

Assistência ao trabalho de parto e parto acompanhado pela enfermeira obstétrica: olhar das puérperas

Assistance to labor and delivery accompanied by nurse obstetrical: look postpartum women

Emanuelle Gomes Martins¹

Resumo

A gestação e o parto constituem experiências humanas significativas e impactantes. Este estudo objetivou descrever aspectos da experiência vivida pelas puérperas no trabalho de parto e parto, sob o cuidado da enfermeira obstétrica. Para tanto, realizou-se um estudo descritivo que utilizou a abordagem qualitativa, sendo que a pesquisa ocorreu em um hospital terciário da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, referência para obstetrícia e neonatologia. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos a partir dos prontuários. A pesquisa resultou em 14 puérperas entrevistadas, sendo os dados examinados a partir da análise do conteúdo de Bardin, no âmbito da análise temática. Essa apreciação identificou quatro categorias temáticas: vivências durante o trabalho de parto, vivências durante o parto, vivências sobre o processo de parturição e reconhecendo quem assistiu seu processo de parturição. Conclui-se, portanto, que a enfermeira obstetra

surge como categoria profissional capaz de transformar a assistência obstétrica tradicional, humanizando-a.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Humanização da assistência; Trabalho de parto; Parto.

Abstract

Gestation and childbirth are significant and impacting human experiences. This study aimed to describe aspects of the experience of puerperal women in labor and delivery, under the care of the obstetric nurse. A descriptive study was carried out using the qualitative approach. The study was carried out in a tertiary hospital of the Health Department of the State of Ceará, a reference for obstetrics and neonatology. The subjects of the research were chosen from the medical records. The research resulted in 14 interviewed puerperae, the data being examined from the analysis of the content of Bardin, within the framework of the thematic analysis. This assessment identified four thematic categories:

1. Residência Integrada em Saúde - RIS/ESP-CE ênfase Enfermagem Obstétrica.

experiences during labor, experiences during childbirth, experiences about the process of parturition and recognizing who attended their process of parturition. It is concluded, therefore, that the nurse obstetrician emerges as a professional category capable of transforming traditional obstetric care, humanizing it.

Keywords: Obstetric Nursing; Humanization of assistance; labor; Delivery.

Introdução

Desde tempos antigos, o ato de partear esteve ligado ao fazer/cuidar feminino, através das mãos das parteiras. Sendo assim, a gestação e o parto constituem experiências humanas significativas e impactantes na vida da mulher, do recém-nascido, do seu companheiro, da família de ambos e da comunidade na qual estão inseridos¹.

Todavia, à medida que os partos se deslocaram para o ambiente hospitalar, em consequência da institucionalização da medicina, outros atores envolveram-se neste cenário, com o profissional médico assumindo o papel hegemônico da assistência². Vale ressaltar que, nesse momento, o contexto obstétrico era de altas taxas de mortalidade materna e infantil. No intuito de reduzir essas taxas e garantir a segurança da mãe e do recém-nascido, os recursos técnicos foram reforçados em detrimento dos direitos humanos - a condição de pessoa, a integridade corporal e a equidade³.

O parto então assume caráter patológico, invasivo e sem privacidade para a parturiente, que é submetida à terapêutica e decisão médica. Dessa forma, a partir do século XX, o ato de parir se torna um evento hospitalar, envolvendo intervenções médicas na fisiologia do processo parturitivo⁴.

Entretanto, a medicalização da assistência ao parto não proporcionou os resultados esperados na diminuição da mortalidade materna, ao contrário, gerou uma violência institucional contra as mulheres, pois os anseios e ritmos naturais delas foram desprezados e elas foram despersonalizadas nos serviços quando, autoritariamente, despiam-na, raspavam seus pelos, limpavam seu intestino com enema, instalavam soro e a deixavam afastada da sua família⁴.

Diante disso, desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem intensificado o apoio à humanização da assistência ao parto e ao nascimento, já que os processos rotineiros, mas não familiares, a presença de estranhos e o isolamento durante o trabalho de parto ou parto causam estresse, ao ponto de intervir no andamento do trabalho de parto, prolongando-o e desencadeando uma cascata intervencionista⁵.

