdade e cidadania feminina, satisfazer necessidades e conseqüentemente, reduzir os índices de violências obstétricas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa tem todos os elementos necessários ao desenvolvimento na sua plenitude.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.625.950

resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_675478.pdf	21/08/2016 16:03:44		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/08/2016 16:02:56	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	21/08/2016 16:00:12	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	21/08/2016 15:55:52	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/08/2016 15:55:16	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	21/08/2016 15:55:00	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	21/08/2016 15:54:43	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso_dados.pdf	12/04/2016 19:52:17	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	responsabilidade_financeira.pdf	12/04/2016 19:51:59	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Declaração de Pesquisadores	responsabilidade_pesquisador.pdf	12/04/2016 19:51:29	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	12/04/2016 19:48:56	MARA JULYETE ARRAES JARDIM	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO UFMA



Continuação do Parecer: 1.625.950

SAO LUIS, 06 de Julho de 2016

Assinado por:
Richard Diego Leite
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br