



Interação social de puérperas com procedimentos invasivos no parto

The social interaction of puerperal women towards invasive childbirth procedures

La interacción social de puérperas hacia los procedimientos invasivos en el parto

Carla Marins Silva^I ; Bruna de Paula Pereira^{II} 
Paulo Alexandre de Souza São Bento^{III} ; Octavio Muniz da Costa Vargens^{II} 

^IUniversidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; ^{II}Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil;

^{III}Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: apresentar modelo representativo da interação social de puérperas com procedimentos invasivos durante o trabalho de parto, a partir dos significados por elas atribuídos. **Método:** estudo interpretativo, qualitativo, realizada em maternidade pública do Rio de Janeiro. Foram entrevistadas 12 puérperas, de 18 a 45 anos, divididas em 3 grupos amostrais. Dados analisados segundo o Interacionismo Simbólico e a *Grounded Theory*. **Resultados:** procedimentos invasivos significam tudo que foge ao curso natural do parto ou viole. Entrando na situação, as mulheres sentem-se desconfortáveis com situações fisiológicas do parto. Confiando no profissional, submetem-se a procedimentos considerando-os necessários ao nascimento do bebê. **Conclusão:** o modelo representativo aponta que as mulheres se submetem a procedimentos invasivos sem considerá-los invasivos. É necessário criar estratégias que permitam à mulher compreender e tomar decisões sobre seu próprio corpo, bem como estimular a atuação de enfermeiras obstétricas para o cuidado à mulher com base na não invasão.

Descritores: Medicalização; Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica; Interacionismo Simbólico.

ABSTRACT

Objective: to present a representative model of puerperal women's social interaction with invasive childbirth procedures, based on the meanings they attribute to them. **Method:** this interpretative, qualitative study was conducted at a public maternity hospital in Rio de Janeiro by interview of 12 puerperal women in three sample groups. Data were analyzed in accordance with Symbolic interactionism and Grounded Theory. **Results:** an invasive procedure is anything that lies outside or violates the natural course of childbirth. Women in labor feel uncomfortable with the physiological situations of childbirth. Trusting in the care professional, they submit to procedures that they consider necessary to their baby's birth. **Conclusion:** the representative model shows that women submit to invasive procedures, not considering them invasive. Strategies must be developed to permit women to understand and decide on their own bodies, and to encourage obstetric nurses to provide women's care based on non-invasive procedures.

Descriptors: Medicalization; Labor, Obstetric; Obstetric Nursing; Symbolic Interactionism.

RESUMEN

Objetivo: presentar un modelo representativo de la interacción social de las puérperas con los procedimientos invasivos de parto, a partir de los significados que les atribuyen. **Método:** este estudio interpretativo, cualitativo, se realizó en una maternidad pública de Río de Janeiro mediante entrevista a 12 puérperas en tres grupos de muestra. Los datos se analizaron de acuerdo con el interaccionismo simbólico y la teoría fundamentada. **Resultados:** un procedimiento invasivo es todo aquello que se encuentra fuera o viola el curso natural del parto. Las mujeres en trabajo de parto se sienten incómodas con las situaciones fisiológicas del parto. Confiando en el profesional asistencial, se someten a los procedimientos que consideran necesarios para el nacimiento de su bebé. **Conclusión:** el modelo representativo muestra que las mujeres se someten a procedimientos invasivos, no considerándolos invasivos. Se deben desarrollar estrategias para permitir que las mujeres comprendan y decidan sobre su propio cuerpo, y para alentar a las enfermeras obstétricas a brindar atención a las mujeres con base en procedimientos no invasivos.

Descriptores: Medicalización; Trabajo de Parto; Enfermería Obstétrica; Interaccionismo Simbólico.

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto e o parto representam uma relação multifacetada e complexa, entre mãe e bebê, decorrente de acontecimentos emocionais e fisiológicos, que resultam no nascimento de uma nova vida e/ou família¹.

Historicamente, os partos ocorriam, maioritariamente, no âmbito domiciliar, acompanhados por parteiras, com conhecimento prático sobre o nascimento². Com a evolução da sociedade, a figura masculina surge no cenário juntamente com a ciência médica e estímulo às intervenções. Esse processo culminou na institucionalização do parto, colocando a mulher na situação de paciente, sem autonomia, separando-a de seu ambiente familiar. Assim, o parto passou a ser considerado um evento patológico, necessitando de intervenções, refletindo caráter mecanicista e medicalizado³.