A partir disso e mediante a permanência das altas taxas de mortalidade materna, o Brasil também aderiu ao movimento de humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Esse movimento mostrou-se crítico ao modelo tecnocrático e reivindicativo de um novo modelo de atenção, em consonância com as recomendações da OMS. Tal movimento defendia a diminuição do uso de técnicas intervencionistas desnecessárias ou danosas ao processo de parturição, além do respeito aos direitos produtivos das mulheres⁶.

Dessa forma, no ano de 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) publica a Declaração do Milênio, a qual apresenta como 5ª meta a redução da mortalidade materna. No Brasil, um estudo realizado pelo MS/SVS (Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde) aponta que a Razão da Mortalidade

Materna corrigida passou de 143 óbitos por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 70 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2010. Percebe-se, portanto, uma redução de 51% no período estudado. No entanto, a morte de mulheres por causas ligadas à gravidez, aborto, parto e puerpério é, em sua quase totalidade, evitável¹⁷.

Segundo ainda o Informe Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Ceará 7, nesse estado, de 1998 a 2014, foram notificados 38.120 óbitos de mulheres em idade fértil, sendo que destes foram confirmadas 2.039 mortes maternas (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias), sendo 1.802 por causas obstétricas diretas ou indiretas, com uma média da Razão da Mortalidade Materna (RMM) no período supracitado de 78,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto segundo parâmetros da OMS.

Diante desse quadro, uma das estratégias utilizadas pelo MS para diminuir o índice de mortalidade materna, reduzir a quantidade de cesáreas e alcançar, portanto, a 5ª meta do Milênio foi o lançamento, em 2011, da Rede Cegonha, que tem como objetivo garantir às mulheres e crianças o direito ao parto e ao nascimento seguro e humanizado.

Asingularidade e a complexidade que permeiam o processo de parturição, seja ele de baixo risco ou com intercorrências clínicas, emanam a necessidade de se ter um acompanhamento durante esse processo, permeado pela confiança e segurança que culmine em uma atenção de qualidade e humanizada.

Nesse âmbito, a assistência de enfermagem à mulher, nesse processo de parturição, é considerada como uma possibilidade real para a transformação desta parturiente de agente passivo,

considerado como mero objeto de intervenções muitas vezes desnecessárias, em ser ativo que deve estar no centro da assistência humanizada nesse momento que é seu por direito e essência.

Outro aspecto que fortalece a atuação da enfermeira nessa vivência é, atualmente, ser considerada com potencial transformador, pela OMS, para a redução da morbimortalidade materna e perinatal e de redução da taxa de cesárea. No Brasil, estudos mostram que a presença de enfermeiras obstetras reduz o excesso de cesarianas desnecessárias. Em maternidades onde os partos são assistidos por enfermeiros ou obstetras, a taxa de cesariana é 78% menor quando comparada aos hospitais onde não há presença desse profissional no momento do parto⁸.

Por isso, o MS, por meio da Rede Cegonha, está investindo em dois eixos. O primeiro é a formação de enfermeiras obstetras, pois se tem um número pequeno de profissionais. O Reino Unido, por exemplo, tem cerca de 100 milhões de habitantes e 40 mil midwives registradas, enquanto que o Brasil, com população de 190 milhões, conta com apenas 5 mil profissionais registrados na Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Entre cursos de aprimoramento, especialização e residência, abriu-se um total de 1.154 vagas para formação ou qualificação desse profissional. O outro eixo é a construção de centros de parto normal, onde a assistência ao parto natural é feita integralmente pela enfermeira obstetra. Entre construção e reformas, tem-se 115 projetos em andamento⁸.

Destarte, o cuidado prestado pela enfermeira e pelos demais profissionais da equipe de enfermagem podem modificar ou amenizar as atitudes negativas

manifestadas pela mulher nesse percurso, facilitando o transcorrer fisiológico do processo de nascimento.

No tocante à assistência de enfermagem, ela se desenvolve nesse momento através do ato de partejar que, segundo o dicionário Ferreira⁹, “é servir de parteiro ou parteira, ou seja, aquele que assiste a parturiente”. Em outras palavras, relaciona-se com o cuidado dispensado à mulher por todo o período do trabalho de parto, tendo como características o acolhimento da parturiente, a presença, o diálogo, o ato de ouvi-la e orientá-la¹⁰.

Com isso, acredita-se que, mediante a opinião das puérperas segundo suas vivências, será possível adequar a qualidade da assistência e proporcionar um trabalho de parto e parto humanizado, desencadeando nessa mulher confiança em si mesma e na equipe, fatos que facilitam e incentivam o parto normal, bem como o exercício saudável da sua sexualidade.

