



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARCELA LUZ SACRAMENTO

**CONCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E
PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS (OS)**

Salvador,

2014

MARCELA LUZ SACRAMENTO

**CONCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E
PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS (OS)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariza Silva Almeida

Salvador,

2014

MARCELA LUZ SACRAMENTO

**CONCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E
PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS (OS)**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem, pelo curso de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia.**

Dezembro, 2014

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Mariza Silva Almeida- Universidade Federal da Bahia

Prof^ª. Dr^ª. Isa Maria Nunes- Universidade Federal da Bahia

Prof^º. Msc. Leonildo Severino da Silva- Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me inspirado e dado forças nos momentos mais difíceis, a fé que tinha em Ti me fez mover montanhas. A minha mãe, pai e irmã por todo apoio, incentivo e compreensão. À Prof.^a Dr.^a. Mariza Silva Almeida por dispor-se a me orientar, assim como por toda dedicação dispensada durante o projeto. À Prof.^a. Dr.^a. Isa Maria Nunes e Msc. Leonildo Severino da Silva por aceitarem diante de tantas demandas contribuírem e avaliarem o meu trabalho de conclusão de curso. À Alana Del'Arco, Laís Teixeira e Ana Paula Moreira, amigas queridas, que acompanharam pacientemente cada etapa da construção desse. Agradeço também a Kátia Colavolpe, pelo papel de “interlocutora”, facilitando a realização desse trabalho. Agradeço ainda ao meu cenário de estudo, pela confiança depositada no meu trabalho, me inserindo como a primeira pesquisadora neste campo. A todos, que por alguma razão não foram aqui citados e que contribuíram diretamente ou indiretamente para a construção desse trabalho, muito obrigada.

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

Michel Odent

SACRAMENTO, Marcela Luz. Concepção de mulheres sobre o trabalho de parto e parto assistido por enfermeiras (os). Relatório final. 2014. 50 p. Monografia (Conclusão de Curso de Graduação) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

O processo de nascimento é um evento natural, compartilhado entre as mulheres e seus familiares, sendo as parteiras - durante muito tempo - as responsáveis pela atividade de partejar. No século XVI houve a medicalização do parto, passando esse a ser vivido de maneira pública. Progressivamente, percebeu-se a necessidade de promover o mínimo de intervenções durante o trabalho de parto e parto, com prestação de cuidados que trouxessem conforto à mãe e sua criança. Nesse contexto, a (o) enfermeira obstétrica (o) é a (o) profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, atuando diretamente na assistência ao parto. Com isso a pesquisa tem como objeto a concepção de mulheres sobre a assistência da (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal em um Centro de Parto Normal (CPN), e como objetivos descrever a concepção das mulheres sobre a assistência prestada pela (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal em um CPN em Lauro de Freitas – Bahia; Descrever as características sócio-demográficas e obstétricas das mulheres assistidas pela (o) enfermeira (o) e identificar os limites e possibilidades dessa assistência na concepção das mulheres. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvida no período de agosto a novembro de 2014, em um CPN na cidade de Lauro de Freitas, participando do estudo 11 mulheres. Obedecendo aos aspectos éticos, o material empírico foi produzido através de formulário estruturado para coleta de dados secundários e entrevista com roteiro semiestruturado, que foi gravado através do programa NEXTCALL. Mediante a análise de conteúdo norteada por Bardin, emergiram 4 categorias temáticas: A opção pelo Centro de Parto Normal, evidenciando os motivos pelo qual desejaram o parto normal, e porque procuraram um CPN; Apoio recebido, descrevendo o tipo de apoio que receberam da família, acompanhante e profissionais do CPN; Vivenciando as boas práticas: relatam todas as práticas preconizadas que foram estimuladas, incluindo a atuação da enfermeira obstétrica, e por fim, Anonimato profissional: categoria no qual aparece o aspecto dúbio da apresentação dos profissionais que prestam cuidados à mulher. Por fim, os resultados do presente estudo vêm corroborar que ao experienciar o parto normal no CPN, as mulheres se sentem protagonistas do seu parto; que a presença do (a) acompanhante foi fundamental para apoiar as mulheres, diminuindo a sensação de medo e abandono. Os cuidados das enfermeiras obstétricas em um CPN, descritos pelas mulheres, estavam de acordo com o preconizado e foram considerados satisfatórios e eficazes, pois trouxeram conforto e apoio, além de transmitirem segurança. Algumas mulheres distinguiam claramente as categorias profissionais que lhes prestaram cuidado, enquanto outras não, sendo necessário salientar a importância da apresentação e acolhimento dos profissionais para com a mulher e seu (sua) acompanhante. Os limites da assistência apontados por elas foi o fato de não haver médico pediatra na equipe, e a possível ausência de um material de sutura adequado. Apenas uma entrevistada relatou ter tido complicações no puerpério, não desqualificando a assistência prestada, assistência essa, caracterizada como de qualidade por todas as entrevistadas. Sendo assim, o estudo propõe que o CPN, que se encontra fechado atualmente seja reaberto, dada a necessidade de um serviço acolhedor e humanizado naquela região.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Parto normal; Enfermagem obstétrica; Concepção.

SACRAMENTO, Marcela Luz. Women thinking about labor and delivery assisted by nurses. Final report. 2014. 50 p. Monograph (Completion of undergraduate) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

The process of birth is a natural event, shared between women and their families, and midwives - for a long time - the midwife responsible for the activity. In the sixteenth century was the medicalization of childbirth, passing this to be lived public way. Gradually, we realized the need to promote minimal interventions during labor and delivery, with care to bring comfort to the mother and her child. In this context, (the) midwife (o) is (the) professional who is always present in the monitoring of labor, acting directly in assisted birth. With this research has as object the design of women on the assistance of (the) nurse (o) during labor and vaginal delivery in the Delivery Center (DC), and aims to describe the design of the women on the assistance provided by (the) nurse (o) during labor and vaginal delivery in a birthing center Lauro de Freitas - Bahia; Describe the socio-demographic characteristics and obstetric women assisted by (the) nurse (o) and identify the limits and possibilities of such assistance in the design of women. This is a study of exploratory and descriptive, with a qualitative approach, developed in the period from August to November 2014, in a DC in the city of Lauro de Freitas, participating in the study 11 women. Obeying the ethical aspects, the empirical data were obtained through structured form for collecting secondary data and semi-structured interview, which was recorded by NEXTCALL program. Through content analysis guided by Bardin, 4 themes emerged: The choice of a delivery center, indicating the reasons for which the desired normal delivery, and because sought a DC; Support received, describing the type of support received from family, companion and DC professionals; Experiencing good practice: report all recommended practices that were stimulated, including the performance of the obstetric nurse, and finally, professional Anonymity: category in which it appears the dubious aspect of the presentation of the professionals who provide care to women. Finally, the results of this study corroborate that the experience vaginal delivery in DC women feel protagonists of their birth; that the presence of (a) escort was crucial to support women, reducing the feeling of fear and abandonment. The care of midwives in a DC, described by women, were in agreement with the recommendations and were considered satisfactory and effective, as brought comfort and support, and forward security. Some women clearly distinguished professional categories who provided care to them, while others do not, it is necessary to stress the importance of presentation and reception of professionals for the woman and her (his) companion. The limits of assistance appointed by them was the fact that no pediatrician on staff, and the possible absence of a suitable suture material. Only one respondent reported having complications in the puerperium, not disqualifying assistance extended such assistance, which concerns quality by all interviewees. Thus, the study proposes that the DC, which is currently closed to be reopened, given the need for a warm and humanized service in the region.

Keywords: Labor and Delivery; Natural childbirth; Midwifery; Design.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1	Resgatando o atendimento ao parto	12
2.2	A Atuação da Enfermeira Obstétrica	14
2.3	Centros de Parto Normal: da criação ao seu funcionamento	15
3	MÉTODO	18
3.1	Tipo de Estudo	18
3.2	Aspectos Éticos da Pesquisa	18
3.3	Participantes do Estudo	19
3.4	Cenário do estudo	19
3.5	Coleta do Material Empírico	19
3.6	Análise do Material Empírico	20
4	RESULTADO E DISCUSSÕES	22
	Caracterização das participantes	22
	A opção pelo Centro de Parto Normal	23
	Apoio recebido	25
	Vivenciando as boas práticas	28
	Anonimato profissional	34
5	CONDISERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	42
	APÊNDICE B - Coleta de dados secundários	44
	APÊNDICE C- Formulário de entrevista	45
	ANEXO A – Parecer 755.223 do CEPEE.MCO	47

1 INTRODUÇÃO

O processo de nascimento é um evento natural, de caráter íntimo e privado, sendo uma experiência compartilhada entre as mulheres e seus familiares. Durante muito tempo as parteiras, curandeiras ou comadres eram responsáveis pela atividade de partejar, e se consideravam familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto. Ademais tinham o papel de confortar as mulheres, e eram as preferidas das parturientes por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os órgãos genitais ao profissional do sexo masculino (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

No final do século XVI, com o surgimento do fórceps, criado pelo cirurgião inglês Peter Chamberlain e aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo ser humano, houve o declínio da profissão de parteira. O trabalho de parto e parto passa então, a ser considerado um evento perigoso sendo imprescindível a presença de um (a) médico (a). A hegemonia do discurso médico, da metade do século XIX em relação à obstetrícia se fortaleceu pela defesa da hospitalização do parto e da criação de Maternidades, o que resultou na perda da individualidade e da autonomia feminina, e na invasão da sua sexualidade (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Nesse aspecto, o Manual do parto, aborto e puerpério do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2001) complementa que, a partir de então, o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais.