Autora correspondente: Carla Marins Silva. E-mail: carlamarins@usp.br.
Editora responsável: Magda Guimarães de Araújo Faria

Essas práticas profissionais desconsideram a preferência e os direitos das mulheres, caracterizadas por formas de invasão do corpo. Destacam-se toques vaginais frequentes, falta de autonomia na escolha da posição do parto, privação da presença do acompanhante e ausência de escuta⁴.

O modelo medicalizado de assistência prevalece no Sistema Único de Saúde, levando à percepção do parto como processo que provoca riscos à vida da mulher e da criança⁵. A maior parte destas unidades não oferece uma assistência voltada para as necessidades da mulher, além de impor uma forma de lidar com o corpo da mulher, despersonalizando-o^{6,7}.

Deve-se ampliar o olhar sobre a assistência à mulher em trabalho de parto para além da biologia, distanciando-se deste contexto marcado por práticas invasivas. Preza-se por ações estimulantes ao protagonismo da mulher, considerando que o cuidado não se constitui apenas em técnicas invasivas⁸.

Considerando que o significado de procedimentos invasivos durante o trabalho de parto pode ser modificado pela mulher desde sua interação com o mesmo e com seu grupo social, permitindo a construção de novas experiências e interpretações, objetivou-se apresentar o modelo representativo da interação social de puérperas com procedimentos invasivos durante o trabalho de parto, a partir dos significados por elas atribuídos.

REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreensão dos significados de procedimentos invasivos durante o trabalho de parto atribuídos por puérperas, utilizou-se o interacionismo simbólico. Trata-se de perspectiva teórica que trabalha o significado de algo na concepção de um indivíduo como resultado de sua interação social. É indicada para analisar processos de interações sociais e comportamentais com base na interpretação de como o indivíduo age em relação às situações conforme ele mesmo a signfica⁹.

O interacionismo simbólico fundamenta-se em três premissas^{10,11}: as pessoas agem de acordo com o sentido que as coisas têm para elas; esses sentidos surgem de interações sociais; tais sentidos ao serem empregados em suas interações, são manipulados e modificados pelo próprio indivíduo.

Charon¹² adotou um esquema representativo da ação humana na perspectiva interacionista. Assim, ao definir a situação para si mesmo, o indivíduo determina metas, aplica perspectivas apropriadas, toma o papel dos outros na situação, pontua e define para si os objetos na situação, aplica experiências passadas, considera o futuro, olha a si mesmo na situação e, a partir disso, determina sua linha de ação e age abertamente.

Em seguimento, após a ação do indivíduo, os outros significam-na de acordo com suas próprias interpretações, e também agem abertamente. O indivíduo então interpreta a ação do outro e, à luz da ação do outro, reinterpreta suas ações, revê perspectivas, redefine a situação e sua linha de ação.

A questão norteadora deste manuscrito é “como se dá o processo de interação social de puérperas com procedimentos invasivos durante o trabalho de parto, a partir dos significados por elas atribuídos?”

Ao responder essa pergunta acredita-se contribuir na maneira qualificada de cuidar, atendendo às expectativas das mulheres nessa fase de vida. Este modelo favorece o entendimento do processo na perspectiva do outro – tomar o lugar do outro na situação –consonante com a perspectiva interacionista.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, interpretativa, com aporte teórico-metodológico da vertente clássica da *Grounded Theory*¹³. Trata-se de metodologia de análise originária da sociologia norte-americana, que busca compreender a realidade social e os significados socialmente construídos. O resultado deste processo é uma teoria que emerge da análise dos dados qualitativos, através da comparação de incidentes, revelando conceitos. Estes são comparados com mais incidentes para aprofundamento de suas propriedades teóricas e levantamento de hipóteses. Por fim, a comparação entre conceitos permite emergir a teoria. Este procedimento é denominado análise comparativa constante¹³.

Realizada no Alojamento Conjunto de maternidade pública do Rio de Janeiro, de março a julho de 2018. Trata-se de local que dispõe de puérperas que foram assistidas durante a fase ativa do trabalho de parto tanto por enfermeiros quanto médicos. Ademais, possibilitou o uso de áreas reservadas para preservação da privacidade durante a entrevista.