Portanto, compreendendo que existem inúmeras peculiaridades que advêm do processo de parturição, isso nos levou a fazer alguns questionamentos norteadores de como as mulheres percebem a atenção dos profissionais no ato de partejar, entre as quais explicitamos: qual a percepção das parturientes acerca da assistência da enfermeira obstetra durante o trabalho de parto, parto e puerpério?

Posto isso, a necessidade de compreender como as mulheres percebem essa assistência e se ela realmente proporcionou uma experiência positiva na história de vida delas foi um dos motivos geradores dessa pesquisa. Além desses, a observação da assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas no cenário de prática e o fato da pesquisadora estar se especializando nesta área da enfermagem também impulsionaram a investigação, uma vez que a mesma gostaria de saber

também se as práticas preconizadas para esta assistência realmente fazem a diferença nesse processo na opinião das puérperas.

Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa é descrever aspectos da experiência vivida pelas puérperas durante o trabalho de parto, parto e puerpério, assistido pela (o) enfermeira (o) obstetra em um hospital terciário na cidade de Fortaleza, Ceará.

Portanto, acredita-se que esse estudo estará auxiliando as enfermeiras obstetras no aperfeiçoamento da assistência à mulher em trabalho de parto e parto, além de enriquecer o processo de discussão dessa assistência, o que poderá ajudar os gestores na tomada de decisões para melhorar esse processo de humanização da assistência ao parto.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo que utilizou a abordagem qualitativa porque se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo nas relações¹¹.

A pesquisa ocorreu em uma instituição da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. O hospital é terciário de alta complexidade, de ensino, reconhecido pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, de referência nesse estado nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

No tocante à maternidade, esta é referência estadual para a gestação e parto de alto risco, ou seja, aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da

população considerada, e está inserida na política de humanização ao parto e nascimento preconizado pelo Ministério da Saúde através da Estratégia da Rede Cegonha e, por isso, tem a participação da enfermeira obstetra na assistência ao parto para atender aos princípios desse modelo. Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos a partir dos prontuários utilizados pelos profissionais de saúde, tendo como base para seleção das participantes as fichas da Rede Cegonha e um livro de registro dos partos realizados por enfermeiros obstetras das salas de partos.

Com base nesse material, foram selecionadas 14 puérperas que compõem a amostra desse estudo. O período da realização da pesquisa ocorreu entre os meses de janeiro de 2015 e março de 2016.

Os critérios de seleção da amostra incluíram mulheres no puerpério imediato com feto nativivo que, segundo Montenegro e Filho¹², “é o período entre o 1º e o 10º dia pós-parto”; que tiveram partos normais sem complicações, assistidos por enfermeira (o) obstetra; múltiparas; que apresentem condições cognitivas e mentais preservadas; com capacidade de verbalização e com idade superior a 19 anos. Foram excluídas puérperas adolescentes, pois na realidade estudada é permitido ficar com acompanhante no momento do parto, o que poderia interferir nos dados coletados, já que os profissionais de saúde poderiam mudar sua conduta diante desse sujeito.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com roteiro pré-elaborado, a partir da seguinte pergunta norteadora: ‘Conte-me, por favor, como foi esse seu último parto?’; a qual norteou os discursos, no sentido das mesmas poderem expressar os sentimentos vivenciados durante o processo parturitivo. As entrevistas foram encerradas quando as informações tornaram-se repetitivas.

Para assegurar a privacidade e sigilo das entrevistadas, utilizou-se a letra ‘E’ que remete à palavra ‘entrevistada’, acrescida do número ordinal em sequência cronológica das puérperas entrevistadas (E01, E02...).

Após a coleta dos dados, esses foram examinados a partir da análise do conteúdo de Bardin. Sendo assim, utilizou-se, dentre as técnicas de análise de conteúdo, a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido¹³.

Desse modo, a análise do material que foi coletado ocorreu em três etapas, conforme proposto por Bardin: 1. Ordenação dos dados (fase de descrição): transcrição das gravações na íntegra, releitura do material e organização dos depoimentos; 2. Classificação dos dados (inferência): reconhecimento e identificação das unidades de registro e agrupamento das mesmas em unidades temáticas, sendo as unidades de registro as unidades de significação a codificar, e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando à categorização e a contagem sequencial, por exemplo: a palavra, o tema, o objeto, o personagem, o acontecimento, etc; 3. Análise final (interpretação dos dados): articulação dos dados com os conceitos discutidos no estudo.

