

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VIVÊNCIAS DE MULHERES-PRIMÍPARAS NAS
PRÁTICAS DE CUIDADO AO PARTO VAGINAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Juliane Scarton

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

VIVÊNCIAS DE MULHERES-PRIMÍPARAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO PARTO VAGINAL

Juliane Scarton

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Scarton, Juliane
Vivências de mulheres-primíparas nas práticas de
cuidado ao parto vaginal / Juliane Scarton.-2015.
77 p.; 30cm

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Enfermagem 2. Assistência à Saúde. 3. Parto normal
I. Beatriz Ressel, Lúcia II. Título.

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Dissertação de Mestrado

VIVÊNCIAS DE MULHERES-PRIMÍPARAS NAS PRÁTICAS DE
CUIDADO AO PARTO VAGINAL

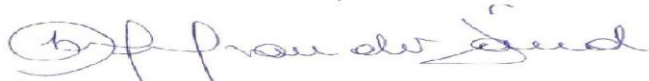
elaborada por
Juliane Scarton

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:



Prof^a. Dr^a. Lúcia Beatriz Ressel (Presidente/Orientadora) (UFSM)



Prof^a. Dr^a. Isabel Cristina Pacheco van der Sand (UFSM)



Prof^a. Dr^a. Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini (UFSM)



Prof^a. Dr^a. Margrid Beuter (UFSM)

Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai **Sadi Scarton**, e minha mãe **Dosolina C. Mainardi Scarton**, sem os quais não
seria possível realizar esse sonho.
Exemplos de pais, que nunca mediram esforços para realização dos meus sonhos. Hoje, tudo
o que sou, devo a vocês. Essa conquista é nossa! Eu os amo com amor eterno.
Muito obrigado, meus amores.*

AGRADECIMENTOS

A Santíssima Trindade, Pai, Filho e Espírito Santo de Deus, por me direcionar sempre ao melhor caminho e por proporcionar a alegria desta conquista.

*A minha mãe **Dosolina C. Mainardi Scarton**, por ser um exemplo de mulher e de mãe, meu porto seguro. Pela motivação, força e segurança nos bons e maus momentos. Obrigado mãezinha, por comemorar comigo essa conquista. Eu te amo!*

*Ao meu pai **Sadi Scarton**, por não ter medido esforços para a realização deste sonho. Obrigado meu amor, pela alegria que me deste, por ser esse pai maravilhoso, o melhor pai do mundo. Eu te amo paizinho!*

*Ao meu irmão **Jiusséri e Jurema Scarton** e a minha irmãzinha gêmea **Juciane Scarton**, Deus me presenteou com os melhores irmãos e amigos do mundo. Obrigado pela força, carinho, amizade, paciência e pelas brigas também, pois quando a distância física se tornou maior, até destas, eu senti saudade. Muito obrigado, meus irmãozinhos!*

*A minha professora **Lúcia Beatriz Ressel**. Obrigado pela oportunidade, pelo carinho e tamanha dedicação. Quem dera se o mundo tivesse mais pessoas com um coração lindo igual ao seu.*

*A minha colega e amiga **Lisie Alende Prates**, você foi um anjo enviado por Deus na forma de amiga. Obrigado querida, por ser dona de um coração lindo. Obrigado pelo companheirismo, carinho e ensinamentos. Te levarei para sempre em meu coração. Te amo, amiga!*

*A todos meus **amigos e familiares** que me deram força, compreenderam meus momentos de ausência e tornaram minha vida mais feliz com a presença de cada um de vocês. Obrigado!*

*A **banca examinadora**, docentes que eu admiro. Obrigado por fazerem parte desse momento tão especial em minha vida.*

*A todos os professores do **PPGenf da UFSM**, discentes do grupo de pesquisa: Cuidado, Saúde e enfermagem e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), Muito obrigado!*

*A todos que de alguma forma tornaram esse sonho realidade.
Muito obrigado!*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