Os critérios de inclusão para o primeiro grupo amostral foram: puérperas, acima dos 18 anos, que tiveram parto vaginal, internadas no alojamento conjunto. Foram excluídas as mulheres que tiveram complicações clínicas ou obstétricas durante o parto.

A experiência social é interpretada pelo processo de análise comparativa dos dados, que são concomitantemente coletados, codificados, analisados e comparados. As idas e vindas no material é definida como circularidade dos dados¹⁴, que direciona o procedimento intencional de amostragem teórica. Logo, a relação entre conceitos e pressupostos identifica necessidade de coletar novos dados e selecionar novos participantes ou situações contextuais para suprir lacunas e confirmar hipóteses emergentes da análise. Diagramas e *memos* são ferramentas para sensibilidade teórica

do pesquisador que consiste na criatividade nesse processo de identificação e integração de conceitos, alicerçando a teoria, sem intervenção nos dados^{14,15}.

Nessa perspectiva, os dados do primeiro grupo amostral mostraram que, por sofrerem poucos procedimentos invasivos, as mulheres significavam como algo rotineiro e necessário. Assim, surgiu a hipótese de que mulheres que tiveram algum tipo de complicação, poderiam ter sido submetidas a mais procedimentos invasivos, podendo significá-los diferentemente. Foram incluídas então três puérperas que atendiam a esse critério, compondo o segundo grupo amostral.

Em continuidade ao processo de análise, percebeu-se que as mulheres com ou sem complicações se submetiam aos procedimentos com reação positiva, por ser rotina necessária e teriam como *recompensa* seus bebês nos braços.

Atentou-se assim para a necessidade de um terceiro grupo amostral, sendo entrevistadas mais três mulheres que tiveram parto vaginal de natimortos.

A coleta de dados de cada grupo foi interrompida quando constatado que os dados estavam se repetindo, sem mais relevância na elaboração dos conceitos. Por fim, ocorreu a saturação teórica, isto é, quando a amostragem teórica é satisfatória para dar base à construção do modelo representativo^{13,14}. Desse modo, totalizaram 12 mulheres entrevistadas, entre 18 e 45 anos, em 3 grupos amostrais.

Para as entrevistas foi realizado um primeiro contato face a face com a mulher, de forma intencional, com explicações sobre a pesquisa e seus aspectos éticos. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro semiestruturado cuja questão disparadora foi a mesma para os três grupos amostrais: Conte-me como foram os cuidados/procedimentos prestados durante seu trabalho de parto. Acompanhada de tópicos que foram introduzidos ao longo das entrevistas, aprofundando alguns pontos de validação dos enunciados em cada grupo amostral (Medidas intervencionistas, Tecnologias não invasivas do cuidado, empoderamento, privacidade e autonomia). As entrevistas foram gravadas em aparelho digital no formato mp4 e duraram, em média, 40 minutos.

Os depoimentos foram transcritos para análise comparativa concomitante dos dados baseada nos pressupostos da *Grounded Theory*. Este processo seguiu os seguintes passos da vertente clássica¹³, indutivo, comparativo e emergente dos dados. Foram construídas tabelas simples para organização e codificação dos dados.

A codificação substantiva processou-se pela codificação aberta e seletiva. Na aberta analisou-se livremente linha por linha e cada incidente foi codificado utilizando verbos no gerúndio. Os códigos foram comparados entre si e agrupados, por afinidade, em categorias. Posteriormente, focando no fenômeno, passou-se para codificação seletiva.

Após essa fase, a codificação teórica foi definida pela organização, densificação e redução das categorias provisórias, visando o processo social básico. A consolidação desta etapa é a categoria central que representa o fenômeno do estudo. Durante esse processo foram elaborados diagramas até a definição de um final. Por fim, ocorreu validação com apresentação do diagrama para 3 participantes.

Foram respeitados os procedimentos éticos, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz, (parecer nº 2.508.292). Foram enviadas emendas para inserção de novos grupos amostrais, em consonância com a metodologia utilizada (pareceres nº 2.757.713 e nº 2.826.682). Visando preservar identificação das participantes, foram utilizados a letra *G* seguida do número do grupo amostral, e a letra *E* seguida do número da entrevista, como, por exemplo, G1E3.