O trabalho recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HGCC, através do Parecer nº 1.328.007, obedecendo às normas da Resolução 466/2012 para a pesquisa com seres humanos. Todas as puérperas entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido¹⁴.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 14 puérperas que tiveram sua parturição assistida pela enfermagem obstétrica. Elas apresentavam idade entre 19 e 38 anos, com média de dez anos de estudo. Onze relataram viver em união estável com seus parceiros, uma era casada, uma solteira e uma divorciada. Das entrevistadas, metade exercia atividade remunerada e as demais referiram serem donas de casa. Nove dessas mulheres residiam em Fortaleza, uma na região metropolitana, três no interior do estado e uma era de outro estado.

Com relação à história obstétrica das entrevistadas, dez eram secundigestas e quatro eram múltíparas, sendo que no parto anterior uma relatou ter sido parto abdominal e treze tiveram partos vaginais. Quatro tiveram seus partos anteriores assistidos no hospital atual e dez tiveram seus partos em hospitais diferentes do pesquisado.

Por meio da análise temática das entrevistas, foram identificadas quatro categorias temáticas: vivências durante o trabalho de parto, vivências durante o parto, vivências sobre o processo de parturição e reconhecendo quem assistiu seu processo de parturição.

Essas categorias surgiram após a transcrição das gravações das entrevistas na íntegra, releitura do material e organização dos depoimentos. Quando foram sendo reconhecidas e identificadas as unidades de registro semelhantes, agrupando-as em unidades temáticas e, por fim, realizada a análise final dos temas, articulando os dados com os conceitos discutidos no estudo.

1. Vivências durante o trabalho de parto

Essa categoria emergiu das falas das puérperas entrevistadas ao remeterem à experiência vivenciada durante o

trabalho de parto, ou seja, o momento desde a internação até o início do parto propriamente dito, sendo que elas dividiram essa experiência entre vivências positivas e negativas.

As mulheres que referiram vivências positivas justificaram que os profissionais orientaram-nas com relação a como proceder para acelerar/ tornar menos doloroso esse momento do trabalho de parto: “[...] me orientaram a rebolar e a agachar durante as contrações. Fizeram massagem nas minhas costas quando não aguentava mais a dor. Me apresentaram o cavalinho e a bola, além de deixarem eu tomar banho[...].” (E04 e E13).

Por outro lado, entre as puérperas que relataram vivências negativas, a maioria salientou o sentimento de solidão e ausência de orientações sobre como agir. “[...] Não me orientaram sobre nada. Foi horrível! Fiquei sozinha. Só deitada [...]” (E05). “[...] Nesse momento, ninguém me acompanhou, só as colegas de quarto que me encorajavam e diziam como eu fazer[...].” (E14).

As vivências positivas que surgiram na fala das puérperas destacam o sentir-se bem em virtude da presença e da atenção que receberam da equipe, o que proporcionou uma vivência construtiva durante o trabalho de parto. Segundo Santos e Pereira⁴, o acolhimento é um dos elementos fundamentais para a humanização da atenção obstétrica, pois é através deste que o trabalhador da saúde mostra-se interessado e disponível em conhecer a mulher, seus familiares e suas demandas de cuidados, amenizando o medo decorrente do parto.

A inclusão dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, citado por algumas puérperas, abrange um conjunto de cuidados que tem como objetivo oferecer à mulher a possibilidade

de vivenciar a experiência de parir como um evento fisiológico, favorecendo o seu protagonismo, o que pode ser feito através do estímulo ao seu empoderamento.

No campo obstétrico, o processo de empoderamento da mulher traz uma nova concepção de poder, assumindo novas formas de responsabilidades coletivas e de tomadas de decisões compartilhadas, quando envolve não só a consciência individual, mas uma ação coletiva com o propósito de alcançar as transformações sociais. Implica também a eliminação do raciocínio clínico médico como única alternativa, passando a enfermeira a cuidar em uma perspectiva de encorajamento das mulheres a serem as protagonistas do evento do parto e nascimento¹⁵.

