

PERCEPÇÃO DO HOMEM SOBRE A ATENÇÃO RECEBIDA DOS PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM A COMPANHEIRA COM SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho*
Rosineide Santana de Brito**
Danyelle Leonette Araújo dos Santos***

RESUMO

O estudo consiste em uma pesquisa exploratório-descritiva e de abordagem qualificativa desenvolvida em duas maternidades públicas de Natal – RN, Brasil, com o objetivo de identificar a percepção do homem sobre a atenção recebida dos profissionais de saúde que assistem a companheira com SHGs. Participaram da investigação quinze homens cujas companheiras estavam acometidas por síndromes hipertensivas. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, após o atendimento aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, de N.º 81/07, favorável ao estudo. Os depoimentos foram tratados conforme a análise de conteúdo segundo Bardin e analisados com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Os resultados apontaram falta de acolhimento ao homem diante da gravidez da parceira com síndromes hipertensivas e ausência de informações sobre a companheira com SHGs. Além disso, evidenciaram a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde que atuam no contexto da saúde reprodutiva. Neste contexto, pode-se afirmar que nas instituições nas quais o estudo foi desenvolvido, a política de humanização da assistência obstétrica, envolvendo o parceiro, ainda está por ser efetivada.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Hipertensão Induzida pela Gravidez. Humanização da Assistência. Cônjuges.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são momentos que no cotidiano do casal têm diferentes conotações, fazendo emergir sentimentos e percepções que se atrelam às mudanças próprias do estado gravídico. Estas alterações, embora comumente ocorram no período gestacional, dependendo do grau de desequilíbrio, predis põem a mulher a uma gestação de risco.

Estima-se que aproximadamente 15% das gestações consideradas de baixo risco evoluem para a condição de alto risco⁽¹⁾. Entre as razões que levam a classificar uma gestação de risco destacam-se as síndromes hipertensivas durante a gravidez (SHGs). Essas doenças apresentam elevada incidência e constituem os principais motivos de óbito materno e fetal por causas evitáveis⁽²⁻³⁾

No Brasil os dados demonstram que, entre as

SHGs, a pré-eclâmpsia configura-se como a principal causa de óbito materno e fetal, com maiores ocorrências registradas nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e a menor na região Sudeste⁽⁴⁾. No que se refere aos efeitos dessa enfermidade sobre o recém-nascido, a morte perinatal oscila entre 5,5 e 50%, constituindo relevante problema de saúde pública⁽³⁻⁵⁾.

Na tentativa de minimizar os agravos que ocorrem na gravidez, o Ministério da Saúde (MS) preconiza o acolhimento à mulher e ao companheiro como uma ação prioritária para a humanização da assistência obstétrica⁽¹⁾. Estudos neste sentido comprovam que a participação do homem durante a gravidez leva a mulher a vivenciar conforto e segurança no período gravídico e puerperal⁽⁶⁻⁷⁾.

Na perspectiva da humanização, o MS admite que o acolhimento seja uma atitude de aproximação da usuária, seu companheiro e sua família com o profissional de saúde⁽¹⁾. Nessa

* Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora da UFRN. E-mail: jovanka@ufrnet.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do departamento de Enfermagem da UFRN. E-mail:pgenf@pgenf.ufrn.br

*** Acadêmica do 7º período do curso de graduação em enfermagem da UFRN. Bolsista REUNI de Iniciação Científica. E-mail: danyleonette@gmail.com

discussão, convém lembrar que o homem é parte do processo gestacional, visto que a gravidez não ocorre unicamente no organismo materno, mas é um evento fisiológico com repercussão familiar. No âmbito da família destacam-se as questões culturais que conduzem o homem a vivenciar a gravidez da companheira com dificuldades, insegurança, medo e preocupações relativas ao bem-estar da parceira e do filho⁽⁶⁾.