RESULTADOS

A análise comparativa constante dos dados permitiu a construção e integração de 3 categorias: *Significando procedimento invasivo no parto*, *Vivenciando um parto com intervenções* e *Considerando as intervenções como ajuda ou necessário*. Dessa integração e articulação resultou a identificação da categoria central: *Sendo submetida aos procedimentos invasivos, sem considerá-los invasivos* e a consequente elaboração do diagrama representativo do processo de interação social de puérperas com procedimentos invasivos durante o parto, ou seja, um modelo explicativo na perspectiva interacionista. Esse modelo tomou por base o esquema proposto por Charon¹²

Significando procedimento invasivo no parto

A partir de experiências construídas em partos anteriores, no convívio social e por laços familiares, as entrevistadas relatam que procedimentos invasivos significam tudo aquilo que foge do curso natural do parto. Os significados de procedimentos invasivos circundam a premissa de algo que não é necessário, que poderia ser evitado e que é extremamente desconfortável.

Acho que tudo que fuja do natural, se não for extremamente necessário (G3E11).

Algo que não é necessário e que me causa desconforto, que poderia ser evitado (G2E7).

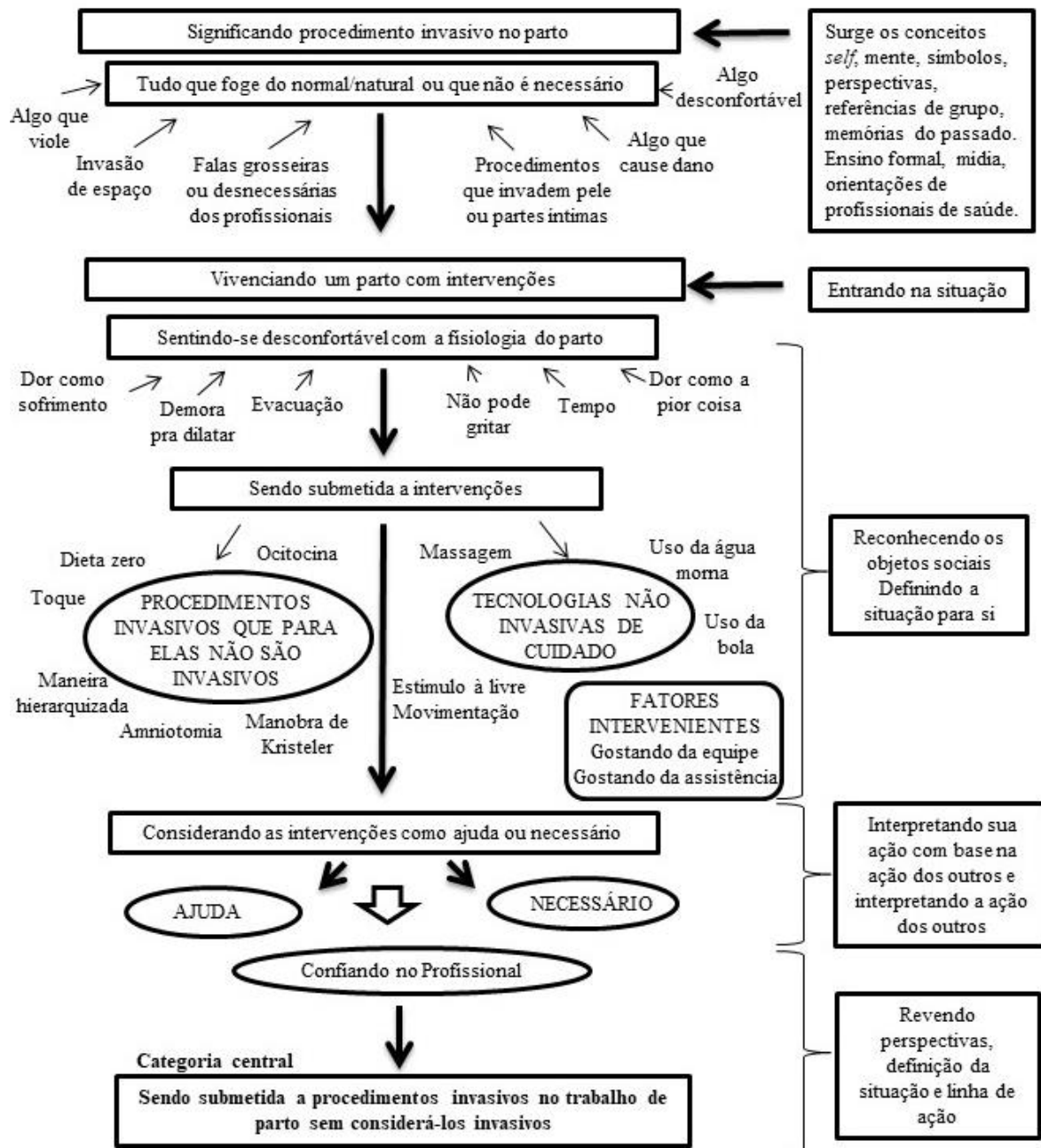


FIGURA 1: Diagrama apresentando o modelo representativo da interação social de puérperas com procedimentos invasivos no parto, segundo a perspectiva interacionista. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2018.

As mulheres relatam que qualquer conduta ou posicionamento que viole, machuque ou manipule o corpo sem necessidade é considerado procedimento invasivo, pois entendem a ocasião do parto como um momento de total fragilidade da mulher.

Eu acho que é alguma coisa que me viole (G1E5).

Tudo que tenha que manipular o corpo da mulher para mim é invasão, que não seja tão necessário. Na verdade, o parto é um momento de fragilidade total nosso (G2E9).

É quando você toma o espaço da outra pessoa, sem perguntar a ela se pode. Se você não permitir é invasão (G3E12).

A partir dessa realidade, as participantes referem que deve haver respeito por parte dos profissionais durante o trabalho de parto e que só devem ser realizados procedimentos permitidos pela mulher.

Vivenciando um parto com intervenções