Todavia, as vivências negativas que surgiram no discurso das puérperas destacam a solidão e a falta de orientação durante a assistência. Segundo uma pesquisa realizada por Dias e Domingues¹⁶, na qual constataram em seus resultados que, para alguns profissionais, o trabalho contínuo na assistência ao pré-parto e parto é considerado muito difícil, visto que o modelo de atenção vigente não oferece suporte emocional, medicalizando em excesso a assistência ao parto.

Seguir esse paradigma leva a uma preocupação apenas técnica, ou seja, preocupam-se mais com a gravidez do que com a mulher grávida. Desta forma, a técnica do parto é supervalorizada e a mulher deixa de ser vista como um ser humano biopsicossocioespiritual.

Para contrapor-se a essa prática intervencionista, vem-se buscando a proposta da humanização da assistência ao parto, que vai ao encontro de duas grandes demandas das mulheres e da sociedade. A primeira, a da oferta pelo sistema público de saúde de um serviço que não seja utilizado apenas por quem

não tem qualquer outra opção, mas um serviço que devolva com qualidade às mulheres o direito de ter um parto em condições que assegurem sua segurança e a de seu bebê. A segunda, que ofereça à mulher, na vivência deste acontecimento, a possibilidade de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, para que seja visto como uma experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com suas expectativas¹⁶.

2. Vivências durante o parto

No tocante à assistência ao parto, surgiu nos discursos das entrevistadas a unanimidade de todas acharem que foram bem assistidas nesse momento do processo parturitivo.

“[...] Me incentivaram e me acalmaram. Disseram como fazer a força e as posições que eu podia ficar [...]”. (E03)

“[...] Na hora do parto era uma equipe grande que me viu parindo. Todos me orientaram [...]” (E07)

“[...] O profissional ficou pedindo pra gente não gritar, mas é uma coisa que ele tá fazendo pro nosso bem, né? Mas não tem como não gritar... Eles orientam o que é melhor pra gente [...]” (E01).

No tocante às vivências durante o parto, foram unânimes as mulheres acharem-nas positivas, por terem sido orientadas e acompanhadas pelos profissionais, não ficando sozinhas. Além do alívio em ganhar, conhecer o bebê e o término da dor, mesmo que o profissional tenha sido menos simpático e usado técnicas tidas como não aconselháveis pela OMS.

A importância da permanência contínua do profissional no ambiente assistencial, já foi reconhecida como aspecto fundamental na qualidade da assistência ao parto, pelo fato de contribuir na diminuição do medo, da dor e da ansiedade que permeia o processo¹⁷.

Isso é notório também quando comparamos as falas das puérperas no pré-parto e no parto, pois quando não receberam orientação, nem tiveram a permanência do profissional no ambiente assistencial, elas relataram solidão e atribuíram a isso vivências que geraram sentimentos negativos. Todavia, durante o parto todas relataram vivências que geraram sentimentos positivos pelas orientações recebidas e pela presença constante do profissional ao seu lado, ocorrendo até a justificativa, pelas puérperas, da violência obstétrica (fala E01).

Segundo Nascimento et al¹⁸, o usuário dos serviços de saúde em geral não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas da falta de interesse e responsabilização dos diversos serviços em torno de si e de seu problema. Logo, se ele se sentir acolhido e sentir que o seu problema será resolvido, a assistência será vista como adequada.

Portanto, as parturientes merecem uma cuidadosa conscientização sobre as etapas do parto e das dificuldades que nele possam surgir, bem como uma assistência de qualidade, através da transmissão de confiança e tranquilidade. E essa abordagem deve ser iniciada desde o planejamento familiar, perpassando por um pré-natal de qualidade e efetivo, culminando com uma assistência ao parto e nascimento humanizado, centralizado no binômio mãe-bebê e sua família.

A equipe de saúde deve estar sensibilizada para a importância desse evento, oferecendo um cuidado que valorize o aspecto emocional envolvido no momento, compartilhando com a mesma as decisões daquele período¹⁹. E essa permanência do profissional deve ocorrer mediante estabelecimento de comunicação interpessoal efetiva e abordagem respeitosa e carinhosa das

parturientes, além do desenvolvimento dos procedimentos de assistência ao parto baseado em evidências científicas.

Dessa forma, o cuidado prestado pela enfermeira e pelos demais profissionais da equipe de enfermagem podem modificar ou amenizar as atitudes negativas manifestadas pela mulher nesse percurso, facilitando o transcorrer fisiológico do processo de nascimento.