Considerando-se as experiências vivenciadas pelo homem durante a gravidez de risco e a assistência prestada à mulher nessas condições, entende-se que ele necessita de maior atenção, visto já ter sido constatado que a sua participação traz benefícios à mulher e ao conceito. Diante desse entendimento surgiu a seguinte indagação: qual a atenção que é dispensada ao companheiro cuja mulher esteja vivenciando a gravidez de risco por SHGs?

Em vista desse questionamento o estudo objetivou identificar a percepção do homem sobre a atenção recebida dos profissionais de saúde que assistem a companheira com SHGs.

A relevância desta pesquisa se revela a partir do momento em que os resultados poderão contribuir para a atenção dispensada ao homem no âmbito da gestação de risco. O reconhecimento da percepção masculina acerca dos cuidados que lhe são prestados poderá despertar o interesse dos profissionais envolvidos com a assistência obstétrica em implementar estratégias de cuidados que envolvam não só a mulher, mas também o parceiro, no contexto da gravidez com SHGs.

METODOLOGIA

O estudo consiste em uma pesquisa exploratório-descritiva e de abordagem qualitativa desenvolvida em duas maternidades públicas, ambas localizadas em Natal/RN, Brasil. Uma delas, a Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), situada no distrito leste, no centro da cidade de Natal, pertence ao complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Essa instituição presta atendimento à população feminina durante a fase reprodutiva, nos níveis ambulatorial e hospitalar. O outro campo de pesquisa foi o Hospital Dr. José Pedro Bezerra, situado no Distrito Sanitário Norte, na periferia da cidade de Natal. Essa

unidade é coligada à rede hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. A escolha dessas instituições se deu pelo fato de elas serem de referência para a gestação e parto de alto risco e prestarem assistência às usuárias do Sistema Único de Saúde provenientes de todas as regiões do Estado do Rio Grande do Norte.

Participaram da investigação quinze homens cujas companheiras vivenciaram gestação de alto risco por hipertensão gestacional e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar internada no alojamento conjunto ou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), terem mais de 48 horas de pós-parto e terem sido acometidas por SHGs. Assim, aqueles cujas companheiras não atendiam a esses pré-requisitos não foram incluídos no estudo. Optou-se por esse espaço de tempo por considerar que após essas horas críticas e instáveis o companheiro teria melhor entendimento da situação vivenciada durante todo o período gestatório e assim poderia falar da sua experiência com mais tranquilidade e clareza.

As entrevistas foram realizadas no período de maio de 2008 a janeiro de 2009, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído de duas partes. A primeira continha questões voltadas para a caracterização dos participantes e a segunda constava de uma pergunta norteadora "Como o senhor foi atendido pelos profissionais de saúde que cuidaram da sua mulher com SHGs?".

Precederam a entrevista explicações quanto aos objetivos e finalidades da investigação, seguidas do questionamento sobre a possibilidade da sua participação na pesquisa. É válido ressaltar que, após esses esclarecimentos prévios, todos os homens contatados concordaram em participar do estudo. Em seguida, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo às exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde no que se refere a pesquisas com seres humanos⁽⁸⁾.

Para garantir o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los com pseudônimos. Durante todo o processo de coleta de dados foi mantido um diálogo informal entre o pesquisador e os pesquisados, a fim de viabilizar maior espontaneidade em suas expressões verbais ou não verbais, sendo estas últimas

registradas no diário de campo.

As entrevistas foram submetidas a procedimentos de análise de conteúdo, segundo Bardin, e neste sentido, primeiramente elas foram transcritas, lidas e relidas, no intuito de organizar o material a ser trabalhado, ou seja, a constituição de um *corpus*. Este diz respeito a “um conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”^(9:122).

Nesse caminhar, foram identificadas as unidades de registro tendo-se como base a semântica das palavras. Em continuidade ao processo, efetuou-se a codificação, e os elementos foram categorizados de acordo com os princípios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Cumpre ressaltar que as categorias reúnem grupos de unidades de registro que apresentam características comuns entre si. Dessa forma, os dados brutos obtidos dos depoimentos foram condensados e, por reagrupamento, originaram duas categorias, quais sejam: 1)- falta de acolhimento ao homem diante da gravidez da parceira com SHGs; e 2)- ausência de informações sobre a companheira com SHGs.