VIVÊNCIAS DE MULHERES-PRÍMIPARAS NAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO PARTO VAGINAL

AUTORA: JULIANE SCARTON

ORIENTADORA: PROF^a DR^a LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

O nascimento constitui um dos principais acontecimentos na vida da mulher, pois estabelece a transição ao papel de mãe. Nessa direção, apesar de o nascimento de um filho ser habitualmente um acontecimento transbordado de felicidade, não se pode desconsiderar que comumente este também se constitui em um momento de ansiedade e medo determinados pela vivência de algo desconhecido. Nesse intuito, toda a atenção no processo parturitivo, desde o início do trabalho de parto, deve ser realizada levando-se em consideração o respeito na relação entre profissional, parturiente e família. Com base no exposto, este estudo teve como questão norteadora “como foi a vivência de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto e parto, em uma instituição hospitalar do interior do estado do Rio Grande do Sul/Brasil?”, o objetivo foi conhecer a vivência de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado prestadas pelos profissionais de enfermagem no trabalho de parto e parto. Tratou-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, com enfoque descritivo, realizada em uma maternidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, com dez mulheres-primíparas. A produção dos dados deu-se pela utilização de entrevista semiestruturada, gravada na íntegra, sendo os dados transcritos e, após, analisados pela Análise de Conteúdo Temática seguindo a Proposta Operativa. Os preceitos éticos foram observados conforme a Resolução número 466/2012. Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAEE 26452313.8.0000.5346. Entre os resultados, emergiram, as práticas de cuidado referentes aos métodos não farmacológicos e de avaliação do bem-estar materno e fetal. Destacaram-se a participação ativa dos profissionais de enfermagem, mostrando-os presentes, preocupados e solícitos às necessidades das mulheres e, também, cuidados pautados no esclarecimento e em orientações de como proceder no período expulsivo e de como enfrentar a dor das contrações uterinas no trabalho de parto e parto. Por outro lado, encontrou-se, a restrição hídrica e alimentar e a realização rotineira de procedimentos desnecessários e sem evidências científicas pelos profissionais de enfermagem. Ademais, constatou-se profissionais que permaneceram indiferentes ao momento vivido pela mulher e sua família. Conclui-se que, a vivência do cuidado desempenhado pelos profissionais de enfermagem no trabalho de parto e parto na atenção às mulheres-primíparas está intrinsecamente ligada à forma com que o profissional desempenha o seu cuidado. Espera-se que esse estudo possa contribuir no cuidado prestado às mulheres em trabalho de parto e parto, por meio da reflexão e reformulação de condutas de cuidados nesta área, tanto em maternidades quanto na construção do conhecimento acerca deste tema nas instituições de ensino, a fim de que seja consolidado a partir das necessidades das principais protagonistas envolvidos na cena do parto, ou seja, as mulheres, seus bebês e sua família.

Descritores: Parto Normal. Assistência à Saúde. Enfermagem

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

PUERPERAS WOMEN EXPERIENCES IN CARE PRACTICES THE VAGINAL BIRTH

AUTHOR: JULIANE SCARTON
ADVISOR: PROF^a DR^a LÚCIA BEATRIZ RESSEL
Place and date: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2015.

The birth is one of the major events in women's lives, because it establishes the transition to motherhood. In this sense, although the birth of a child usually be one of happiness overflowed event, one can not ignore that commonly this also constitutes a time of anxiety and fear determined by the experience of something unknown. To that end, all the attention in the birth process, from the beginning of labor, should be carried out taking into account the respect in the relationship between work, laboring woman and family. Based on the above, this study was guiding question "how was the experience of women-primiparous regarding care practices performed by nursing professionals during labor and delivery in a hospital in the state of Rio Grande South / Brazil? ", the objective was to know the experience of women-primiparous regarding care practices provided by nurses in labor and delivery. It was a field research, a qualitative approach with descriptive approach, performed in a maternity hospital in the interior of Rio Grande do Sul State, with ten women-gilts. Data production was due to the use of semi-structured interview, recorded in full, and the transcribed data and, subsequently, analyzed by qualitative analysis following the Proposal Operations. The ethical principles were observed under Resolution number 466/2012. This research was approved by the Research Ethics Committee, under the General Certificate of Appreciation for Ethics CAEE 26452313.8.0000.5346. Among the results emerged, care practices relating to non-pharmacological methods and evaluation of maternal and fetal well-being. Highlights included the active participation of nursing professionals, showing the present, concerned and helpful to the needs of women and also guided care in the clarification and guidance on how to proceed in the second stage and how to face the pain of uterine contractions in labor and delivery. On the other hand, it was found, the water and food restriction and routine performance of unnecessary procedures and without scientific evidence by nursing professionals. Moreover, it was found that professionals remained indifferent to the moment experienced by the woman and her family. In conclusion, the experience of care played by nurses in labor and delivery in attention to women-primiparous is intrinsically linked to the way the professional plays his care. It is hoped that this study will contribute in the care given to women in labor and delivery, through reflection and reformulation care behaviors in this area, both in hospitals and in the construction of knowledge on the subject in educational institutions, order to be consolidated from the needs of the key players involved in the birth scene, ie women, their babies and their families.