Entrando na situação e definindo-a para si, a partir dos sentidos atribuídos para procedimentos invasivos, a mulher constrói o significado de desconforto diante de situações fisiológicas do trabalho de parto. Considera que a evolução fisiológica do parto gera ansiedade e aflição. Além disso, a dor do parto foi considerada como sofrimento. Assim, quanto mais prolongado o trabalho de parto mais sofrimento.

Foi o maior sofrimento por que demorei muito tempo pra dilatar. Entrei na sala devia ser meia noite e cinquenta, ela nasceu seis e quatro, foi bastante tempo de sofrimento, né? (G1E3).

É uma dor muito forte, estava desesperada, morrendo de dor... é horrível (G1E4).

As participantes consideram que os procedimentos realizados durante o trabalho de parto fazem parte da rotina. Em suas vivências foram submetidas, impositivamente, a procedimentos característicos tanto do modelo tecnocrático quanto do humanístico.

Relatam desconforto e ansiedade durante procedimentos como uso de ocitocina endovenosa, manobra de Kristeller, toque vaginal de repetição e indução medicamentosa do parto. Relatam também satisfação e alívio na dor citando algumas intervenções humanizadas como banho morno de aspersão, massagem, deambulação, e agachamento pélvico. Mas, para elas são condutas rotineiras no trabalho de parto, impostas pelo profissional.

E aquilo (o dedo) lá dentro te incomodando, aí quando ela tirou veio outra doutora ver também a dilatação, e você fica naquela, né? Mas, faz parte porque tem que ver se o bebê está ali (G2E8).

A médica explicou que ia botar um comprimido, que ia fazer eu ter contração e entrar em trabalho de parto. Rotina do setor, né? (G3E10).

Quando ele botou o cotovelo, o bebê saiu. A força dele junto com a minha, a criança saiu. (G1E5).

Alivia muito quando a água escorre pelas costas porque a gente sente muita dor (G1E2).

Já facilita, se movimentar facilita (G2E7).

Nesse momento, a mulher reconhece os objetos sociais envolvidos e considera a assistência da equipe como boa, respeitosa e cuidadosa, configurando-se como fatores intervenientes do processo.

No parto normal, a dor não tem jeito, a gente tem que passar pela dor, é horrível, mas eu acho que a assistência ajuda né? A forma como você é tratada (G1E5).

Eles estavam com bastante cuidado e com bastante respeito até para dar toque... (G1E6).