A análise dos dados baseou-se nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). O estudo, enquanto projeto, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil (CEP-UFRN), que o aprovou mediante o Parecer N.º 81/07. Também foi obtida anuência formal dos gestores das unidades hospitalares envolvidas na investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterizando os participantes

Os homens pesquisados encontravam-se em idades entre 18 e 50 anos, predominando a faixa etária de 18 a 33 anos. Os dados referentes à situação conjugal demonstraram que todos os participantes conviviam com a mulher sob o mesmo teto em união consensual. Quanto à renda familiar, sobressaiu a faixa de menos de um salário mínimo. No tocante ao grau de

escolaridade, a maioria possuía o ensino fundamental incompleto.

Em suma, esses dados mostraram que a maior parte dos entrevistados estava na fase adulta, o que leva a crer que, nesse período, a maturidade predispõe à participação e desempenho do homem no processo reprodutivo. Ademais, traduziram o perfil social dos homens estudados e as condições vivenciadas por eles na vigência de uma gravidez de risco.

Apresentando as categorias temáticas

As categorias temáticas em apreço dizem respeito à falta de acolhimento ao homem diante da gravidez da parceira com SHGs e à ausência de informações sobre a companheira com SHGs.

Falta de acolhimento ao homem diante da gravidez da parceira com SHGs

Ao analisar os discursos, evidenciou-se que os entrevistados, durante a assistência pré-natal de sua companheira, depararam-se com atitudes de exclusão por parte de alguns profissionais de saúde:

Eu tentei ir para as consultas do pré-natal dela, mas o médico só chamava ela. Teve um dia que eu disse: “Doutor, posso entrar com ela?” Ele respondeu: “Não. Só tem uma cadeira e ela não vai ficar à vontade para conversar, com você aqui” (Roberto).

Apesar da importância atribuída ao homem no contexto reprodutivo, sobretudo pelo suporte emocional que ele oferece à sua companheira, essa fala exemplifica a problemática vivenciada pelos cônjuges quando desejam participar da consulta de pré-natal. O fato de o pré-natalista ter-lhe negado a participação, alegando falta de condições do local de atendimento (falta de cadeira), até se entende, diante da precarização dos serviços nos quais a assistência pré-natal é prestada, porém isso não é justificativa plausível para negar o acesso do parceiro ao consultório de pré-natal.

Além disso, a atitude do profissional em responder pela gestante quanto ao seu desejo de ter o companheiro presente durante as consultas pré-natais não é cabível, pois um estudo comprova o desejo das mulheres de compartilhar esse momento com o parceiro⁽⁷⁾.

Essa forma de agir foi interpretada pelos participantes como falta de compreensão e

reconhecimento deles como indivíduos que também requerem atenção. Embora tenham percebido a competência dos profissionais que atuam junto à mulher quando hospitalizada e a qualidade da assistência prestada, deixaram transparecer a necessidade de também serem cuidados, como expressa o relato a seguir:

A gente percebe que eles são muito capazes. Sabem mexer em tudo. Cuidam bem dela; mas, com a gente, eles nem olham. Parece que não tem ninguém ali. Eu perguntava as coisas e eles nem respondiam direito, nem olhavam pra mim. Eles sabem muito, mas lidar com gente eles não sabem é de nada. Falta apoio pra gente, conversa, compreensão mesmo. Porque nós somos humanos, temos sentimentos (Mateus).

Essa fala evidencia a falta de acolhimento ao companheiro e a sua invisibilidade no contexto da assistência obstétrica. As informações obtidas dos depoentes levam a acreditar que a postura adotada por alguns profissionais, não só na gravidez, mas também no parto, reforçam a necessidade de se efetivar a humanização da assistência. Isto é imperativo quando um pré-natalista demonstra não perceber ou desconhecer a contribuição dos companheiros no processo gravídico. Atitudes adversas a esse evento impulsionam o homem a afastar-se do contexto reprodutivo e ainda desrespeitam os princípios que regem a humanização da assistência do pré-natal ao nascimento preconizados pelo MS.