Descriptors: Childbirth Normal. Health Care. Nursing

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----------|
| Anexo A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa | 69 |
|---|-----------|

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|-----------|
| Apêndice A – Roteiro para Entrevista | 72 |
| Apêndice B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido | 73 |
| Apêndice C - Termo de Assentimento | 75 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 11 |
| 2 PERCURSO METODOLÓGICO | 16 |
| 2.1 Tipo de estudo | 16 |
| 2.2 Cenário da pesquisa | 16 |
| 2.3 Participantes da pesquisa | 17 |
| 2.4 Coleta de dados | 18 |
| 2.5 Análise dos dados | 19 |
| 2.6 Aspectos éticos | 20 |
| 3 RESULTADOS | 22 |
| ARTIGO 1: “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres-primíparas no parto normal..... | 22 |
| ARTIGO 2: Práticas de cuidado no parto normal: a vivência de mulheres-primíparas..... | 39 |
| 4 DISCUSSÃO | 57 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 62 |
| REFERÊNCIAS | 64 |
| ANEXO | 68 |
| APÊNDICES | 71 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No ano de 2010, no Brasil a taxa de parto hospitalar foi superior a 98%. Contudo, ainda existe uma elevada razão de mortalidade materna, a qual correspondia, em 2010, a 68 óbitos/100.000 nascidos vivos, superando em muito os 10 óbitos/100.000 considerados aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2010; BRASIL, 2012).

Pesquisa realizada no Brasil, intitulada “Nascer no Brasil”, confirma uma proporção de cesarianas de 45,5% em mulheres que apresentam risco obstétrico habitual. Ademais, também se observou que intervenções realizadas no trabalho de parto e parto normal foram abusivas, sendo que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas, nesse grupo, pariram de forma fisiológica, sem qualquer tipo de intervenção no trabalho de parto (LEAL et al, 2014).

Esses índices refletem modificações nos modos de cuidar e na maneira de parir a qual vem sofrendo transformações ao longo dos anos. Durante milhares de anos, a prática do cuidar não pertenceu a uma profissão específica. O cuidado era entendido e realizado por qualquer pessoa que ajudasse a outra na manutenção de sua vida e na promoção da sobrevivência. O cuidar sempre esteve presente nas diversas dimensões do processo de nascer, viver e morrer (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 1998).

Nesse contexto, o parto e o nascimento são acontecimentos fundantes para a existência e continuidade da vida humana. Durante milhares de anos, muito antes da existência das ciências médicas, as mulheres construía seus modos de parir. Esse era um evento de cunho familiar e centrado na figura feminina. O processo parturitivo era realizado no domicílio por parteiras, em um ambiente calmo e aconchegante, junto ao convívio da família, uma vez que o processo fisiológico do parto era respeitado (BRENES, 2005; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Com o progresso do capitalismo industrial, a partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX, com o desenvolvimento científico e tecnológico e a necessidade de controlar a natureza, o parto foi levado gradativamente para o cenário hospitalar (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010). Origina-se, então, o ramo obstétrico da medicina, que transformou o parto, que era uma experiência domiciliar centrada na mulher, com participação ativa da família e de pessoas próximas do seu convívio, em um evento cirúrgico, desenvolvido no ambiente hospitalar e que passou a ser direcionado pelo modelo tecnocrático,

centrado na figura masculina do médico e no seu poder concebido por meio do saber e de práticas obstétricas, que determinaram uma nova direção ao parto e nascimento (BRASIL, 2010; PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Embora tenhamos cruzado um século desta história, ainda persistem os cuidados norteados pelo modelo tecnocrático e hospitalocêntrico, em que o nascimento é percebido como um problema médico; o corpo da mulher é encarado como imperfeito e ela é considerada como incapaz de compreender o processo de parturição. Com isso, os profissionais de saúde desconsideram a possibilidade de envolvê-la nas decisões médicas referentes a seu corpo, sua vida. A partir dessa lógica, várias tecnologias são utilizadas sem avaliar a sua necessidade e eficácia, banalizando a segurança da mulher e do bebê (BRASIL, 2014).

Concernente a isso, muito se tem feito ao longo dos anos, para superar esse modelo, por meio de programas nacionais, projetos, estudos, leis, orientações de órgãos reconhecidos internacionalmente e baseado em evidências científicas, como o guia prático elaborado pela OMS com recomendações de práticas seguras no parto normal (OMS, 1996), a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo principal é reorganizar a assistência, garantindo a qualidade do cuidado e a humanização da assistência à mulher no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2001).