Quatro séculos depois, a partir da década de 1980, como tentativa de mudar essa concepção surgiram vários movimentos internacionais que defendiam e apoiavam menos intervenções no parto e o fortalecimento da relação interpessoal entre a parturiente e seus (suas) cuidadores (as), por concluírem que o uso irracional das tecnologias provocava mais danos do que benefícios (DINIZ, 2005).

Na mesma década, foi regulamentado o alojamento conjunto, pela Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do MS, estabelecendo sua obrigatoriedade em sua rede assistencial, culminando com o início de uma série de transformações no campo assistencial da saúde. Nascia nesse momento a convicção sobre a necessidade de amparo legal como premissa inicial para efetivação de práticas humanizadas no parto e puerpério (SANTOS NETO, 2008)

Progressivamente, em 1983, uma das maiores conquistas do movimento feminista foi a formulação, pelo MS, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM),

inédito até então, não voltado apenas ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade, incluindo todas as fases do ciclo vital, contemplando além das práticas educativas, aspectos relativos a doenças sexualmente transmissíveis, contracepção, câncer, distúrbios da adolescência e da menopausa, entre outros (BRASIL, 1983; SANTOS NETO, 2008).

Nesse contexto, Osis (1998, p. 28) ressalta que

entre as reações mais favoráveis ao PAISM esteve a dos grupos organizados de mulheres em geral, que, logo de início, passaram a lutar pela implantação do Programa, considerando-o uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, especialmente desvinculada do controle da reprodução.

No Brasil, ao final dessa mesma década, essas reflexões são retomadas a partir do fim da ditadura militar, quando o país passava pelo movimento de redemocratização política, movimento sanitário e especialmente pelo movimento de mulheres, em torno das pautas dos direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico. Estas reflexões vão sendo incorporadas como um conjunto de diretrizes que servirão como base para diversos programas e políticas de saúde do Brasil a partir da década de 1990, dentre elas, a elaboração das primeiras políticas públicas voltadas para saúde da mulher numa abordagem integral, valorizando não apenas o aspecto reprodutivo (DESLANDES, 2005).

Com o objetivo de preencher algumas lacunas presentes no PAISM, surge em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorpora agora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Nesse sentido, a Política Nacional proposta reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, reconhecendo o respeito ao direito humano das mulheres de forma integral e humanizada (BRASIL, 2004). Segundo Mattos (2001), integralidade significa usar de forma prudente o conhecimento sobre a doença, mas, sobretudo um uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos os quais tratamos.

No Brasil, no início do século XX a enfermeira se insere nas propostas e políticas de assistência ao parto e nascimento, desempenhando um caráter essencialmente de prevenção e

de educação às mães (SIMÕES, 2003). A consolidação da profissão de enfermeiro (a), e do (a) especialista em obstetrícia e demais profissionais da classe, ocorreu com a Lei no 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º assegura que este (a) é o (a) titular do diploma de Enfermeiro (a) conferido por instituição de ensino, nos termos da lei (inciso I); obstetriz ou enfermeira obstétrica aquele (a) que possua o diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei (inciso II). Conforme o artigo 11º, das competências do profissional enfermeiro (a), compete esse (a) profissional assistir à parturiente e ao parto normal; identificar distocias obstétricas e tomar providências até a chegada do (a) médico (a); realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, quando necessário (BRASIL, 1986).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) há quase trinta anos, preconiza que o objetivo da assistência no ciclo gravídico-puerperal é promover o mínimo de intervenções com segurança, com prestação de cuidados que tragam conforto à mãe e sua criança. Afirma ainda, que a enfermeira obstétrica desempenha o papel mais adequado e com melhor custo-efetividade para prestar assistência à gestação e ao parto normal, avaliando riscos e reconhecendo complicações. A presença constante dessa profissional e da equipe como um todo oferece segurança, além de ser fundamental na detecção precoce de intercorrências que possam surgir (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A enfermeira obstétrica é reconhecida como profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto, e é dever desse (a) profissional de saúde comprometer-se com a qualidade do nascimento, com o empoderamento das mulheres para que essas possam com dignidade, segurança e autonomia vivenciar de forma plena a gestação, parto e pós-parto. Velho, Oliveira e Santos (2010), reconhecem que apesar de sua importância, o trabalho desses (as) profissionais ainda é pouco valorizado, tanto por outros (as) profissionais de saúde como pelas próprias mulheres e suas respectivas famílias.

Ao possibilitar que as mulheres tenham autonomia sobre seu corpo é de suma importância que elas possam se expressar e verbalizar suas escolhas, satisfações e contentamentos, enfim suas concepções. Japiassú e Marcondes (2001) definem concepção como a operação pela qual o sujeito forma, a partir de uma experiência física, moral, psicológica ou social, a representação de um objetivo de um pensamento ou de um conceito.

Diante do exposto, acreditamos ser fundamental aprofundar os conhecimentos sobre a atuação da (o) enfermeira (o) obstétrica (o), considerando ser essa (e) uma (um) profissional que está sempre presente no acompanhamento do trabalho de parto. Como a (o) enfermeira

(o) obstétrica (o) também atua diretamente na assistência ao parto, se faz necessário ter conhecimento das concepções de mulheres, assistidas por essa (e) profissional durante o trabalho de parto e parto.

Face a essas considerações e, diante do desenvolvimento de atividades durante a prática do componente curricular “A Enfermagem na Atenção a Saúde da Mulher”, associada a experiência durante a atividade de extensão em uma Maternidade pública, tive meu interesse reforçado por essa temática que envolve a assistência da (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal.

O presente estudo tem como objeto a concepção de mulheres sobre a assistência da (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal em um Centro de Parto Normal. Frente a isso, o presente estudo busca responder ao seguinte questionamento: “qual a concepção de mulheres sobre a assistência da (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal em um Centro de Parto Normal?”.

Tendo como objetivo descrever a concepção das mulheres sobre a assistência prestada pela (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal em um Centro de Parto Normal em Lauro de Freitas – Bahia; Descrever as características sócio-demográficas e obstétricas das mulheres assistidas pela (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal e identificar os limites e possibilidades dessa assistência na concepção das mulheres.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 RESGATANDO O ATENDIMENTO AO PARTO

O parto natural ocorre respeitando-se a sua fisiologia, sem intervenções desnecessárias, cujo modelo assistencial é baseado na concepção de que parto não é doença, e que não necessita de intervenção. Pelo contrário, é um processo fisiológico, no qual respeita-se a dinâmica própria de cada mulher, evita-se ações desnecessárias que, na maioria das vezes, acarretam danos (FERNANDES, 2004).

Desde meados do século XVII, quando os homens iniciaram-se na tarefa de atender as gestantes e os partos, retirando da cena do parto as parteiras e curiosas, que, durante milênios, foram as únicas “cuidadoras de mulheres no momento de parir,” (JONES, 2004 apud CAUS et al., 2012), o modelo hospitalar de assistência ao parto, que antes era domiciliar, expandiu-se como padrão da assistência obstétrica nas áreas urbanas de países industrializados, inclusive no Brasil (CAUS et al., 2012). Foram impostas rotinas de internação como a separação da gestante de seus familiares, remoção de roupas e objetos pessoais, impossibilitando-a de deambular e tendo de cumprir rituais de limpeza e jejum.

Diante dessa mudança no processo assistencial do parto, Velho, Oliveira e Santos (2010, p. 2) complementam que

desta forma, a mulher/parturiente que deveria ser a protagonista do parto, distancia-se cada vez mais e tem dificuldade em participar da decisão do tipo de parto. Sente-se insegura, submete-se muitas vezes por não sentir-se capacitada para escolher e fazer valer seus desejos frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais que atendem o parto.

O modelo hegemônico hospitalocêntrico e a visão medicalizada do parto perduraram em muitos locais e hospitais até os dias de hoje, sendo que, no Brasil, prevaleceu como ideário e como política pública, até meados da década de oitenta (DINIZ, 2005). Neste modelo, a obstetrícia foi se moldando aos interesses dominantes (modelo tecnocrático) e a atenção ao parto e ao nascimento passou a ser marcada por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, pela prática abusiva da cesariana, pela falta de privacidade e pelo desrespeito à sua autonomia (BRASIL, 2004).

No Brasil, o ensino da obstetrícia, teve início em 1832 (SILVA, 1965 apud CAUS, 2012), sendo denominado curso de "partos", ministrado na época, pela Faculdade de Medicina, em conjunto com os cursos de medicina e farmácia. Somente 90 anos depois, o

ensino de Enfermagem surgiu, com seu primeiro currículo, incluindo no seu programa, a arte da Enfermagem em obstetrícia e ginecologia (GARDENAL et al., 1999).

Considerando a necessidade de qualificação, a partir de 1998, o Ministério da Saúde iniciou o processo de qualificação das enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal. Foram programados cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS, como medida de incentivo. Na legislação do profissional de enfermagem, o profissional não médico que pode realizar o parto normal são as enfermeiras e a obstetriz/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959 ou portadora de diploma/certificado estrangeiro, reconhecido ou revalidado até 1988 (BRASIL,1986).

Com base em documento publicado em 1996, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o MS, exercendo seu papel normatizador, implantou um conjunto de ações, por meio de Portarias, com objetivos de estimular a melhoria da assistência obstétrica e regulamentar a atuação da enfermeira obstétrica na realização do parto normal sem distorcia, aplicando práticas baseadas em evidências científicas. Dentre essas medidas, tem-se a abolição da episiotomia de rotina, de amniotomia, enema e tricotomia; a redução drástica dos partos cirúrgicos e do uso do fórceps; o incentivo ao parto vaginal; ao aleitamento materno no pós-parto imediato; ao alojamento conjunto; à presença de acompanhante e à atuação da enfermeira obstétrica na atenção aos partos normais.

Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo principal de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência, sendo um marcador de águas, anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. (SERRUYA, 2004)

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, dando início aos programas de humanização da assistência na rede pública de saúde, e incitou os hospitais da rede supletiva a adotarem medidas “humanizadoras” para a satisfação da clientela feminina, que envolvia: estimular a mulher a participar ativamente das decisões, escolher a posição para parir, utilizar água morna como mecanismo não farmacológico de alívio à dor, ter liberdade para movimentar-se, ser massageada (se desejar), fazer exercícios e ser assistida por alguém treinado para oferecer as orientações que se fizerem necessárias (MERIGHI; GUALDA, 2009).

No ano de 2011 foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Scavone (2001) afirma que no parto assistido por não médicos e profissionais do sexo feminino estabelece-se uma relação de identidade entre a profissional e a mulher, favorecendo um cuidado solidário. Como um ser sexual, a mulher que vivencia o processo de parir não deixa de sentir pudor, e quer preservar ao máximo a exposição de sua genitália, assim, Caus et. al. (2012) traz que o cuidado proporcionado com privacidade, sem expor desnecessariamente a parturiente, faz com que ela se sinta preservada em sua intimidade.

Ainda hoje, os indicadores de saúde relacionados à assistência obstétrica no Brasil são catastróficos, apresentam altas taxas de mortalidade materna e perinatal e elevado índice de cesáreas, todos eles, reflexos da má qualidade da assistência obstétrica (MERIGHI; GUALDA, 2009). E é nesse contexto que se percebe que a atuação da enfermeira obstétrica é estratégica, tendo um papel fundamental na conquista do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio, que é melhorar a saúde das gestantes, reduzindo em três quartos a taxa de mortalidade materna (CAUS et al., 2012).

2.2 A ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

A enfermeira obstétrica atua monitorando cuidadosamente o trabalho de parto, através do uso do partograma, que se mostrou uma prática útil e que deve ser cada vez mais estimulada. A assistência contínua no trabalho de parto e no processo de parto é fundamental para identificar precocemente as intercorrências que possam vir a surgir e que possam, também, colocar a mulher em risco de adoecer ou morrer (FERNANDES, 2004).

Ela também acompanha técnica e socialmente todo o processo de dar à luz, e essa prática é fundamental, pois

a presença do profissional e o compromisso com a mulher foi perdendo-se na prática assistencial ao parto, com a introdução de recursos da tecnologia na assistência o que a distanciou de oferecer uma relação interpessoal que ofereça a segurança requerida pela mãe, o filho e a família (FERNANDES, 2004, p. 98).

Segundo Caus e colaboradores (2012), a presença da enfermeira obstétrica traz conforto para as parturientes que temem isolamento, abandono e maltrato, durante o trabalho de parto bem como dá segurança e apoio para aquelas que estavam preocupadas com o conceito e com dúvidas em relação à capacidade de parir, reduzindo o máximo possível a ansiedade da mulher.

Em estudo sobre vivência de enfermeiras obstetras no estado da Bahia, Santos (2006) apud Arabela (2007, p. 5) relata que “a enfermeira obstetra tem mostrado sua competência e participação na minimização dos altos níveis de morbimortalidade e altas taxas de cesáreas”. Apesar disso, ainda existem inúmeros obstáculos que dificultam a atuação da enfermeira obstetra na assistência interdisciplinar ao parto, o principal deles é o equívoco de que a realização do parto é privativa do profissional médico (a).

2.3 CENTROS DE PARTO NORMAL: DA CRIAÇÃO AO SEU FUNCIONAMENTO

Baseando-se nas evidências científicas, assim como nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1996 acerca da assistência ao parto normal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996), os Centros de Parto Normal (CPN) foram criados através da Portaria MS/GM de nº 985, de 5 de agosto de 1999, que definiu os critérios para a implantação de casas de parto (BRASIL, 1999).

Atualmente, a implantação dos CPN é regulamentada através da Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013 que estabelece diretrizes para implantação e habilitação de CPN em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha (BRASIL, 2013).

Seguindo o movimento internacional pela desospitalização do parto, já existem CPN no Japão, Inglaterra, Itália, França, Alemanha, Estados Unidos, Austrália, entre outros. A iniciativa de implantação de CPN, além de sincronizadas com as propostas mais avançadas de atenção humanizada ao parto e ao nascimento em diversos países e no Brasil, encontra-se entre as estratégias do MS para a qualificação e humanização da atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2012a).

Os CPN, conhecidos popularmente no Brasil como Casas de Parto, trouxeram um grande diferencial para a atenção ao parto e ao nascimento no nosso país, tendo como característica: se constituírem em uma opção para as mulheres que desejam ter seus filhos em ambiente que não predominem características hospitalares; que ofereçam atenção humanizada, centrada na mulher e na sua família; que facilitem o apoio emocional contínuo, permitindo a presença do acompanhante, seja familiar, seja a doula; fortaleça autonomia e a

possibilidade de escolha das mulheres; ofereça oportunidades para menos intervenções e procedimentos desnecessários; desmistifique o parto como atendimento de nível terciário, demonstrando claramente que, por ser um evento fisiológico, pode ter atenção em nível primário, desde que seja garantida a referência para os outros níveis de assistência, quando se fizer necessário (BRASIL, 2012a).

A Portaria nº 904/GM/MS, de 29 de maio de 2013, define Centro de Parto Normal (CPN) como,

a unidade destinada à assistência ao parto de risco habitual, pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada nas dependências internas ou externas ao estabelecimento hospitalar; Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi): CPN localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar; Centro de Parto Normal Peri-hospitalar (CPNp): CPN localizado nas dependências externas ao estabelecimento hospitalar a uma distância de, no máximo, 200 (duzentos) metros do referido estabelecimento.

A portaria em questão também define que a equipe mínima necessária ao funcionamento do CPNp ou CPNi deve possuir cinco quartos Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) deve ser composta por um (a) enfermeiro (a) obstétrico (a) coordenador (a) do cuidado, um enfermeiro (a) obstétrico (a) ou obstetritz, dois técnicos (a) de enfermagem e um (a) auxiliar de serviços gerais, em regime de plantão presencial com cobertura 24 horas por dia. Já para o CPNp ou CPNi que atua com três quartos PPP a equipe deve contar com um (a) enfermeiro (a) obstétrico (a) coordenador (a) do cuidado, um enfermeiro (a) obstétrico (a) ou obstetritz, um (a) técnico (a) de enfermagem e um (a) auxiliar de serviços gerais, em regime de plantão presencial com cobertura 24 horas por dia (BRASIL, 2013).

A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN em regime de colaboração com o (a) enfermeiro (a) obstétrico (a) ou obstetritz quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais; culturais e com o desejo da mulher (BRASIL, 2013).

Em 1999, o Ministério da Saúde abriu uma linha de financiamento para Projetos de Criação de Centros de Parto Normal e Maternidades-Modelo. Foram aprovados 16 convênios para constituição de 36 Centros de Parto Normal que tiveram custo total de R\$ 4.708.518,81, contemplando projetos de sete estados brasileiros: Bahia (8), Ceará (4), Minas Gerais (2), Paraná (1), Pernambuco (14), Rio de Janeiro (5) e São Paulo (2) (BRASIL, 2012a).

No Brasil, ainda existem poucas iniciativas de CPN, no entanto a maioria deles apresenta resultados satisfatórios no que diz respeito à assistência à mulher e ao (a) recém-nascido (a). Destacam-se entre eles, a Casa de Parto de Sapopemba, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, inaugurada em 1998, na Região Sudeste da cidade

de São Paulo/SP e o Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, uma unidade intra-hospitalar do Hospital Sofia Feldman, localizado no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte/MG, inaugurado em 2001, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que, a Casa do Parto de Sapopemba vem cumprindo um importante papel histórico dentro da assistência ao parto no Brasil. Ela é considerada pelas enfermeiras obstétricas da casa, como um impulso importante para a mudança da cultura existente na assistência obstétrica, se configurando como uma vitória para as enfermeiras obstétricas. Além disso, é vista também como um exemplo a ser seguido por outras Casas de parto e pelas próprias instituições que atendem a mulher no trabalho de parto e parto, já que, a difusão da humanização poderá transformar outras instituições com o decorrer do tempo (HOGA, 2004).

Campos e Lana (2007) em seu estudo realizado no CPN Dr. David Capistrano da Costa Filho mostraram que, a modalidade do CPN intra-hospitalar mostra-se vantajosa em vários aspectos, ao elevar a resolutividade do serviço. Além dessa vantagem, concluem que os indicadores assistenciais não se distanciam dos resultados apontados na literatura, inclusive que a baixa taxa de cesárea surge, talvez, como o resultado mais significativo.

Soma-se a esse, o estudo realizado em 2004, que demonstrou elevada qualidade de atenção prestada à mulher no trabalho de parto e parto, reiterada pela satisfação dessas usuárias do serviço. Além disso ficou evidente uma notável resistência da corporação médica ao trabalho da enfermagem obstétrica na assistência ao parto ou na gerência dessas unidades de saúde (BRASIL, 2012a).

No bojo das discussões e posicionamentos, vale a pena destacar que os CPNs são locais que facilitam a inserção da enfermeira obstétrica no atendimento ao parto, proporcionando maior autonomia profissional. Esta categoria profissional necessita de um espaço próprio para atuação, pois, uma vez internada em hospitais, a parturiente acaba sendo classificada como tendo um potencial de risco, sendo o parto normal pouco assistido e a atuação da enfermeira obstétrica ainda muito limitada e desconsiderada (FERNANDES, 2004).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo mostrou-se o mais adequado para atender aos objetivos propostos, uma vez que buscou explorar de que forma as mulheres concebem a atuação da (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal.

Segundo Cervo et. al. (2007, p.63-64), a pesquisa exploratória

realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre seus elementos componentes. Esse tipo de pesquisa requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação.