De acordo com o MS, o acolhimento constitui uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH-SUS), sendo definido como “uma ação de aproximação, um estar com, e um estar perto de, ou seja, uma atitude de inclusão”, a qual é perspassada pela ética, estética e política^(10:7). A ética refere-se ao compromisso com os usuários em acolhê-los sem distinção de suas diferenças. A estética volta-se à promoção de estratégias que contribuam para a melhoria das condições de vida da população, enquanto a política implica no compromisso coletivo de envolver-se no estar-com⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que durante a gestação surgem novas necessidades e outras são exacerbadas, exigindo do profissional conhecimentos técnicos e científicos diante das particularidades que envolvem o casal grávido. Não obstante esse fato, as consultas de pré-natal ocorrem de maneira

rápida, dificultando o estabelecimento de vínculos entre a grávida e o pré-natalista e impedindo, assim, uma avaliação dos fatores de risco. Desse modo, as gestantes não se sentem confortáveis para expressar seus medos e anseios, devido à falta de tempo demonstrada por quem realiza o atendimento pré-natal⁽¹¹⁻¹²⁾.

Outro aspecto revelado pelos homens que contraria o preconizado pela PNH-SUS foi a peregrinação em busca de assistência hospitalar. Os entrevistados denunciaram a dificuldade em conseguir assistência para a sua companheira, quando afirmaram ter passado por várias instituições de saúde à procura de atendimento. Este fato evidencia a realidade que envolve o acesso da população aos serviços de saúde, como se percebe nas falas:

[...] Antes de minha mulher ser internada aqui, já com a pressão muito alta, quase tendo ataque, com dor de cabeça, desmaiando, a gente passou por três hospitais e nenhum queria ficar com ela. Foi quando eu disse que ia chamar a televisão, então resolveram interná-la [...] Foi quando ela teve o primeiro ataque, ainda na ambulância (Paulo).

A gente escuta dizer que os postos estão organizados e as maternidades também, mas não é bem assim. A gente fica correndo de um lado pro outro pra poder ser atendido (Antônio).

Esses depoimentos levam a considerar que, embora venham sendo implementadas diferentes estratégias para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, nos dias atuais ainda se observam situações contrárias a uma assistência de qualidade.

Resultado semelhante foi obtido por um estudo desenvolvido com gestantes o qual evidenciou que a assistência ao parto, para a maioria das parturientes, foi marcada por uma intensa ambulação por hospitais à procura de atendimento. A mesma investigação atestou, ainda, que a má qualidade da assistência recebida culminou no óbito perinatal⁽¹³⁾.

Esse fato tende a agravar o estado de saúde da gestante, pois a gravidez de risco requer uma atenção diferenciada do início ao fim do pré-natal. Em vista disso, acredita-se que os serviços devem contar com a participação de uma equipe multiprofissional tecnicamente capacitada e habilitada para prestar cuidados às gestantes e à

família, assegurando diagnóstico precoce de complicações oriundas das SHGs.

De acordo com o MS, o acolhimento ocorre por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias. Deve constar de ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, partindo do atendimento ambulatorial até o hospitalar⁽¹⁾.

A referência aos serviços de maior complexidade é um direito dos usuários do SUS e não cabe aos cidadãos essa responsabilidade, principalmente quando se refere à gravidez de risco, com propensão a desencadear complicações maternas e fetais, fato que foi vivenciado pelos participantes do presente estudo. Junta-se a isso a falta de informações sobre a SHGs e sobre as condições de saúde da companheira hospitalizada em unidade de alto risco.

Ausência de informações sobre a companheira com SHGs.

Os depoimentos de alguns dos entrevistados que vivenciaram a gravidez de risco da companheira realçaram a falta de informações, quando afirmaram ter necessidade de receber notícias acerca do estado de saúde da parceira, como mostram as falas a seguir:

Eu entrava e saía e ninguém me dizia nada. Passei quatro dias tentando falar com o médico, mas não consegui. [...] Só consegui informação quando ameacei chamar a imprensa (João).