3. Vivências sobre o processo de parturição

As entrevistadas mencionaram como se sentiram acerca da assistência durante todo o seu processo de parturição. Todas referiram ter sido um processo doloroso. Porém, a maior parte ressaltou que, apesar de ser doloroso, a assistência de qualidade minimizou o aspecto negativo da dor.

“[...] O parto foi demorado e doloroso, mas a assistência foi boa [...]” (E07).

“[...] Achei interessante porque fui bem atendida. Foi tranquilo [...]” (E02).

“[...] Foi boa porque o parto foi mais rápido e o atendimento melhor que o meu primeiro parto. No outro fui mal tratada, nesse não [...]” (E12).

Contudo, uma menor parcela das entrevistadas associou a dor à falta de apoio e de orientação, tornando a assistência global insatisfatória.

“[...] Não tive apoio e o parto foi muito doloroso [...]” (E09).

Durante todo o processo de parturição, da acolhida no hospital até o nascimento do RN, a vivência das puérperas se configurou na interação com os profissionais durante o processo e não na assistência em si. Muitas desconhecem seus direitos e declaram-se satisfeitas simplesmente por conseguirem atendimento e ter cessado a dor com o nascimento do RN.

4. Reconhecendo quem realizou a assistência ao seu processo de parturição

Foi indagado, por fim, se as mulheres sabiam qual categoria profissional havia realizado seu parto, ressaltando que um dos critérios de inclusão para esse estudo é a puérpera ter tido seu parto assistido pela enfermeira obstetra, ou seja, todos os partos foram realizados por um profissional dessa categoria. Todavia, nem todas as mulheres reconheceram a enfermeira obstetra como a profissional que realizou seu parto.

A maioria delas sabia quem realizou seu parto.

“[...] Quem fez meu parto foi a enfermeira. Ela me acompanhou durante todo o trabalho de parto e parto. Foi 10! [...]” (E13).

Porém, outra parte referiu ter sido o médico a categoria profissional que assistiu seu parto. E ainda outra parte declarou que não sabia quem fez seu parto.

“[...] Não sei quem fez meu parto. Mas me ajudaram muito [...]” (E10)

“[...] Não sei quem fez. Acho que não me falaram, e se me falaram não prestei atenção [...]” (E12).

Observa-se que as contribuições do processo de parir assistido pela enfermeira obstetra, na opinião de oito entrevistadas, mostrou-se positivo ao ponto da puérpera reconhecê-la como peça principal no desencadeamento e conclusão do seu parto, tornando-o um momento de realização, crescimento e empoderamento.

Portanto, isso significa, segundo Nascimento¹⁸, que a enfermeira obstetra é um agente estratégico no estímulo ao parto normal, particularmente quando sua prática humanista é potencializada por modelos assistenciais orientados pela humanização e pela utilização de práticas baseadas em evidências científicas.

Todavia, também foi observado que ainda uma parcela considerável das entrevistadas não reconheceu na enfermeira obstetra o profissional que realizou o seu parto, o que demonstra uma dificuldade na utilização da prática assistencial obstétrica por esse profissional. Uma vez que quatro entrevistadas referiram ter sido o médico quem realizou seu parto e duas referiram não saber qual profissional assistiu seu parto.

Fica evidente, deste modo, que é necessário romper com o modelo tradicional do parto institucionalizado, tentando rompê-lo com tecnologias leves e simples como a valorização da mulher, fortalecendo-a no processo de parir, tratando-a com carinho, respeitando-a em seu tempo, propiciando cuidados para o alívio da dor e condução do trabalho de parto.

É necessário também que a enfermeira obstetra atualize e reorganize seu papel nesse contexto, estimulando os coparticipantes do processo de nascimento a expressarem seus sentimentos, suas crenças, seus valores, possibilitando condições para se aprender com os usuários e rever o nascimento como um rito de passagem, que exige uma atitude transformadora que ultrapasse a visão biológica e tradicional, limitada ao cuidar de mulheres e recém-nascidos como se estivessem doentes.

Dessa forma, somente com a interação entre profissional e usuário/família, a assistência será adequada para todos.