Para Gil (2007, p.42), uma pesquisa descritiva objetiva principalmente “a descrição das características de determinada população ou fenômeno” e complementa afirmando que é frequente “a utilização de técnicas padronizadas de coletas dados, tais como o questionário e a observação sistemática”.

A escolha da abordagem qualitativa se deu por esta ter o cenário natural como fonte de dados, e que possibilitará as pesquisadoras coletarem principalmente descrições narrativas. Os dados narrados podem ser obtidos em conversas com participantes, em observações sobre o modo como se comportam em cenários naturais ou em registros narrativos (POLIT; BECK, 2011).

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam às diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). O presente projeto foi submetido a avaliação de um Comitê de Ética em Pesquisa e implementado somente após a autorização do CEPEE-MCO, conforme parecer número 755.223.

As participantes da pesquisa foram esclarecidas sobre os objetivos do estudo, recebendo garantia de sigilo, anonimato, e possibilidade de desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da entrevista. Para o anonimato fosse garantido, foi solicitado às mesmas escolhessem um outro nome, em substituição do verdadeiro. O Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A) foi lido para cada entrevistada que aceitou participar da pesquisa, e a autorização foi gravada através do programa NEXTCALL¹.

Todo material empírico será guardado, durante cinco anos na Escola de Enfermagem da UFBA e estará à disposição das entrevistadas sempre que desejar.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes dessa pesquisa foram constituídas por onze mulheres, que tiveram parto no período de setembro a novembro de 2013, sendo este o último período de funcionamento do CPN e portanto de partos assistido por enfermeiras obstétricas.

3.4 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um Centro de Parto Normal da cidade de Lauro de Freitas. Este centro foi fundado em 05 de outubro de 2012 e possui oito quartos PPP, sendo dois deles equipados com banheira, sala de acolhimento e registro de parturiente com acompanhantes, sala de deambulação, sala de exames e admissão com sanitário, posto de enfermagem, sala de serviço, área para higienização das mãos, ambientes de apoio e auditório para realização palestras e outros eventos. O CPN tem um número relevante de partos realizados por enfermeiras (os) obstétricas (os), chegando ao número de 100 partos no seu primeiro ano de funcionamento.

Lauro de Freitas (antigo Santo Amaro do Ipitanga) tem suas origens nos primeiros tempos do Brasil colonial, e é um Município da Região Metropolitana de Salvador emancipado em 31 de julho de 1962. Está situado em uma área de quase 60Km², se localizando a cerca de 30 Km da capital, com contingente populacional de 184.383 habitantes, possuindo diversos bairros conhecidos pela beleza de suas praias e um Hospital Geral da rede pública (IBGE, 2013).

3.5 COLETA DE MATERIAL EMPÍRICO

¹ Sistema de gravação composto por uma interface digital de gravação e por um programa que é instalado no computador. A Interface digital captura o sinal analógico da ligação telefônica, digitaliza e envia para a entrada USB do computador. O programa em execução recebe o áudio pela porta USB e gera os arquivos digitais de áudio (MP3 ou WAV) no HD

A coleta de informações foi realizada nos meses de Agosto a Novembro de 2014 por meio de dois instrumentos: 1. Formulário estruturado para coleta de dados secundários referente às parturientes contidos no livro de registro do CPN. 2. entrevista com roteiro semiestruturado, gravada por telefone pelo programa NEXTCALL.

Devido obras de reestruturação do espaço físico da unidade, o CPN se encontrava fechado. Antes da realização das entrevistas por telefone, fornecemos as informações a colaboradora, e o termo de consentimento foi lido e a participante deu o consentimento verbal, por telefone, que foi gravado.

Ao realizar a coleta de dados secundários, não encontramos os prontuários das 2 mulheres que pariram em dezembro, sendo essas excluídas do estudo. Além dessas, foram excluídas ainda duas mulheres que não se encontravam nos critérios de inclusão, restando dezenove mulheres aptas a participarem do estudo. Todas as dezenove que se encontravam dentro dos critérios estabelecidos foram contactadas pelo menos três vezes, em dias e horários diferentes, recebendo de onze mulheres o aceite em participar do estudo.

3.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico se deu mediante a análise de conteúdo, modalidade temática norteadas por Bardin (2010) Para essa autora, a análise de conteúdo é

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 interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.44).

As três etapas cronológicas da análise de conteúdo são: 1) a pré-análise, que é a fase de organização propriamente dita e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. Nesta fase deve-se escolher os documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos, e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final; 2) a exploração do material, que é a fase da análise propriamente dita, onde há a aplicação das decisões tomadas na fase anterior; e por fim a fase 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2010).

Obedecemos as regras da análise de conteúdo definidas por Bardin (2010), a saber:

- a) Regra da exaustividade: uma vez definido o conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, não se pode deixar de fora qualquer dos elementos;
- b) Regra da representatividade: a amostra deve ser uma parte representativa do universo inicial;
- c) Regra da Homogeneidade: Os documentos devem ser homogêneos, referindo-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e realizados por indivíduos semelhantes;
- d) Regra da Pertinência: Os documentos devem ser adequados e corresponderem ao conteúdo e objetivo previstos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A concepção, segundo Japiassú e Marcondes (2001) é a operação pela qual o sujeito, a partir de uma experiência de qualquer natureza, forma um pensamento ou um conceito. Considerando a importância atribuída aos papéis sociais, é de fundamental importância compreender quais são as concepções sobre o parto, como ele é percebido, desejado, temido, pensado ou entendido pela mãe, uma vez que tais concepções e crenças podem mudar em função da exposição e da interação dessa mulher às influências do contexto específico em que está inserida. (BRONFENBRENNER, 1996 apud CUNHA, 2012).

- **Caracterização das participantes**

As onze participantes possuíam idade variando de 20 a 30 anos, numa média de 25 anos de idade, constituído por tanto, de um público jovem. Dentre essas, cinco se consideraram negras, quatro pardas, uma morena e uma morena clara. O grau de escolaridade encontra grande diversidade, desde a não conclusão do ensino fundamental (uma); quatro ensino médio completo, até o curso superior completo (duas). Três possuem ensino médio incompleto e uma superior incompleto.

Dentre as entrevistadas, cinco se consideram casadas e moram com companheiro e filho (a); quatro vivem em união estável, duas solteiras e nenhuma separada. Em sua maioria (cinco) moravam com o parceiro e o filho (a) e quatro além do parceiro alguns familiares. Apenas uma vive com os familiares e outra apenas com o filho (a). Todas possuem até dois filhos, sendo que cinco possuem apenas um filho, e seis possuem dois filhos.

A maioria das casas (nove) estão localizadas em ruas com calçamento e somente cinco tem telefone fixo. Em sua maioria (seis) moravam em casa alugada e cinco em casa própria. Todas as casas possuem água encanada e luz elétrica e sete possuem esgotamento sanitário, restando quatro casas que não contam com rede de esgoto.

Da análise do material empírico emergiram quatro categorias, a saber: A opção pelo Centro de Parto Normal; Apoio recebido; Vivenciando as boas práticas; Anonimato profissional.

- **A opção pelo Centro de Parto Normal**

A opção pela via normal de parto foi o norteador para a escolha pelo CPN. Esta opção tem como justificativa ter o retorno mais rápido das alterações gerais e locais, devido a recuperação ser mais rápida, a dor ser momentânea, por receio das possíveis complicações que uma cesariana pode causar e da importância da maturidade fetal para o parto. Ainda aquela que possuía plano de saúde, relatou a recusa de profissionais da rede particular em realizar o parto normal. Isso fica expresso nas seguintes falas:

Eu tenho plano de saúde, mas nenhum lugar tava querendo fazer meu parto normal, aí uma vizinha me falou que aqui em Lauro de Freitas tinha aberto um lugar que fazia (BÁRBARA).

[...] todas as mulheres deveriam fazer isso, fazer o parto normal, porque é mais saudável e a recuperação é muito mais rápida [...] fundamental, ótimo, porque muitas mulheres donas de casa tem que tomar conta dos filhos querendo ou não, tem marido, tem casa. E quando você faz parto cesáreo você tem um monte de problema, ou seja você toma a raqui, você fica com dor na coluna, as pernas dói e pode...pode até complicar sua coluna, as pernas dói. Eu mesma não gostaria não, de ter cesáreo não (ROSE).

Porque eu sempre ouvi falar assim, ah cesariana é mais perigoso, e a criança tem também a questão de nascer na época certa. A época dele nascer foi a época normal [...] (LUIZA).

Tal assertiva encontra-se fundamentada em estudo realizado por Velho, Santos e Collaço (2014), em que as participantes descreveram que o parto normal é visto como a ordem natural das coisas, que a recuperação do parto normal é mais simples, rápida, fácil e tranqüila, com independência para caminhar, realizar cuidados de higiene pessoal, atividades domésticas e cuidar da criança, evitando as complicações da cesárea. Além do mais, acrescentaram o fato da alta ser mais precoce, assim como sua recuperação e por tanto o retorno às suas atividades diárias mais cedo.

De acordo com a OMS, 70% a 80% das gestações que ocorrem no mundo são consideradas de baixo risco, sendo o parto cesáreo uma intervenção usada em situações específicas. De modo semelhante, sua indicação incorreta está associada a uma maior ocorrência de mortalidade e morbidade para as parturientes, tais como hemorragias, infecções puerperais, riscos anestésicos, bem como para os bebês, que são mais facilmente acometidos por distúrbios respiratórios, icterícia fisiológica, entre outros (PIMENTA et al, 2013).