O que eles [profissionais] dizem pra gente é só o horário que a gente pode ficar aqui. Informação mesmo a gente não recebe [...] fico perguntando sobre ela e o bebê. Às vezes eu percebo que eles não gostam quando perguntamos (André).

Observa-se que as informações, quando passadas ao companheiro, na maioria das vezes se restringem às rotinas do serviço, obrigando-o a vivenciar momentos de espera angustiantes, pela necessidade de esclarecimentos sobre a real situação em que se encontravam a mulher e o filho. Tal realidade decorre da conduta do profissional que não se mostra acessível para responder às indagações advindas do parceiro.

Essa realidade corrobora a de outros estudos desenvolvidos com homens presentes na sala de parto e com pais que tinham seus filhos

prematureos e internados em UTI neonatal. Nessas circunstâncias, os parceiros e genitores revelaram serem escassas as informações a eles repassadas quando seus filhos também eram considerados de risco⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Dessa forma, no contexto do risco materno por SHGs e neonatal por prematuridade e outras patologias, o homem-companheiro e pai está exposto a sentimentos que comprometem seu bem-estar.

Nesse sentido, a ansiedade, o medo, a incerteza e a insegurança do companheiro/pai são avultadas e contribuem para o desequilíbrio pessoal e familiar. Como a família é um grupo de pessoas que interagem cotidianamente e se unem por laços afetivos, qualquer evento que possa prejudicar um dos seus membros repercute na instituição como um todo.

Desse modo, adentrando no universo dos depoimentos, a gravidez de risco predispõe o homem a conviver com situações ameaçadoras à integridade da família. Embora muitos deles ignorem os aspectos que classificam as SHGs como sinônimo de risco, reconhecem a possibilidade de elas encerrarem um ciclo de vida e de impedirem a evolução de outro. Sendo assim, na vigência de alguma doença, a intervenção profissional apresenta-se como base no processo de atenção à saúde dentro dos preceitos da humanização, haja visto que o companheiro vivencia a possibilidade de desenlaces afetivos e familiares.

Na conjuntura da atenção à saúde, a evolução tecnológica, apesar de ser indispensável para o restabelecimento das condições de vida das pessoas em estado de saúde adverso, não é capaz de atender a todas as necessidades humanas. Por isso o profissional de saúde precisa adquirir condutas capazes de promover uma relação de confiança com o paciente pautada na comunicação, a qual é tida como fator determinante para uma assistência de qualidade⁽¹⁷⁾.

Sobre esse assunto, estudos vêm apontando a comunicação e o vínculo entre profissionais e gestantes como os principais motivos de satisfação quando se trata dos cuidados recebidos durante o acompanhamento pré-natal. Soma-se a isto a valorização das grávidas pelo conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade e conduta adequada dos profissionais, sobretudo quando estes

reconhecem as suas particularidades. Ao considerar as características da população por ele assistida, o profissional consegue orientar e esclarecer dúvidas de maneira clara, utilizando uma terminologia compreensível^(11,18).

Nessa linha de pensamento, o estudo em apreço revelou que a atitude dos profissionais em não fornecer informações aos entrevistados quanto à sua companheira contribuiu para a vivência de dúvidas, medos e inseguranças, como revelam as falas abaixo:

Eu tenho muitas dúvidas, medo, porque não recebo informações sobre ela, então não sei como agir. Se eu tivesse informações estaria mais seguro (Ângelo).

Se as informações e esclarecimentos sobre as nossas dúvidas fossem tiradas, tudo ficaria melhor, porque a gente se sentia mais seguro. Até ajudava mais (Davi).

Esses depoimentos, se por um lado evidenciam o cotidiano do companheiro de uma gestante de risco por SHGs, por outro reforçam a atitude daqueles que assistem a mulher em tal condição, principalmente quando hospitalizada. Pode-se observar o reconhecimento dos depoentes quando evidenciam a importância da informação para eles. Concebem que, se tivessem suas dúvidas esclarecidas, passariam a sentir-se mais seguros e, conseqüentemente, teriam condições de atuar de forma mais efetiva junto à companheira com SHGs.