Ainda, a promulgação da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que estabelece que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, devem permitir a presença junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e que este deve ser de livre escolha e indicado pela própria parturiente (BRASIL, 2005); e mais recentemente, em 2011, instituída a Rede Cegonha, que também prioriza ações direcionadas à assistência humanizada no parto e nascimento, centradas no bem-estar da mulher e das demais pessoas envolvidas nesse processo (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a criação de programas e leis, assim como o cuidado voltado para a humanização da assistência, surgem a partir da necessidade de mudanças na compreensão e no cenário do parto. Nesse contexto, verifica-se a importância da humanização dos serviços de saúde e de repensar o cuidado ofertado pelos profissionais à parturiente (CAPILÉ et al, 2011).

Assim, a humanização compreende que é dever das unidades de saúde receber com dignidade e respeito a mulher, seus familiares e o recém-nascido de modo a criar um ambiente

acolhedor e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento (BRASI, 2002).

Para tanto, considera-se que as práticas de cuidado em saúde realizadas/executadas pelos profissionais devem ser norteadas pelo princípio da humanização, permitindo e instrumentalizando as mulheres para fazer escolhas em relação ao seu corpo e sua condição de saúde. Além disso, os profissionais precisam promover o acolhimento, o respeito e o uso de tecnologia apropriada diante das reais necessidades de cada caso (BRASIL, 2004).

Contudo, embora existam programas, políticas e leis que preconizam melhor qualidade no atendimento à mulher no parto, parece que ainda tem-se muito a fazer, ou que tais medidas ainda não sensibilizaram os profissionais de saúde e gestores de maternidades ou locais de nascimento. Pensa-se que, primeiramente, se faz necessário, para que as ações orientadas por esses programas e políticas sejam implementadas e efetivadas, considerar a mulher como sujeito ativo da atenção à saúde e não como mera espectadora. Dessa forma, ela e sua família terão seus direitos valorizados e respeitados (QUEIROZ et al, 2007). Contudo, o contexto atual de assistência ao parto demonstra-se longe de um cuidado humanizado e idealizado pelas mulheres.

Em estudo de revisão de literatura, em busca do “estado da arte” sobre a temática desta dissertação, verificou-se que, na ótica das mulheres, o cuidado realizado deve ser caracterizado pela preservação da privacidade, possibilitando conforto e bem-estar; disponibilidade de líquidos e alimentos para a parturiente, proximidade com os profissionais e a participação do acompanhante. Ainda, é preciso conversar, ouvir suas angústias e seus medos dar atenção e não deixá-la sozinha (FIGUEIRÊDO et al, 2004; FRELLO; CARRARO, 2010^a; OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011; FRELLO; CARRARRO, 2010^b; ROCHA; FONSECA, 2010; PEREIRA; AZEVEDO; MEDINA, 2012; SANTOS; COSTA PEREIRA, 2012).

A literatura revela também que as mulheres permaneceram sozinhas na sala de pré-parto, mesmo a equipe estando ciente de que elas estavam sem acompanhantes, pois algumas instituições não permitiam a presença destes em certos momentos, seja no trabalho de parto, parto ou puerpério imediato. Ademais, a realização de rotinas institucionais como tricotomia, enteroclisma, uso de medicamentos para indução do parto, manobra de Kristeller dentre outras, continuam sendo implementadas em certas maternidades, tornando a assistência mecanizada e massificada (FRELLO; CARRARRO, 2010^b; FRELLO; CARRARO, 2010^a; ROCHA; FONSECA, 2010).

Com base nesse estudo de revisão, no que concerne à produção do conhecimento científico, constatou-se a importância de pesquisas com foco no cuidado ao trabalho de parto e parto às mulheres-primíparas, tendo em vista que as produções científicas encontradas não abordaram esse grupo de forma específica. Isso reforça que a área da saúde carece de estudos que abordem a vivência, sob a perspectiva de mulheres-primíparas, do cuidado oferecido pelos profissionais de enfermagem no trabalho de parto e parto. Ressalta-se, ainda, que o foco desse estudo, voltado para o cuidado ao parto consiste em uma das propostas da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Nessa lógica, percebe-se que este estudo pode contribuir tanto no cuidado prestado às mulheres em trabalho de parto e parto, quanto na reformulação de condutas de cuidados adotadas nas maternidades e instituições de ensino. Ainda, espera-se promover reflexões e discussões no ensino e nas pesquisas em saúde, no que concerne ao cuidado à mulher nos eventos que permeiam o parto e nascimento. Também, pretende-se contribuir no fortalecimento do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), permitindo o aprofundamento dos estudos, com enfoque nessa temática.