Em um estudo sobre representações sociais de mulheres que vivenciaram parto normal e cesáreo, Velho, Santos e Collaço (2014) evidenciou que as mulheres conseguem

perceber aspectos positivos e negativos relacionados a cada via de parto, tem consciência dos benefícios do parto normal em relação a cesárea e das dificuldades enfrentadas no parto normal como também os riscos atribuídos ao procedimento cirúrgico.

Além da justificativa pela escolha, expressaram que procuraram o CPN especificamente por diversos motivos, entre eles: indicação de vizinhos, parentes, do taxista que a conduzia após o início do trabalho de parto e do grupo religioso ao qual frequentam, assim como indicação dos profissionais que fizeram acompanhamento pré-natal (médico e enfermeira) e conhecimento por um meio de veiculação local (revista) e internet, que explicitaram a qualidade do atendimento do CPN.

Foi indicação de um taxista [...] minha sogra ligou pro taxi [...] aí ele pegou e agente estava indo pro outro hospital aí ele pegou e indicou, não tem um hospital que é muito bom [...] (GABRIELA).

Indicação da minha[...] enfermeira, ela falou que era pra eu ir lá, que era muito bom, maravilhoso, que era pra eu ir lá pelo menos conhecer e se eu gostar fazer lá, que muita gente não conhecia [...] aí eu fui lá com meu esposo, conheci o ambiente e aí me ensinaram direitinho, me mostraram tudo e aí eu falei que ia ter lá (ROSE).

De modo semelhante em estudo realizado por Gonçalves e colaboradoras (2011), as mulheres procuravam as Casas de Parto normalmente por demanda espontânea, ou mesmo, muitas vezes eram encaminhadas por profissionais das Unidades Básicas de Saúde da região ou escolhiam o local do parto, resultando de informação e experiências de outras pessoas ou ainda por desejarem um modelo de assistência diferenciado (GONÇALVES et al, 2011).

Tivemos o relato de uma mulher que mesmo não sendo a primeira opção, procurou o CPN após não ter encontrado vaga no hospital local, como fica exemplificado na seguinte fala:

[...] me indicaram que lá era bom, foi uma colega minha, foi uma pessoa também que indicou a ela, aí no dia eu fui no Hospital, quando chegou no Hospital me disseram que lá não tinha vaga, aí como eu já sabia que minha colega me indicou esse lugar, eu peguei e fui diretamente lá.(DÉBORA)

As autoras citadas acrescentam que, constantemente, o local de escolha para o parto se dá no momento de deflagração do mesmo. Apesar das gestantes estarem inseridas no sistema de referência e contra-referência dos serviços de saúde, o local do parto não é

garantido, ficando essas sujeitas a disponibilidade de leitos obstétricos da sua cidade (GONÇALVES et al, 2011).

- **Apoio recebido**

Embora o parto normal seja tido como um evento surpresa, que gera sentimentos negativos como ansiedade, medo, insegurança (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014), a maioria se sentiu confortável, confiante, amparada, calma, tranquila, segura, feliz, emocionada por terem a oportunidade de experienciar o parto natural assim como pelo apoio recebido. Em menor proporção, algumas sentiram-se ansiosas para conhecer o seu conceito, nervosas devido ao medo da dor e de estarem sozinhas durante o trabalho de parto e o parto.

Ah não tem nem como explicar, porque eu só queria ver minha filha, não via a hora dela sair logo pra eu ver o rosto dela [...] foi tranquilo, não senti tanta dor assim não, foi um parto muito tranquilo (LETÍCIA).

Eu me senti bem! Me senti uma mulher realizada, porque eu queria que fosse normal igual ao primeiro e foi. Eles não me cortaram, nem nada, eu mesmo tive. (ROSE).

Porque a dor quando vem não dá pra pensar direito assim não...eu só fazia o que estava no meu alcance... o que vinha na cabeça (ADRIANA).

Eu tava segura, tava bem segura (ANDRESSA).

Pimenta e colaboradoras (2013) em seu estudo nos mostra ainda que, as mulheres que desejam o parto normal e conseguem passar por essa experiência assumem um papel de protagonista. Apesar de ser um processo que acontece naturalmente, elas não vêm simplesmente acontecer consigo, elas realizam.

Esse aspecto foi valorizado na fala a seguir:

Eu não imaginava que fosse uma coisa assim, tão normal, tão natural, achei que eu ia ficar lá na cama, ia ficar fazendo força, e foi diferente (BÁRBARA).

Ao lado do apoio do (a) profissional de saúde, vale a pena destacar a importância da presença do (a) acompanhante, garantida através da lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, no qual obriga aos serviços do Sistema Único de Saúde, assim como a rede conveniada, a permitir a presença de um(a) acompanhante de escolha da mulher, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Para todas as mulheres a presença de um acompanhante de sua escolha agregou significado positivo, lhes transmitindo maior confiança naquele momento de fragilidade, diminuindo a sensação de medo e abandono, com destaque para a participação ativa desse (a), no processo parturitivo.

Tive, meu esposo e minha mãe ficaram lá comigo. Era um dos medos que eu tinha, era ficar lá sozinha. Foi ótimo demais, uma segurança maior, né, ter alguém perto (ANDRESSA).

[...] eu me senti muito bem com meu esposo do meu lado, eu me senti segura, eu me senti confiante, ele estava a todo momento me dando força, e aqui no hospital não tem isso, não tem[...] (JOANA).

É gratificante verificar que a maioria tem conhecimento desse direito, como se pode observar na fala a seguir:

Me senti bem, confortável, bem amparada. Minha sogra foi, minha cunhada, meu marido. Minha mãe [...] ficou do lado de fora, mas porque quis [...] porque podia entrar (BÁRBARA)

Do mesmo modo, em estudo desenvolvido por Velho, Santos e Collaço, (2014, p. 284) “as mulheres ressaltam a importância do auxílio / apoio no momento do nascimento, com a presença de um acompanhante, podendo ser um familiar ou companheiro, para propiciar tranquilidade e calma, fornecer carinho e controlar a ansiedade”.

Muitos acompanhantes também transmitiram apoio físico através de medidas de conforto como massagens e auxílio nos exercícios pélvicos, contribuindo ainda em outras tarefas como auxílio na caminhada, como podemos observar na fala a seguir:

Me senti bem, tava muito bem [...] foi bom ter meu esposo do meu lado, aí foi ótimo, ele ficava rodando pra lá comigo, me acompanhava no exercício, ele ficou do meu lado mesmo (FERNANDA).

Em relação à contribuição do (a) acompanhante, Teles (2010) ratifica o relato das puérperas sobre a importância da presença do (a) acompanhante, com reflexo no alívio das dores durante o parto.

Aquela que não possuía acompanhante por momento da ocasião do trabalho de parto e parto se sentiu fragilizada, porém o apoio e a atenção dispensados pela equipe supriram suas necessidades no momento.

Não porque no momento não deu pra ir, mas assim que eu pari minha irmã foi logo ficar comigo. Ah é péssimo, porque na hora você quer uma ajuda, mais graças a Deus tinham umas meninas lá que estavam o tempo todo do meu lado (DÉBORA).

Teles e colaboradoras (2010), ao comparar a experiência anterior de um parto sem acompanhante e a atual, de um parto com acompanhante, afirmam que grande parte das mulheres consideraram ter sido melhor o parto atual, sendo a presença deste fator determinante para esta escolha, em algumas ocasiões. Domingues, 2002 infere ainda que, das mulheres que não tiveram acompanhante, mais da metade avaliaram que teriam tido um trabalho de parto e parto melhor se tivessem tido esse (a), considerando o suporte emocional traduzido em calma, segurança e força/coragem. Em contraposição, na ausência do (a) acompanhante, os sentimentos foram negativos.

Além disso, a equipe de saúde multidisciplinar funciona como elemento fundamental para que as mulheres vivenciem seu trabalho de parto e o parto de forma segura, autônoma e plena, independente da presença ou não do acompanhante. É inquestionável a importância do apoio que o (a) acompanhante tem para a mulher no ciclo gravídico-puerperal (TELES et al, 2010). Para essas autoras, durante o parto e pós-parto principalmente, é necessário que a confiança seja transmitida pela equipe, e o que podemos observar é que isso, assim como o tratamento dispensado às mulheres foram descritos de forma satisfatória, como se exemplifica abaixo:

O apoio dos profissionais foi nota 10. Desde a menina da limpeza, até... fui muito bem tratada, melhor até do que se eu tivesse ido pelo convênio[...] a enfermeira, foi muito bom. Ela era calma, tranqüila, fiquei bem a vontade com ela (BÁRBARA).

[...] seguraram a minha mão, pareciam assim que eram da família. (LUIZA).

Também disseram que se ocorresse alguma coisa ela estaria preparada, [...] ela tava ali do meu lado o tempo todo, me acalmando, me dando orientações (LETÍCIA).

Para Jamas, Hoga e Reberte (2013) o acompanhamento contínuo pelos (as) profissionais de saúde durante o processo de nascimento e parto, assim como o tratamento afetuoso por parte desses (as) profissionais foi percebido pelas participantes do seu estudo como atenção, gerando sentimentos positivos de satisfação, aconchego, tranquilidade, bem-estar e segurança, evitando a solidão e sensação de dor. O acolhimento da equipe,

juntamente com o apoio da família/presença do acompanhante se constituem como aliados para o sentimento de intensa satisfação no que se refere à assistência oferecida (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013). Tal aspecto é referendado pelas participantes e exemplificado nessa fala:

Primeiro pela equipe que tava sempre perto, pela família que tava perto, minha mãe que ficou do meu lado, e eu consegui né, ficar calma, na hora que ela nasceu foi rápido, foi questão de segundos (ANDRESSA).

- **Vivenciando as boas práticas**

As recomendações atuais da OMS e do MS para o manejo do trabalho de parto incluem alguns cuidados que devem ser oferecidos, já que, “há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos” (LEAL et al, 2014).