A falta de repasse de informações por parte dos profissionais referida nas falas vai de encontro aos preceitos que regem a política de acolhimento no ciclo gestatório. Para o MS, o acolhimento requer do profissional uma conduta ética e solidária, pautada em um diálogo acessível e uma escuta aberta, os quais possibilitam o esclarecimento de questões e, como resultado, reduzem dúvidas e ansios⁽¹⁾.

Nessa linha de abordagem, destaca-se a responsabilidade do enfermeiro no processo de comunicação no âmbito da gravidez. A comunicação entre o profissional como locutor e o casal como receptor faz com que se estabeleçam trocas de experiências que resultam em novos ensinamentos e aprendizagens. Para tanto, é necessário haver receptividade dos envolvidos nesse processo, de modo que a mensagem emitida seja recebida e processada de acordo com o momento vivido.

Como cada ser humano interage de forma dinâmica no contexto onde está inserido, entende-se que o período gestacional é propício para a aquisição de conhecimentos sobre os cônjuges e sobre o desequilíbrio do seu bem-estar quando eles vivenciam o processo da gravidez. Convém ressaltar que, no âmbito da reprodução, o homem deve ser considerado dentro do sistema social no qual a gestação acontece, pois, como é ele quem está mais próximo da gestante e muitas vezes é o único representante familiar, é também sobre ele que recaem as repercussões desse estado⁽⁶⁾.

Diante do exposto, acredita-se que os homens padecem de falta de apoio e cuidados na situação de gravidez de risco da companheira, e isto os leva a sentir-se desprotegidos e a vivenciar medo, incertezas, inseguranças e desamparo por parte da equipe que assiste a sua parceira.

CONCLUSÃO

Em virtude da importância da presença do homem para a mulher em situação de gravidez, admite-se haver necessidade de o companheiro também ser assistido, sobretudo em uma situação de risco. Esse entendimento se respalda na concepção de que o estar-junto deve ser vivenciado com cumplicidade entre cônjuges.

Apesar de a inserção do homem no contexto da reprodução constituir uma das preocupações de pessoas envolvidas com a atenção à saúde da mulher, observa-se certa fragilidade quando se trata da assistência ao cônjuge nas diferentes etapas do ciclo gravídico puerperal da companheira.

Os dados obtidos neste estudo permitem afirmar que durante a gravidez da parceira com SHGs a atenção que foi dispensada aos entrevistados não contribuiu para a humanização da assistência obstétrica. Além de terem convivido com preocupação e medo diante do risco ao qual a mulher estava exposta, os homens se viram também sem acolhimento por parte dos profissionais de saúde e sem informações quanto ao estado da companheira com SHGs.

Além disso, os resultados apontaram a necessidade de maior capacitação técnica dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da saúde reprodutiva. Ressalta-se que a assistência pré, trans e pós-natal requer dos trabalhadores de

saúde atitudes acolhedoras, sensibilidade e capacidade de perceber as nuances da mulher e da família no contexto do nascimento. Ademais, para se ter uma assistência qualificada e

humanizada, é preciso também resolver as dificuldades que perpassam o cotidiano dos serviços de saúde e de construir novos espaços de atendimento.

A MALE PERCEPTION ON THE CARE RECEIVED FROM PROFESSIONALS WHO CARE FOR THEIR PARTNERS AFFECTED BY HYPERTENSIVES SYNDROMES

ABSTRACT

This study had the purpose of identify the male's perception regarding the care provided from health professionals to their partners who are affected by gestational hypertension. This is an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, developed in two public hospitals in Natal, Brazil. Participated in the investigation 15 male individuals whose partners were affected by hypertensive disorders. Data were collected through semi-structured interview after attending the ethical principles according to Resolution 196/96 of the National Health Council and opinion of Ethics Committee of Universidade Federal do Rio Grande do Norte, under No. 81/07. Transcripts were treated according to Bardin's content analysis, and analyzed based on the guidelines of National Policy of Humanization and by the Program for Humanization of Prenatal and Birth. Results pointed to a lack of support from the man in face of his partner's pregnancy affected by gestational hypertension, and no information about his partner affected by that pathology. Moreover, it was observed the need for training of health professionals who work in the context of reproductive health. Therefore, it can be argued that Health Institutions within which this study was carried out, humanization of obstetric care political involving the partner is yet to be implemented.

