Jornada de mujeres con el plan de parto: desde el prenatal hasta la maternidad

Autores: Alvarez[1], REC; Santos, ACF[2]

Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Introducción:

- En Brasil aún prevalece la violencia obstétrica (VO) en la atención materna, el modelo hegemónico, exceso de intervenciones y prácticas con escasa evidencia científica, que reducen la autonomía y protagonismo de la mujer durante el parto. Problema de salud pública que requiere acciones individuales y colectivas en el ámbito social, político e institucional.
- Como estrategia, el "plan de parto" puede acompañar a las mujeres desde el prenatal hasta la maternidad, contribuir con el cuidado humanizado y promover la autonomía de la mujer y el equilibrio de poderes entre los implicados.

Jornada de mujeres con el plan de parto: desde el prenatal hasta la maternidad.

Alvarez, REC; Santos, ACF.

Objetivo

* Comprender la jornada de mujeres que elaboraron el plan de parto durante el prenatal y sus vivencias del parto normal en la maternidad municipal.

Método

*Estudio cualitativo, descriptivo, prospectivo, con mujeres en una Unidad Básica de Salud, en Bahia, Brasil, 2019. Con grupo de gestantes y entrevista en el puerperio.
*Datos sometidos al análisis de contenido de Bardin.
*Aprobado por el Comitê de Ética em Pesquisa (UFSB, Nº CAAE 2.950.660).

Resultados

Mujeres entre 28 – 42 años, 2 auto-declaradas de raza negra e 2 de raza blanca, 2 primíparas y 2 en su tercera gestación. Surgieron las categorías:

1. Al margen de la humanización.
2. Testigos de la VO.
3. Yo dije No!

1. Al Margen de la Humanización

- Las mujeres relataron acompañamiento parcial de un familiar durante el parto:

"Mi esposo se quedó conmigo hasta que pasé a sala de parto donde no le dejaron entrar" (M3).

- En el Plan de Parto, registraron sus deseos de *consumir "agua o alimentos"*, pero en el parto relataron "sentir sed o hambre toda la noche".
- Algunas recibieron oxitocina o episiotomía, sin poder hacer nada:

"yo tenía dolores y la médica dijo que iba colocar suero... y fue peor, porque parecía que el hueso estaba saliéndose, fue horrible" (M4).

"La médica dijo que sería un cortesito, pero ya había cortado, me quedé de manos atadas" (M1).

- También relataron algunas limitaciones para aliviar el dolor del parto:

"no había nada para el dolor… nos dijeron que era normal parir con dolor" (M1).

2. Testigos de la violencia obstétrica

- Relataron prácticas violentas y comentarios irrespetuosos:

"escuchaba bromas y burlas… un profesional le dijo a una mujer que había parido 8 veces y debería saber lo que es el dolor del parto" (M4).

- Describieron sensación de miedo, resignación y aceptación, sin poder reaccionar:

"… sé la fama del hospital por eso me quedé quieta y no llamaba al equipo" (M1).

- Una mujer relató abuso emocional e ironía por su condición:

"El médico me vio y le dijo a la enfermera que yo no iba parir normal… fue una cuestión visual, me miró y sabía que yo no lo conseguiría" (M4).

3. Yo dije No!

- Intentaron protegerse de la VO con cierta autonomía durante el parto:

"El médico intentaba hacerme kristeller, decía que quería ayudarme, pero yo siempre dije no y no!" (M4).

"... De repente me acordé del plan de parto y le dije no al médico, entonces me dijo que hiciera fuerza y yo hice" (M1).

- Una mujer tuvo 3 partos en ese hospital y comparó las experiencias:

"... Percibí que este parto fue diferente… yo hice ejercicios en casa, eso me ayudó, me aliviaba… bailaba, usaba la bola, tomaba baño de tina y vine al hospital cuando ya estaba con 6 cm...Con seguridad eso hizo la diferencia!" (M2).

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Conclusiones

- ✓Se evidenciaron limitaciones para ejercer el derecho al familiar acompañante durante el parto, garantizado por Ley en Brasil, pero sujeto al criterio del profesional para su aceptación(1, 2, 3, 4).
- ✓Fue corroborada la restricción de líquidos y alimentos durante el parto, una práctica es común en maternidades brasileiras pero sin evidencias, donde menos del 30% de mujeres tienen acceso (5,6).
- ✓Estuvo presente la reafirmación del poder médico, en la inducción de oxitocina (7), o en los procedimientos invasivos de kristeller y episiotomía, como ocurre en más de la mitad de partos normales en Brasil (8, 5), perjudicando el protagonismo y autonomía de la mujer. Tampoco tuvieron acceso a métodos no farmacológicos para alivio del dolor, naturalizando el dolor del parto y omitiendo la responsabilidad del cuidado profesional.
- ✓Las mujeres tuvieron una jornada con momentos de fragilidad, miedo y abandono en sus demandas lo que favoreció la violencia obstétrica. Sin embargo, algunas mujeres recordaron la construcción e información del plan de parto durante el prenatal (1,9) y rechazaron algunas intervenciones perjudiciales durante el parto normal creando momentos de protagonismo (10).

Consideraciones para la práctica

- ✓Los actuales desafíos en la atención materna exigen un cambio del modelo desde las instituciones de salud. La estrategia del plan de parto puede contribuir con la humanización del parto, por lo que su uso debe ser ampliado con capacitación adecuada, implantación de protocolos internos y fortalecimiento de espacios deliberativos entre gestores, profesionales y usuarias, en todos los niveles de atención materna, desde el prenatal hasta la maternidad.

1. Enfermera pediátrica, profesora adjunta, docente permanente del Programa de Post-Grado Maestría Profesional en Salud de la Familia de la Universidad Federal del Sur da Bahia, Brasil. E-mail: rocio.chavez@csc.ufsb.edu.br
2. Médica de familia y comunidad en el municipio de Camaçari, Bahia, Brasil. Magister en salud de la familia por la Universidad Federal del Sur de Bahia, Brasil.

Referencias

1. Andrezzo, H.F.A. (2016). *Um desafio do direito a autonomia: uma experiência com plano de parto no SUS* [dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo.
2. D'Orsi, E.; Brüggemann, O. M.; Diniz, C. S. G.; Aguiar, J. M. de; Gusman, C. R.; Torres, J. A.; et al (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(suppl 1):S154–68.
3. Castro, Thamis Ávila Dalsenter Viveiros de (2020). *Direito ao acompanhante, violência obstétrica e poder familiar.* Pensar, Fortaleza, 25(14), 1-12, jan./mar.
4. Maia, M. (2010). Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. FIOCRUZ, organizador. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet], 27:1042–3.
5. Leal, M. C.; Pereira, A. P. E.; Domingues, R. M. S. M. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública.** [Internet], 30(suppl 1): s17-32.
6. Singata M, Tranmer J GG. (2013). Comer e beber durante o trabalho de parto [Internet]. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1–6.
7. Nucci, Marina, Nakano, Andreza Rodrigues, & Teixeira, Luiz Antônio. (2018). Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 25(4), 979-998.
8. Diniz, C. S. G., Chacham, A. (2006). O "corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva.* August, 1:80-91.
9. Hidalgo-Lopezosa, P., Hidalgo-Maestre, M., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2017). Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2953.
10. Brasil. (2017) *Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal* [Internet]. Brasília, DF; 2017. p. 53.