Considerando as intervenções como ajuda ou necessário

As mulheres, interpretando sua ação com base na ação dos outros e interpretando a ação dos outros, não consideram como invasivos os procedimentos que vivenciaram durante o parto. Para elas, estes procedimentos auxiliam ou aceleram o nascimento do bebê e/ou expulsão do feto morto. Portanto, mesmo desconfortáveis, consideram uma rotina necessária/essencial para diminuição no tempo de sofrimento causado pelo parto.

Incomoda, é chato. Porque toda hora fica te enfiando o dedo. [...]. Eu sabia que era por um bem, para ver se minha filha estava saindo ou não, valeu à pena (G1E2).

Quando eu cheguei no nono centímetro de dilatação, eles viram que não dilatava mais de jeito nenhum, eles induziram [...]. Me colocaram no soro, né? [...]. Aí, quando colocaram soro, eu falei: "agora eu tenho certeza que vai nascer" (G1E3).

Incomoda, mas faz parte. Porque tem que saber do bebê, como é que está [...]. Então, se não tocar lá embaixo como que vai saber direito? (G2E8).

Revedo perspectivas, definição da situação e da linha de ação, as mulheres refletem que não têm capacidade ou conhecimento suficiente para avaliar se a conduta do profissional está correta ou não. Relatam ser o profissional o mais qualificado para resolver as questões do parto e definir as condutas necessárias.

Eu não queria ser internada, mas, me internaram. Eles que têm diploma, né? Eles que sabem né? Aí, isso me deixou desconfortável... não tenho capacidade para avaliar isso (G1E5).

Porque eu não ia conseguir. Aí, eles foram me acalmando e me botando numa posição que eu ia conseguir ter ele. (G1E4).

Entraram cinco pessoas e você acredita que os cinco me deram toque? Sabe como é, né? A gente não entende muito bem (G2E9).

DISCUSSÃO

Invasivo significa algo relativo à invasão ou que hostiliza, tendo como sinônimo a palavra *agressivo*¹⁶. Esta definição é concordante com os significados atribuídos pelas participantes deste estudo. Na perspectiva da psicanálise, o corpo é alvo de interferências médicas reguladoras e invasivas, sendo tratado como passível de suportar qualquer manipulação¹⁷.

No contexto da saúde da mulher, o conceito de procedimentos invasivos tornou-se recorrente nos debates sobre assistência à parturiente. Sobretudo no ambiente hospitalar, onde prevalecem atitudes que propiciam invasão ao corpo feminino, com práticas normativas e hierarquizadas⁵. Essas atitudes, apontadas pelas mulheres, mostram procedimentos invasivos como algo que viola e que foge o curso natural do parto, fortalecendo a medicalização do ambiente de nascimento⁵.

O tema medicalização encontra-se usual em análises no campo da sociologia da saúde. Esse termo é utilizado para descrever intervenções de cunho biomédico, de controle social autoritário sobre o corpo e condutas, com predomínio do saber médico sobre o indivíduo¹⁸.

Na assistência obstétrica, alguns procedimentos passaram a ser realizados de maneira mecanizada, segmentada e desumanizada, limitando a autonomia feminina. Assim, tornam o cenário do parto um ambiente de violação de direitos, manifestado através de agressões verbais ou psicológicas¹⁹. A medicalização é expressa pelas altas taxas de cesáreas e de intervenções desnecessárias no parto²⁰. Nesse estudo, a análise mostrou imposição, de forma hierarquizada, mesmo de intervenções supostamente não invasivas, pela ausência de decisão compartilhada.

Ademais, o parto normal é frequentemente vinculado à figura de dor e sofrimento em detrimento de seu caráter fisiológico. A dor vivenciada pela mulher neste período é uma sensação multifatorial e individual, podendo ser influenciada por fatores socioculturais, econômicos, psicológicos, emocionais e ambiental²¹. Neste sentido, a mulher deve ser acolhida e não subestimada, com preparo sobre a fisiologia natural do parto para escolhas seguras e conscientes^{21,22}. Este sofrimento atrelado às situações fisiológicas também foi revelado nos dados analisados.

Logo, um ambiente adequado proporciona às mulheres melhor capacidade em lidar com eventos fisiológicos do parto, reduzindo a necessidade de intervenções e desconfortos²³.

Também, é fundamental o preparo desde o início do pré-natal, com intuito de possibilitar experiências positivas no parto. O protagonismo nesse processo se dá através do acesso a informações, inclusão de acompanhantes, grupos de gestante, considerando vivências e anseios das mulheres relativas ao parto normal²⁴.

