

Intervenção 9

Isabel Margarida Mendes



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/1210>

DOI: 10.4000/eces.1210

ISSN: 1647-0737

Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Refêrencia eletrónica

Isabel Margarida Mendes, « Intervenção 9 », *e-cadernos CES* [Online], 11 | 2011, posto online no dia 01 março 2011, consultado o 15 setembro 2020. URL : <http://journals.openedition.org/eces/1210>



ISABEL MARGARIDA MENDES¹¹

O tema aqui em debate toca-me enquanto cidadã, mulher, mãe, enfermeira obstetra e como professora responsável pela formação, no âmbito da área de enfermagem, de saúde materna e obstétrica. A questão do parto diz respeito à mulher, ao nascituro, à família, à sociedade e a todos nós. Portanto, devem existir todas as condições para que, conforme é mencionado no Plano Nacional de Saúde de 2004-2010, “se reveja um nascer com saúde”. Neste âmbito, sublinho desse plano o delineamento de objectivos, estratégias e intervenções determinantes para a melhoria dos cuidados, desde o período pré-concepcional até ao período pós-natal. Aliás, um dos objectivos desse plano a nível nacional seria melhorar os indicadores no período perinatal.

No que diz respeito à temática aqui em discussão, gostaria de sublinhar que a realidade portuguesa, em quatro décadas, teve uma melhoria significativa da assistência materno-infantil, com a criação das redes de referência dos cuidados materno-infantis, com a diminuição acentuadíssima, felizmente, da mortalidade infantil e também materna. Efectivamente, houve uma melhoria de condições e na garantia que essas mesmas condições existissem face às necessidades numa fase delicada e frágil do ciclo vital da família.

É importante referir o papel determinante das comissões criadas a nível nacional, de Saúde Materno-Infantil, denominada, em 2006, Comissão de Saúde Materna-Neonatal e, a partir destas comissões, a criação de redes de referência e o seu papel de articulação entre as instituições e Hospitais de Apoio Perinatal e também a ligação às Unidades Coordenadoras Funcionais, a ligação aos Cuidados de Saúde Primários e a ligação às Instituições de Saúde de Cuidados de Saúde Diferenciados.

¹¹ Professora-coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Doutorada em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto. No âmbito da investigação científica, a sua área de interesse inscreve-se no domínio da maternidade/paternidade, no sentido de compreender os processos de ajustamento por que passam ambos os pais para uma prática do cuidar, integradora e eficaz, no contexto do ciclo vital da família, desde o período concepcional até ao pós-parto.

O meu papel aqui não está isento, obviamente, das funções que exerço. Na actualidade, tenho como responsabilidade a formação quer ao nível da licenciatura, quer ao nível da formação de especialização de enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Ao nível da União Europeia esta formação está consignada à profissão de parteira e já agora, não poderia deixar de sublinhar que a profissão de parteira, no decurso histórico português, teve outra conotação. Nós não podemos esquecer um passado recente de “curiosas”, do que era entendido como “parteira” mas, em termos internacionais, o termo correcto é *midwife*, que em português é traduzido para o termo parteira. No entanto, também há a designação de enfermeiro obstetra.

Na formação, obviamente, nós devemos consignar aquilo que são as funções inerentes ao enfermeiro/a obstetra/parteira, desde as orientações/intervenções sobre a vigilância da mulher no pré-concepcional, gravidez, trabalho de parto e parto até ao pós-natal de baixo, médio e alto risco, atendendo ao trabalho de equipa interdisciplinar.

“Onde, como e a quem compete fazer nascer?” A Isabel Sampaio deixou aqui informação válida em termos do que são os dados relativos ao referenciado parto domiciliário. Mas reparem, este parto no domicílio não ocorre num contexto que existia há uns 40 anos atrás. Estes partos domiciliários são partos em que o casal tem condições económicas e estão devidamente informados sobre os possíveis riscos envolvidos e, como tal, tomam a sua decisão.

Tendo em conta tudo o que foi dito, por um lado, tendo presente, o risco, porque 30% daquilo que é considerado de situação de baixo risco no decorrer da evolução do trabalho de parto pode transformar-se num parto de risco e aqui vem sempre à minha mente não só o risco de vida da mãe, mas também do nascituro, ou dos dois! Por outro lado, pensando na possibilidade de uma “reinvenção” sempre com o intuito do equilíbrio existente entre o que é o saber da autoridade da ciência e aquilo que é a vontade do senso comum das famílias. Mesmo assim, a minha posição em relação a: “onde, como e a quem compete fazer nascer?” é de que compete a quem tem formação para tal. E o nosso país tem profissionais competentes, quer médicos obstetras, quer enfermeiros com especialização em saúde materna e obstetrícia.

No contexto nacional considero que o parto deve ocorrer num ambiente hospitalar com suporte de tecnologia adequado a toda e qualquer situação classificada de baixo, médio e alto risco e o pós-parto com uma alta precoce planeada. E ainda, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, que haja de forma sistemática, a implementação da visita domiciliária à família no pós-parto, que em termos legislativos consta já na Lei 4/84, de 5 de Abril, e da Lei 142/99, de 31 de Agosto e do Programa-tipo de Actuação proposto pela Direcção-Geral de Saúde que data de 1993, de forma a que ocorra uma

prática de enfermagem mais interventiva numa abordagem sistémica de suporte técnico e relacional junto da mulher e respectiva família neste período sensível do seu ciclo vital.