As diretrizes assistenciais definidas por Gomes (2010) indicam dentre várias, a promoção de um ambiente com privacidade, tranquilo e seguro para a parturiente e seu acompanhante, onde não seja necessário removê-la no momento do parto, podendo-se utilizar música, aroma, penumbra e o ambiente com menor quantidade de móveis tornando-o mais acolhedor para a mulher. O estímulo, a liberdade de movimentos, deve encorajá-la a sentir o seu próprio corpo e assumir as posições mais confortáveis durante o trabalho de parto. Recomenda ainda o incentivo a deambulação precoce, evitando permanecer muito tempo sentada. A sensibilização da parturiente e de seu acompanhante em relação ao poder do corpo feminino e de sua capacidade de parir sozinha deve ser contínuo e progressivo, tanto pelo acompanhante como pelo profissional o que, com certeza a deixará mais segura e empoderada.

Além dessas recomendações, é importante o reforço quanto às técnicas de relaxamento e respiração, para a mulher e seu (sua) acompanhante, que ao realizar conjuntamente contribuirá para deixá-la mais confortável, segura e confiante. A oferta de dieta líquido é permitida por meio de água, sucos, chás, entre outros. Independente da liberdade de escolha de posição de parto, o profissional que a estiver assistindo pode orientá-la — de acordo com o desenvolvimento do trabalho de parto — a assumir algumas posições que facilitem este momento. Logo após o nascimento o (a) recém-nascido(a)

deve ser colocado no ventre materno, possibilitando o contato pele a pele e a manutenção da temperatura corporal, durante as primeiras horas de vida. Somente em casos estritamente necessários, a separação deve ocorrer. Esse contato prévio servirá de estímulo ao aleitamento materno desde a primeira meia hora pós-parto, fortalecendo o vínculo mãe-filho (a).

O trabalho de parto assim como as boas práticas conforme preconizado por Gomes (2010) e recomendada pelo MS, são realizadas pelas enfermeiras obstétricas, com auxílio da equipe de enfermagem, as quais contribuem para dar maior conforto, segurança e acelerar o trabalho de parto. Tais ações deixam em evidencia o protagonismo da Enfermeira nesse cenário.

Em acordo com o que é recomendado, o local onde se desenvolveu o trabalho de parto e parto foi fundamental para o sucesso deste processo, o que referenda a necessidade de se proporcionar um ambiente acolhedor, organizando, agradável e seguro para a mulher, objetivando diminuir a ansiedade, insegurança, além de facilitar a presença do (a) acompanhante, conforme indica Gomes (2010).

Esses elementos são valorizados em uma das falas a seguir:

[...] me colocaram pra caminhar, colocaram música, tomei dois banhos [...] (BÁRBARA).

Além desse aspecto enfatizou as orientações recebidas ao dizer:

Recebi orientação mais da enfermeira [...] me ensinaram a respiração na hora que eu sentisse a dor, [...] da contração pra fazer força, me orientaram tudo (BARBARA).

A (O) profissional deve estimular a respiração consciente, “orientando a parturiente a inspirar pelo nariz e expirar pela boca, durante as contrações uterinas, de maneira atenta e pausada” (GOMES, 2010, pg 75). Além disso, pode acompanhá-la, respirando da mesma forma simultaneamente, objetivando favorecer o vínculo com a mulher e ajudá-la a vincular-se a si e à sua experiência atual, diminuir a tensão, o medo e a sensação dolorosa. O banho de água morna além de provocar os benefícios em relação a tensão e dor, busca também proporcionar conforto à mulher em trabalho de parto e o relaxamento muscular, facilitando ainda a dilatação (GOMES, 2010).

Na próxima fala fica evidente a orientação da enfermeira, ao ressaltar o direito da mulher em ter um (a) acompanhante de livre escolha, pois sabe-se que a presença desse (a) não funciona apenas como suporte emocional para a parturiente mas reduz o estresse, a ansiedade e aumenta a segurança, além de liberar a ocitocina e endorfina, acelerando o trabalho de parto e diminuindo a necessidade do uso de analgesias, reduzindo portanto, a ocorrência de distócias (GOMES, 2010).

Esse aspecto é compartilhado na fala a seguir, ao dizer que,

ela pediu pra mim ficar tranquila neh? Calma e... e, não se esforçar muito [...]que eu podia ficar na posição que eu quisesse, pra ter o bebê [...]disse que meu esposo, minha mãe ou alguém que quisesse assistir o parto que poderia (ADRIANA).

Além da presença do (a) acompanhante, a adoção de posições verticalizadas, os movimentos pélvicos durante a deambulação e a liberdade de movimentação também foram estimulados, já que, contribuem na liberação de ocitocina, aumentam o conforto materno e facilita a progressão do trabalho de parto.

Outras mulheres complementam essa recomendação afirmando que,

[...] me indicou alguns exercícios para eu fazer[...]só fazer exercício e ficar calma [...] Caminhar, mesmo no corredor, fazer caminhada e a da bola também, em cima da bola, e um chamado cavalinho [...]a enfermeira sempre fazendo massagem nas costas[...] (ANDRESSA).

A orientação era: primeiro calma, [...] você vai sentir muitas dores, mas é normal, você vai fazer alguns treinamentos [...] fiz aquele treinamento que é andar na escada, andar no cavalinho, se agachar, tomar banho morno, todo esse procedimento. (GABRIELA).

Dentre os métodos não-farmacológicos de alívio da dor, a massagem na região sacrolombar e cervical da parturiente é recomendado. O processo de tocar e massagear a mulher no momento do trabalho de parto, ativa o córtex primitivo, libera ocitocina e endorfina, ativa os mecanorreceptores atuando no portal da dor, relaxa a musculatura tensionada e permite a troca de calor (GOMES, 2010). O método se fez eficiente, diminuindo a sensação dolorosa das pacientes, aumentando o vínculo e fortalecendo a relação de confiança entre essa e o profissional, ao oferecer conforto e demonstrar interesse e atenção, despertando a sensação de ser cuidada.

Gomes (2010) enfatiza que, as diferentes posições que podem ser assumidas pela mulher no momento do parto possibilitam a realização de massagens nas costas; melhoram a oxigenação do feto; favorecem a ação da gravidade na descida do feto;

encurtam o ângulo de descida; ampliam os diâmetros da pelve; necessitam de menos esforços expulsivos; facilitam a rotação e a descida; entre outros.

Conforme os relatos a seguir, as opções de posições foram apresentadas assim como, a liberdade de posição estimulada, conferindo à elas, “protagonistas do processo”, a autonomia esperada, despertando-lhes inúmeras sensações. Expressaram o desejo em ter parto na água, porém apesar do CPN contar com esse instrumento, o mesmo não estava disponível no momento pelas condições estruturais.

Eu pari de cócoras, me senti uma índia (BÁRBARA).

Queria ter ela na banheira, mas como eu falei não deu tempo, né, ela nasceu muito rápido.[...] Deitada eu tava bem, tava mais a vontade.[...] A enfermeira perguntou, você quer ter ela no cavalinho, aí me explicou que meu esposo ia ficar perto, e tal ou se eu queria ficar deitada, eu falei que preferia deitada (ANDRESSA).

Assim foi normal, na maca, assim com a perna aberta, foi assim. Eu achei mais confortável né? Por que tinha várias posições, de baixo do chuveiro, dentro da banheira, também esse é uma boa opção, eu adorei, mas assim pra mim mesmo aquela posição era melhor, por que assim pra me segurar, fazer força, entendeu? (GABRIELA).

Eu não achei incomoda não, achei que me ajudou bastante. Foi eles mandaram é... eu segurar o ... o como se fosse o aparelho de abdome ai levantou um pouco a cama, deixou inclinada mais pra cima, pra me ajudar no momento da contração, muito bom, boa técnica (ROSE).

Imediatamente após o parto foi realizado o contato pele a pele, colocando o (a) RN sobre o abdômen materno ou em seus braços, promovendo a sucção ao seio materno precocemente. O contato imediato foi bem recebido pelas mães, que o descreveram como uma sensação única, fundamental para a criação do vínculo com seu (sua) filho (a).

Tal atitude estimula o afeto entre mãe e o (a) recém-nascido (a), possibilitando o contato olho a olho entre ambos. Quanto aos riscos que os (as) RN são expostos com essa técnica, segundo Gomes (2010), logo que nascem eles serão colonizados por microorganismos e será muito melhor que o sejam através da flora cutânea da mãe do que por bactérias provenientes dos (as) profissionais de saúde ou do ambiente em que nascem.

Assim quando meu filho nasceu, a primeira coisa que elas fizeram foi sentir o calor do meu filho, botou meu filho em cima de mim [...] (ANA CAROLINA).

Aí, quando o bebe nasceu eles tiraram, o meu esposo cortou o cordão umbilical ai colocou em cima de mim, ai depois tirou ele, limpou ele e deram a injeçãozinha que dá enrolou ele todinho, e deixou ele comigo. Ah isso é fundamental né? O primeiro contato do filho com a mãe pro filho conhecer a mãe, foi fundamental. Muito importante (ROSE).

Além de ter grande significado para a mãe, o corte do cordão umbilical realizado pelo (a) acompanhante se mostra uma prática de grande relevância para a integração familiar, pois permite a participação deste em um rito de passagem, que é o nascimento (TELES et al, 2010).

Além desses, no pós-parto, além do estímulo à deambulação e auto-cuidado, foram recomendados outros cuidados específicos com o (a) RN. Os depoimentos a seguir confirmam sua importância para as mulheres.

Aí eu levantei, tomei um banho depois, logo depois que nasceu, aí pegaram o neném, limparam tudo [...] As enfermeiras, que estavam comigo na hora e a enfermeira obstetra também (FERNANDA).