Entretanto, no Brasil, o modelo tecnocrático de assistência obstétrica ganhou espaço e o nascimento se tornou um evento complexo de cunho médico e hospitalar²⁵. O atual cenário do nascimento distancia a mulher da condição de protagonista do parto, submetendo-se a condutas e normas dos profissionais mesmo com desconforto e sofrimento²⁶. Esse estudo também aponta que a mulher se submete a intervenções sem questionamentos por entendê-las como algo que faz parte da rotina biomédica.

Entretanto, evidências científicas mostram que determinados procedimentos não devem ser utilizados rotineiramente no parto^{27,28}. Há, contudo, um lapso entre recomendações e a prática obstétrica atual. A adoção de procedimentos obstétricos rotineiros de cunho invasivo é consagrada na formação de profissionais com padrão de ensino pautado no modelo hospitalocêntrico, controlando o processo fisiológico do parto e degradando o potencial intrínseco da mulher de parir^{3,25}.

De forma contra hegemônica, estratégias vêm sendo empregadas para desmedicalização da assistência obstétrica, alicerçadas nas tecnologias não invasivas de cuidado. Compreende-se por desmedicalizar o ato de apresentar às mulheres alternativas de cuidado, em consonância com sua autonomia e direito de escolha, desconsiderando o raciocínio médico como única opção, sem, contudo, excluir o profissional ou práticas médicas do cuidado²⁹. Estas tecnologias não invasivas, utilizadas pela enfermagem, minimizam dor e proporcionam conforto durante o trabalho de parto, fruto de decisão compartilhada entre profissional e mulher^{4,30,31}.

Nesta pesquisa, o uso de práticas não invasivas durante o trabalho de parto foi percebido pelas mulheres como uma experiência positiva. Todavia, não se configura como tecnologias não invasivas de cuidado pela ausência de decisão compartilhada e de protagonismo da mulher.

As tecnologias não invasivas de cuidado têm como fundamentos: a mulher deve ser o foco da assistência, compreendendo o processo além do aspecto biológico, contemplando experiências oriundas de influências emocionais, sociais, culturais ou místicas provenientes da mulher; o entendimento que o processo é de cuidado e não de controle, defendendo o respeito à segurança e privacidade, sendo procedimentos, invasivos ou não, realizados somente com autorização da mulher²⁹.

Esse tipo de cuidado é contrário à cultura instituída que faz a mulher não acreditar em sua capacidade de parir, necessitando de intervenções profissionais e de alta tecnologia para seu parto^{32,33}. Assim, a mulher assume postura passiva no trabalho de parto, sem questionar sobre procedimentos utilizados³, também evidenciado, pelas entrevistadas, quando a mulher transfere o protagonismo para o profissional, elegendo-o como o mais qualificado para decidir sobre seu parto.

Ao mesmo tempo, o profissional não reconhece a mulher como capaz de assumir responsabilidades pelo cuidado de sua própria saúde, e decide a melhor conduta a ser tomada. Esta relação assimétrica entre profissional e parturiente reforçam o modelo medicalizado³².

Por isso, devem ser oportunizadas ferramentas que contribuam na luta contra procedimentos invasivos desnecessários ainda nas fases iniciais de gestação³². As mulheres devem ter acesso a informações claras sobre tecnologias e cuidados obstétricos adequados para tomada de decisões compartilhadas com a equipe, através de atenção qualificada no pré-natal, com ações educativas em saúde livres de preconceitos^{21,22,24,28}.

Para tal, as enfermeiras da atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família, atuando na porta de entrada do atendimento, devem ser sensibilizadas e incentivadas a incluir questões voltadas para o preparo de parto numa perspectiva humanizada nos seus atendimentos³⁴.

No âmbito do parto, a enfermeira obstétrica tem sido uma profissional que compartilha e dialoga com a mulher, estabelecendo uma relação de parceria, respeito e fortalecimento. Essa aproximação é fundamental para compreensão das dimensões do processo parturitivo, incluindo aspectos culturais e sociais, para mudança de modelo³. O desafio é buscar meios de libertar-se do modelo tecnocrático, marcado por procedimentos invasivos desnecessários e falta de autonomia³⁵.