Keywords: Obstetrical Nursing. Hypertension, Pregnancy-Induced. Humanization of Assistance. Spouses.

PERCEPCIÓN DEL HOMBRE SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DE LOS PROFESIONALES QUE ASISTEN A SU COMPAÑERA CON SÍNDROMES HIPERTENSIVOS

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo identificar la percepción del hombre en la atención prestada a su compañera con síndromes hipertensivos del embarazo. Este es un estudio exploratorio y descriptivo, en un enfoque cualitativo, desarrollado en dos maternidades públicas de Natal, Brasil. Participaron en la investigación 15 hombres cuyas parejas fueron afectadas por síndromes hipertensivos. Los datos fueron recolectados a través de entrevista semiestructurada después de asistir a los preceptos de acuerdo con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud y el parecer del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte, bajo N ° 81/07, favorable al estudio. Los relatos fueron tratados de acuerdo con el análisis de contenido según Bardin y analizados con base en las directrices de la Política Nacional de Humanización y del Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento. Los resultados apuntaron la falta de recepción al hombre delante del embarazo de la pareja con síndromes hipertensivos y ausencia de información acerca de la pareja con síndromes hipertensivos. Por otra parte, se observó la necesidad de capacitación de los profesionales de la salud que trabajan en el contexto de la salud reproductiva. Por lo tanto, se puede afirmar que en las instituciones en donde se realizó el estudio, la política de humanización de la atención obstétrica, involucrando al compañero, aún no se ha consumado.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica. Hipertensión Inducida por el Embarazo. Humanización de la Atención. Cónyuges.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
2. Oliveira CA, Lins CP, Sá RAM, Netto HC, Borna RG, Silva NR, et al. Síndromes hipertensivas na gestação e repercussões perinatais. Rev Bras saude Mater Infant. 2006;6(1):93-98.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Diagnosis and

management of pre-eclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol. 2002;33:159-167.

4. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. Lancet. 2005;365:785-99.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. Brasília;2007.
6. Brito RS. A experiência do companheiro no processo da gravidez da mulher/companheira: uma abordagem interacionista. [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;2001.

7. Silva FCB, Brito RS. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. *Rev Rene*. 2010;11(3):95-102.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF);1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF); 2006.
11. Azevedo DV, Araújo ACF, Costa ICC, Medeiro Junior A. Percepções e sentimentos de gestantes e puérperas sobre a pré-eclâmpsia. *Rev Salud Publica*. 2009;11(3):347-358.
12. Richter MS, Parkes C, Chaw-Kant J. Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patients. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36:313-318.
13. Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):715-723.
14. Carvalho JBL, Brito RS. Atitudes do pai diante do nascimento. *Rev Rene*. 2008;9(4):76-84.
15. Carvalho JBL, Araújo ACPF, Costa ICC, Souza NL. Representação social de pais sobre o filho prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):734-738.
16. Carvalho JBL, Brito RS, Araújo ACPF, Souza NL. Feeling undergone by the father at birth of his child. *Rev Rene*. 2009;10(3):89-96.
17. Gotargo GIB, Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(2):245-251.
18. Santos OMB, Siebert ERC. The Humanization of Birth Experience at the University of Santa Catarina Maternity Hospital. *Journal Gynecol*. 2001;75(Suppl.1):S73-9.

Endereço para correspondência: Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho. Rua Das Margaridas, 1286, Tirol, CEP: 59020-580, Natal, Rio Grande do Norte.

Data de recebimento: 21/10/2010

Data de aprovação: 26/06/2011