[...]depois que eu tive meu filho ela... ela cuidaram de mim certinho me trocou de quarto, trocou minha roupa não me deixou no mesmo lençol, me deixou no lugar melhor pra mim (ROSE).

Eles botaram no meu colo para eu ver, e depois levaram pra limpar a criança, fazer os procedimentos que tem que fazer (LETÍCIA).

As descrições das mulheres acerca do trabalho de parto e parto revelam momentos difíceis, no qual elas necessitavam de apoio. No espaço do CPN, as enfermeiras prestam cuidado, incentivando, orientando, acalmando e encorajando essas mulheres.

Duas das participantes afirmam que a Enfermeira

ajudou muito, com certeza, achei excelente. Do parto ela me ajudou porque na hora a gente fica nervosa, sem saber o que fazer, fica achando que a gente não vai conseguir, e aí a gente precisa de pessoas do nosso lado, pra tá nos orientando, nos acalmando (DÉBORA).

e que,

foi maravilhoso, a companhia dela, a atenção dela, ela sempre me auxiliando, assim me ajudando, não mãe, bote força, bote força, com bastante assim, parecendo até que era minha mãe, vá mãe força, é isso aí, é isso aí, quando a dor apertar você inspira e bota força [...] (LUIZA).

Nesse aspecto, em estudo semelhante, Oliveira, Rodrigues e Guedes (2011) mostraram a importância dada pelas entrevistadas às orientações dadas pelas enfermeiras, considerando que o período expulsivo exige a participação ativa da mulher, e que a depender do comportamento adequado contribuirá para encurtar o período expulsivo e acelerar a progressão do parto.

[...] então ela fica estimulando, então te dá mais coragem pra você poder empurrar, então ela falava: vem que a cabeça está chegando então você botava logo pra fora porque você quer ver logo seu filho. Ai te dá mais incentivo, te motiva mais a ir (ROSE).

Para as enfermeiras, o cuidado não está centrado na técnica, está fundado no compartilhamento e na escuta qualificada, o que facilita a expressão das emoções das mulheres, quando se envolve o melhor do lado humano, num momento tão especial. Não se impõe condições à parturição, ao contrário, mostra à mulher que ela é capaz de superar dificuldades, considerando-a protagonista do processo de parturição, como alguém capaz de agir por si e de conduzir o processo (ZVEITER, 2011).

Apesar das condutas humanizadas serem relatadas pela maioria das mulheres, duas entrevistas relataram que foi orientado não gritar durante o trabalho de parto e parto, conforme falas abaixo:

[...] quando que eu sentir as dor...que eu respirasse[...]Nunca... pra eu não gritar! (ANA CAROLINA).

Disse que era para me respirar fundo, pra não gritar porque se não aí entra ar[...] (ADRIANA).

A orientação *de não gritar para não entrar ar* não condiz com as recomendações da OMS, não tendo evidência científica comprovada, resultando então, numa conduta inadequada, ineficaz e deve ser descontinuada.

Embora tenha sido relatada essa conduta, de modo geral, todas as entrevistadas concebem o cuidado recebido como de qualidade, que as deixou em satisfeitas, conduzindo-as a afirmar que a atuação da enfermeira foi ótima, que a mesma parecia sua mãe, ou alguém da família.

Diante dos pontos positivos identificamos como limitação o fato relatado por uma mulher, de não haver pediatra de plantão e nem no momento da alta, e de ter escutado a conversa entre duas profissionais de que a agulha se sutura não era a mais adequada, conforme relato a seguir:

Gostei muito. Achei ótimo, só não gostei porque não tem pediatra na hora pra avaliar a criança na alta [...]ela fez o meu “coisa” com... uma agulha assim que não era a apropriada mesmo, eu acho que ela falou lá (JOANA).

Uma das mulheres também relatou complicação no puerpério (pós-alta), sendo necessário procurar uma emergência. Apesar disto, ela não diminuiu a qualidade do cuidado prestado pelos (as) profissionais no CPN, ressaltando que o atendimento foi maravilhoso.

[...] o problema só foi depois que eu tive, que ela nasceu, e aí que eu tive que parar em outro hospital, eles deixaram resto de parto em mim
Eu achei maravilhoso, muito bom lá, o único problema só foi o que eu tive [...] não tenho o que falar mal dali não (FERNANDA).

- **Anonimato profissional**

A conduta a ser realizada pelos (as) profissionais no atendimento à mulher e a seu (sua) acompanhante, desde o momento da sua chegada deverá ser de acolher e apoiar, iniciando desde já um relacionamento de confiança. De modo geral, para o estabelecimento da empatia e confiança necessários para a prestação de cuidado e estabelecimento de vínculo entre o (a) cuidador (a) e a pessoa que está recebendo cuidados, faz-se necessário que o (a) profissional se apresente e se dirija à pessoa a quem esta cuidando pelo nome. Apesar dessa “norma” não ser hospitalar, acreditamos que é uma norma social. No CPN encontramos dois relatos de mulheres que não conseguiram diferenciar os profissionais que lhe prestaram assistência, por falta dessa apresentação inicial.

[...] teve uma outra, eu não sei, a enfermeira mesmo, ela vinha me avaliar, sempre olhava se tava bem, e ficou por perto, mas ficou uma outra, acho que enfermeira também, foi a que fez o parto (ANDRESSA).

Rapaz, porque foram várias pessoas que tinham lá, no total foram quatro que tinha, eu acho que era dois enfermeiro, enfermeiro não, porque eu não sei assim explicar sabe, dois médicos e acho que dois estagiário. Tinham dois enfermeiros, foi que fizeram meu parto e duas pessoa auxiliar, que eram pra pegar os produto, todos aparelhos que eles precisavam (DÉBORA).

Gomes (2010, p.61) em seu manual, indica que cabe a equipe de enfermagem primeiramente deve “recepcionar a parturiente, apresentando-se, informando seu nome e função e desejando-lhe boas-vindas” e em seguida “acolher e encaminhar a mulher até a sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), apresentando o ambiente onde deverá permanecer durante o trabalho de parto e parto, junto com o acompanhante de sua escolha”.

Apesar disso, algumas mulheres sabiam diferenciar claramente as categorias profissionais, mostrando que a identificação era feita por alguns (as) profissionais, como exemplificamos nessa fala:

Foi a enfermeira que eu não lembro o nome, foi a enfermeira obstetra, não é isso? (FERNANDA).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas através das entrevistas contribuíram para o alcance dos objetivos do presente estudo, sendo os resultados condizentes com os encontrados por outros autores referenciados ao longo desse estudo. Os achados evidenciaram que os principais motivos para as mulheres optarem pelo parto normal foram por acreditar que a recuperação deste é mais rápida, em detrimento do parto cesáreo, permitindo retornar mais rapidamente às atividades diárias, e menos perigoso, além de respeitar o tempo certo do conceito nascer. Sendo um CPN um local adequado para realização do parto normal sem distócias, as mulheres procuraram aquele CPN especificamente por motivos diversos, sendo que a maioria o escolheu por indicação de vizinhos e parentes, demonstrando que a escolha não se deu apenas por buscarem um modelo diferenciado, mas também através das experiências vividas por outras pessoas ou pela falta de escolha em si, evidenciando ainda a existência da peregrinação na hora do parto.

A experiência do parto normal trouxe para a maioria das mulheres sentimentos positivos, pois as mesmas se sentiram protagonistas do seu parto, aparecendo os sentimentos negativos em menor frequência. Todas as mulheres que tiveram acompanhante garantiram que a presença deste foi fundamental para se sentirem confiantes, diminuindo a sensação de medo e abandono. Aquela que não teve acompanhante se sentiu fragilizada, apesar do apoio prestado pela equipe.

Os cuidados das enfermeiras obstétricas em um CPN descritos pelas mulheres foram: adoção de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, tais como: massagens relaxantes, banhos mornos, exercícios com bola, incentivo à manutenção de posições verticais, ou seja, a deambulação, liberdade de posição no parto, presença de familiares e/ou acompanhantes, e inserção deste (a) no cuidado a parturiente, assim como participação no parto (corte do cordão umbilical), apoio emocional e medidas de conforto às mulheres-parturientes. Estes foram considerados satisfatórios e eficazes, pois trouxeram conforto e apoio às mulheres, além de transmitirem segurança. Os limites da assistência apontados pelas mulheres foi o fato de não haver médico pediatra na equipe, e a possível ausência de um material de sutura adequado. Apenas uma das onze entrevistadas relatou ter tido complicações no puerpério, não desqualificando a assistência prestada.

O trabalho da equipe do CPN foi considerado eficaz e de qualidade, e o atendimento humanizado, garantindo a satisfação de todas as entrevistadas. Porém um ponto dúbio encontrado nesse estudo foi quanto a identificação dos profissionais. Algumas entrevistadas distinguiam claramente as categorias profissionais que lhes prestaram cuidado, enquanto outras não. Podemos associar este fato a prática peculiar de algumas profissionais—apesar da apresentação ser considerada uma prática humanizada, e necessária para iniciar um relacionamento de confiança entre profissional/ parturiente/acompanhante a partir do primeiro contato— ou pelo fato das emoções e dor vivenciadas durante o trabalho de parto gerarem desatenção e confusão.

Não só a equipe, como a estrutura da unidade agradou as mulheres, gerando um sentimento de revolta, perda, frustração e tristeza com a informação sobre o fechamento do mesmo. Diversas mulheres exaltaram o desejo de reabertura do CPN assim como se mostraram dispostas a ajudar no que fosse preciso para isso. Tal fato demonstra o quanto a população é carente de serviços acolhedores e humanizados, necessitando da reabertura do mesmo. Espera-se que, o mais brevemente possível, principalmente com a implantação da Rede Cegonha, que todas as instituições que atendem as mulheres no processo de nascimento proporcionem um cuidado de qualidade e humanizado, garantindo às mulheres autonomia no processo de parir-nascer, tornando-as, protagonistas e não meras espectadoras do seu próprio parto.