Desta forma, é importante reorganizar o sistema de atenção de modo a unir os níveis de atenção à mulher para além da rigidez dos protocolos biomédicos.

CONCLUSÃO

Na perspectiva interacionista, e de acordo com o modelo aqui apresentado, as mulheres entendem que as intervenções são condutas de rotina necessárias e benéficas para o processo do trabalho de parto. Submetem-se aos procedimentos invasivos apesar do desconforto provocado.

Por desconhecimento ou sensação de incapacidade, confiam nas decisões profissionais em relação aos procedimentos que lhes são impostos, constituindo-se uma assistência hierarquizada, normativa, onde não há decisão compartilhada de cuidado. Assim, percebe-se invasão do evento fisiológico do parto como consequência do processo de medicalização, mesmo no uso de ferramentas humanizadas.

Evidencia-se a importância da ressignificação do parto e nascimento como evento natural e fisiológico. Para isso, é relevante estimular a atuação dos enfermeiros em seus níveis de ação, valendo-se da incorporação de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégia prioritária de assistência à mulher, respeitando sua privacidade e autonomia, colocando-a como protagonista.

REFERÊNCIAS

1. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais – Brazil. *Rev. Med. Minas Gerais* [Internet], 2015 [cited 2019 Feb 11]; 25(4):69-75. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>
2. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.
3. Mendes EV. O acesso à Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2017.
4. Santos RCS, Silva JLM, Custódio LMG. A doença crônica e o adolescer: efeitos do adoecimento e do câncer no desenvolvimento do adolescente. *Psicologia.pt* [Internet], 2017 [cited 2019 Mar 23]; 1(7):01-13. Available from: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1160.pdf>
5. Nóbrega VM, Reichert APS, Viera CS, Collet N. Longitudinality and continuity of care for children and adolescents with chronic diseases. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm* [Internet], 2015 [cited 2019 Mar 10]; 19(4):656-63. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000400656&script=sci_arttext&lng=en
6. Tavares TS, Sena RR, Duarte ED. Implications for nursing care concerning children discharged from a neonatal unit with chronic conditions. *Rev. Rene* [Internet], 2016 [cited 2019 Feb 02]; 17(5):1-9. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000500011>
7. Vaz EMC, Collet N, Cursino EG, Forte FDS, Magalhães RKB, Reichert APS. Care coordination in Health Care for the child/adolescent in chronic condition. *Rev. Bras. Enferm* [Internet], 2018 [cited 2019 Jan 20]; 71(6):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787>
8. Santos AM, Giovanella L. Family Health Strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil. *Saúde Debate* [Internet], 2016 [cited 2019 Jan 15]; 40(108):48-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>

9. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. *Texto contexto-enferm* [Internet], 2015 [cited 2019 Apr 03]; 24(4):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003040014>.
10. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev. Pesq. Qualit* [Internet], 2017 [cited 2018 Oct 20]; 5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
11. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet], 2012 [cited 2020 Aug 30]; 17(3):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
12. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.* [Internet], 2017 [cited 2018 Nov 25]; 21(2):1-7. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200201&script=sci_arttext&tlng=en
13. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Vieira CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet], 2017 [cited 2019 Feb 20]; 51:e03226. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>
14. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enferm.* [Internet], 2016 [cited 2018 Dec 18]; 21(1):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>
15. Melo DF, Criscuolo MBR, Viegas SNF. Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *J. Res. Fundam. Care online* [Internet], 2016 [cited 2019 Feb 20]; 8(4):4986-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4986-4995>
16. Pereira JS, Machado WCA. Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with Disabilities: (dis) articulation in the Fluminense Central-South region, Rio de Janeiro, Brazil. *Physis* [Internet], 2016 [cited 2019 Apr 02]; 26(3):1033-51. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>
17. Torralbo FAP, Juliani CMCM. The system of reference and counter reference in attending teenagers: reality x completeness. *J. Nurs. UFPE on line* [Internet], 2016 [cited 2018 Oct 19]; 10(3):1016-21. DOI: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031570>
18. Moll MF, Goulart MB, Caprio AP, Ventura CAA, Ogoshi AACM. The knowledge of nurses on health care networks. *J. Nurs. UFPE on line* [Internet], 2017 [cited 2019 Oct 28]; 11(1):86-93. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11881>