Conclusão

Assistir a mulher no seu trabalho de parto e parto é ir além de ‘aparar’ a criança na hora do seu nascimento. Significa respeito à feminilidade da parturiente, atendimento delicado, liberdade de expressão, aprendizagem, presença que

dá segurança e ânimo na hora que ela mais teme, quando a dor e a solidão são fortemente referidas.

E a enfermeira obstetra surge como instrumento proporcionador desse ambiente tão almejado pelas mulheres e familiares e tão distante do modelo hospitalocêntrico vigente. Pois, segundo a pesquisa, quando a enfermeira obstétrica esteve realmente presente no processo de partear, realizando o cuidado a essa parturiente em toda a sua extensão e possibilidades, as vivências produzidas foram positivas. Quando a postura desse profissional somente reproduziu uma assistência obstétrica tradicional às mulheres, as experiências geradas foram negativas, intensificando a dor e o sentimento de solidão nesses sujeitos.

Logo, a presente pesquisa mostrou ser possível, dentro de um ambiente hospitalar, uma assistência humanizada com centralização na mulher, no seu bebê e na família. Mesmo admitindo-se que ainda observa-se na conduta de alguns profissionais o modelo tradicional de assistir ao parto.

Assim como em outros estudos podem ocorrer limitações, esse também as teve. A fragilidade das mulheres em falarem dos seus partos, por vezes, trazendo consigo expectativas e incertezas quanto ao desfecho do processo, pode constituir uma limitação nesse tipo de estudo. Mesmo aquelas que já vivenciaram a experiência em outros partos podem mostrar aparente fragilidade, uma vez que cada nascimento de um filho é um momento singular.

Por fim, espera-se que essa pesquisa contribua para o fortalecimento da assistência humanizada ao parto normal assistido pela enfermeira obstetra, pois ao mostrar as dificuldades para a implantação desse modelo, abre-se um leque de possibilidades para revertê-las.

Sugere-se que instituições dos diversos níveis de atenção realizem outros estudos que possam aprofundar e compreender melhor o tema em questão, com o intuito de vislumbrar além do olhar da puérpera imediata também o da mulher em vários aspectos, na gestação, parturição, amamentação e puerpério tardio.

Referências

1. Costa, LHR; Memórias de parteiras: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina de cuidar. 2002. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
2. Nunes, IM; Moura, MAV. A atenção ao parto como espaço de poder. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.17, n.3, p.340-346, jul/set. 2004.
3. Sodré, TM; Lacerda, RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Revista Escola de Enfermagem – USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p.82-89. 2007.
4. Santos, LM; Pereira, SSC; Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.77-97, 2011.
5. Organização Mundial da Saúde. Guia prático para a assistência ao parto normal. Genebra: OMS, 1996.
6. Mccallum, C; Reis, AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v.22. n. 7. P. 1483-1491, jul 2006.
7. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Ceará. Informe Epidemiológico Mortalidade Materna, Fortaleza, 2015.
8. Batalha, E. O lugar das enfermeiras e obstetrias. *Radis*. n.148.p. 30-33. Jan. 2015.
9. Ferreira, ABH. Mini Aurélio. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.
10. Silveira, IP; Fernandes, AFC. Partear: Humanização do cuidado de enfermagem. *Revista RENE*, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 48-56. Mai/ago 2006.
11. Minayo, MCS (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

12. Montenegro, CAB; Filho, JR. Rezende, Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
13. Bardin, L. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antero Reto. Lisboa: Edições 70, 1977, 226p.
14. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, e da outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de jul. 2013.
15. Progianti, JM; Vargens, OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. Escola Anna Nery Revista de enfermagem, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 194-197, 2010.
16. Dias, MAB; Domingues, RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 10(3), 669-705, 2005.
17. Lambert, ACS; Hoga, LAK; Jamas, MT. O desenvolvimento de um modelo de assistência contínua ao parto. Investigación y Educación en Enfermería Medellín, Vol. 28, 2, 2010.
18. Nascimento, NM. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizado por enfermeiras: a percepção das mulheres. Escola Anna Nery Revista de enfermagem, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.
19. Nogueira, VMR. Estado de bem estar-social: origens e desenvolvimento. Revista Katállys, UFSC, Florianópolis, 2001.

Endereço para correspondência

Emanuelle Gomes Martins
End: Avenida Padre Daniel, 345,
Centro, Ereré – Ceará
CEP: 63.470-000
e-mail: emanuellegmartins@hotmail.com