Outros estudos sobre a atuação da enfermeira (o) obstétrica (o) durante o trabalho de parto e parto normal no cenário do CPN se fazem necessários, já que esse é um modelo recente de assistência ao parto, podendo avaliar quais são os limites e possibilidades dessa assistência. Como sugestão, trago ainda a necessidade de estudar as concepções dos acompanhantes que vivenciaram o trabalho de parto e parto no CPN, pois conforme descrito nesse estudo, o mesmo tem fundamental papel no apoio a parturiente, além de participar ativamente no trabalho de parto.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, DF, 1983.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

_____. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o centro de parto normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**. Assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS Nº466, de 12 de dezembro de 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 mai. 2013.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. **Developmental Psychology**, v. 22, n. 6, p. 723-742, 1986.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, Rio de Janeiro, jun. 2007.

CAUS, E. C. M. et al. O Processo de Parir Assistido pela Enfermeira Obstétrica no Contexto Hospitalar: Significados para as Parturientes. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p.34-40, Rio de Janeiro, jan./mar. 2012.

COSTA, Arabela Antônia Nery de Melo. **Enfermeiras obstetras egressas dos cursos financiados pelo Ministério da Saúde na Região Nordeste do Brasil: Caracterização e atuação profissional**. 2007. 162 f. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

CUNHA, A.C.B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R.M.. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 1, p. 139-155, Rio de Janeiro, 2012.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 615-626, Rio de Janeiro, 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 627-637, Rio de Janeiro, 2005.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. **Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz**. 2002. 220 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FERNANDES, Betania Maria. **A casa de parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, diagnóstico do perfil do atendimento e a percepção das usuárias**. 2004. 154 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

GARDENAL, C. L. C., et al. Perfil das Enfermeiras que Atuam na Assistência à Gestante, Parturiente e Puérpera, em Instituições de Sorocaba/Sp (1999). **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 478-84, São Paulo, jul./ago. 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa?** 4 ed. São Paulo. Editora Atlas S. A., 2007.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010, 168 p.

GONÇALVES, R., et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.

HOGA, L. A. K. CASA DE PARTO: simbologia e princípios assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 537-40, Brasília, set./out. 2004.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, dez, 2013.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia -3ª ed.-** Rio de Janeiro, 2001, p.39.

JONES, Ricardo Herbert. Memórias do homem de vidro: reminiscências de um obstetra humanista. Porto Alegre: **Idéias a Granel**; 2004 p.33.

LEAL M.C., et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, 2014, suplemento.

MATTOS, Rubem Araújo de; PINHEIRO, Roseni. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, 180 p.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 265-70, São Paulo, mar./abr. 2009.

OLIVEIRA, A. S. S., et al. O Acompanhante no Momento do Trabalho de Parto e Parto: percepção de Puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 2, p. 247-53, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998, suplemento.

PIMENTA L. F., et al. A cultura interferindo no desejo sobre o tipo de parto. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.6, n. 3, p. 987-997, jul./set. 2013.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem- 7ª ed-** Porto Alegre. Artmed, 2011, p. 83-110.

SANTOS H. C. M. Vivências de enfermeiras obstetras: atribuições versus realidade nos centros obstétricos. 2006. 45 f. Monografia. Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2006.

SANTOS NETO, E.T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, São Paulo, 2008.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, Rio de Janeiro, set./out. 2004.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 5, n. 8, p. 47-60, São Paulo, 2001.

SILVA, M. F. G. A enfermagem obstétrica na realidade brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 270-86, Brasília, out. 1965.

SIMÕES, S. M. F. PARTO E NASCIMENTO: uma compreensão das possibilidades de inserção da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 265-270, Brasília mai./jun. 2003.

TELES, L. M. R., et al. Parto com Acompanhante e sem Acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 15, n. 4, p. 688-94, out./dez. 2010.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 652-9, Brasília, jul./ago. 2010.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO, V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n.2, p. 282-9, mar./abr. 2014.

ZVEITER, Marcele. **O cuidado de enfermeiras obstétricas com-a-mulher-que-dá-à-luz-na-Casa-de-Parto**: uma hermenêutica em Heidegger. 2011. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: “**CONCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS (OS)**”, que tem como objetivos: a concepção das mulheres sobre a assistência prestada pela (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal em um Centro de Parto Normal em Lauro de Freitas – Bahia; Descrever as características sócio-demográficas e obstétricas das mulheres assistidas pela (o) enfermeira (o) durante o trabalho de parto e parto normal e identificar os limites e possibilidades dessa assistência na concepção das mulheres. Trata-se de uma pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia a ser desenvolvida pela graduanda Marcela Luz Sacramento sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Mariza Silva Almeida. Se a senhora permitir, esta entrevista será gravada em aparelho de áudio, podendo ser modificada se for do seu desejo. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (05) cinco anos, sendo posteriormente incinerado.

A sua participação é voluntária. Para que você não seja identificada garantiremos a sua privacidade (será entrevistada em espaço reservado) e o anonimato (seu nome não aparecerá e usaremos um código para citar o seu depoimento). A senhora terá o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da entrevista. Os riscos para a sua participação na pesquisa podem estar relacionados ao desgaste físico, espera-se que seja mínimo, decorrente do tempo que levará para responder as perguntas do formulário. Em contrapartida, o estudo poderá beneficiar o centro de parto ao ouvir das próprias mães suas concepções sobre o trabalho de parto e parto assistido por enfermeiras (os), o que dará subsídios para melhorar a assistência ao parto ao dar voz as próprias mulheres; ao meio científico mediante publicação em periódicos específicos e apresentação dos resultados da pesquisa e em apresentações em eventos científicos.

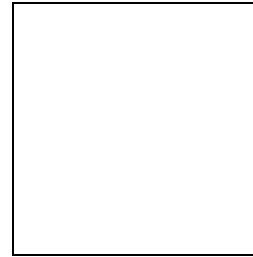
A pesquisadora não está sendo remunerada para a realização desse estudo, assim como você não receberá benefícios financeiros para a participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da responsável pela pesquisa.

Todas essas recomendações estão de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, a senhora poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa a Prof.^a Dr.^a Mariza Silva Almeida pelo número: (71) 32837625.

Este projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira, caso sinta alguma dúvida sobre o mesmo poderá entrar em contato com o CEP pelo telefone (71) 3283-9275. End. localizado na Rua do Limoeiro, 137- Nazaré - Salvador, Bahia – Brasil.

Salvador, ___/___/_____

Assinatura da Entrevistada



Impressão Digital

Assinatura Coordenadora da
Pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B- Coleta de dados secundários no prontuário



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS NO PRONTUÁRIO

Nome: _____

Data do parto: ___/___/___

Telefone para contato: _____

Endereço: _____

Idade: _____ **Sexo da criança:** _____

Observações: _____

APÊNDICE C- Formulário de entrevistaNº _____
Data da entrevista: ____/____/____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

Nome (Iniciais): _____

1. Dados sociodemográficos

Idade: _____

Cor autorreferida: Branca Parda Negra Amarela Outro _____Grau de escolaridade: Fundamental incompleto Fundamental completo Médio incompleto Médio completo Superior incompleto Superior completo Outro _____Estado conjugal: Solteira Casada União estável Separada Outro _____Com quem reside: Apenas com o parceiro Com o parceiro na casa de familiares Com familiares e sem o parceiroNúmero de filhos: 0 1 2 3 4 5 ou maisCasa própria: Sim NãoÁgua encanada: Sim NãoLuz elétrica: Sim NãoTelefone: Sim NãoRede de esgoto: Sim NãoRua calçada: Sim Não

2. Dados obstétricos

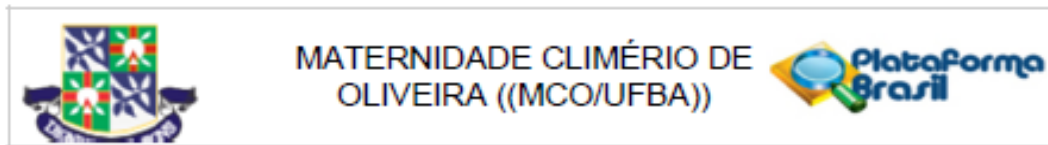
TRABALHO DE PARTO

1. Porque a Sr^a procurou o CPN?
2. Durante o trabalho de parto, quais foram as orientações recebidas? Quem lhe deu essas orientações?
3. Durante todo o seu trabalho de parto como a Sra. se sentiu? A assistência prestada pela enfermeira lhe ajudou? De que forma? Teve acompanhante? Isso tudo lhe ajudou na hora do parto?

PARTO

4. Como a Sr^a se sentiu na hora do parto? E a posição de parir? De que forma a assistência da enfermeira lhe ajudou? A enfermeira lhe deu orientações/informações neste momento? Quais? Foram úteis? Porque?
5. O que a senhora achou do CPN? Você sabia que ele está fechado? O que a senhora achou disso?

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÃO DE MULHERES NO TRABALHO DE PARTO E PARTO ASSISTIDO POR ENFERMEIRAS (OS)

Pesquisador: Mariza Silva Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32870014.5.0000.5543

Instituição Proponente: Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 755.223

Data da Relatoria: 11/08/2014

Apresentação do Projeto:

O investigador responde às pendências do Projeto, anexando um novo TCLE (ADEQUADO) e corrigindo o cronograma do projeto (ADEQUADO).

Objetivo da Pesquisa:

Não mudou.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não mudou.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não mudou.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: ADEQUADO.

Recomendações:

Não mudou.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 755.223

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 18 de Agosto de 2014

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br