Outros sim, esclarece-se que, neste estudo, o termo **trabalho de parto** refere-se a uma série de fenômenos formados pelas contrações musculares rítmicas que conduzem ao apagamento progressivo e dilatação da cérvix uterina e à descida da parte que se apresenta, com eventual expulsão da criança e dos outros produtos da concepção. O termo **parto**, por sua vez, refere-se ao efetivo nascimento da criança (Zieguel; Cranley, 1986).

Cabe destacar a definição de **parto normal** assumida, neste estudo, diferencia-se um pouco do conceito trazido pela OMS (1996), para quem parto normal é aquele que tem início espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho de parto, permanecendo, assim, até a expulsão do feto. A definição assumida neste estudo se alinha com as ideias defendidas no seio do movimento pela humanização do nascimento e parto, mas que pouco se encontra em publicações científicas e, para quem, o parto normal é aquele em que o feto vem ao mundo pela via vaginal, podendo ocorrer o uso de ocitocina, de anestesia e de episiotomia, diferenciando-se, assim, do parto natural, que é aquele em que não são realizadas intervenções medicamentosas e procedimentos invasivos, como a episiotomia.

O conceito de **primíparas ou primiparidade** corresponde ao número de partos da mulher, distinguindo-se do número de gestações e correspondendo à mulher que está na iminência de parir ou já tenha parido em uma oportunidade, ou seja, é a parturiente do

primeiro concepto, mesmo que de gemelares (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2013). Nesse estudo entende-se por mulheres-primíparas aquelas que, no momento da coleta de dados, tinham tido seu primeiro parto. Acerca de **práticas de cuidado**, entende-se posições diante do desenvolvimento e da realidade social. Ou seja, maneiras de cuidado que visam aliar os conhecimentos teórico-técnicos à sensibilidade humana para prestar atenção ao indivíduo em sua complexidade biopsicossocial (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Desse modo, o presente estudo tem como **questão norteadora** a seguinte indagação: “como foi a vivência de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto e parto, em uma instituição hospitalar do interior do estado do Rio Grande do Sul/Brasil?”

Assim, o **objetivo** foi conhecer a vivência de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado prestadas pelos profissionais de enfermagem no trabalho de parto e parto.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Apresenta-se, neste capítulo, o tipo de estudo, o cenário da pesquisa, os participantes envolvidos no estudo, os procedimentos e as técnicas de coleta e de análise de dados, e os aspectos éticos.

2.1 Tipo de estudo

Para atender o objetivo proposto, este estudo norteou-se metodologicamente pela abordagem qualitativa do tipo descritivo. Utilizou-se a pesquisa qualitativa, pois esta considera a natureza dos fatos, os quais são entendidos como parte do contexto social, no qual o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações e acontecimentos, dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2014).

Em relação ao tipo descritivo o objetivo primordial consiste na descrição das características de determinada população, também tem o intuito de identificar opiniões e atitudes, além de descrever as principais características dos participantes estudados (GIL, 2010).

2.2 Cenário da pesquisa

O cenário para realização do presente estudo foi a unidade da maternidade de uma instituição hospitalar, localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS). A rede hospitalar no município é constituída por três hospitais, dois deles de caráter filantrópico e um privado.

A instituição é considerada como hospital de referência para a região por abranger 125 municípios do estado do RS, o que representa uma população de 1.282.927 pessoas, equivalente a 12,9% da população do Estado.

No cenário do presente estudo, as participantes são acolhidas pelos profissionais de enfermagem, nesse momento são encaminhadas para a sala de exames na maternidade onde é realizada a avaliação do trabalho de parto em curso ou não, ou a avaliação de possíveis riscos a saúde da mulher ou do bebê, importante destacar que nesse momento ela permanece junto de seu acompanhante de escolha. Assim, se essas mulheres estiverem em trabalho de parto, é realizado o preenchimento burocrático dos papéis de internação e a seguir o preparo para o parto.

Logo, a rotina de atenção ao trabalho de parto e parto, consiste primeiramente na realização de exames de toque vaginal para diagnóstico do trabalho de parto em curso, verificação da pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos (BCF), verificação da temperatura e, a seguir o cumprimento de prescrições médicas, como o uso de medicamentos para indução do parto e a realização de procedimentos de rotina, como tricotomia, enteroclisma e punção venosa.

Após a mulher é encaminhada para o quarto, onde permanece na presença de acompanhante. Os cuidados para evolução do trabalho de parto consistem também na orientação e execução do uso de métodos não farmacológicos como a deambulação, banho de aspersão, uso de bola suíça, entre outros. Após o início do parto a mulher é encaminhada para a sala de parto, geralmente acompanhada de um acompanhante.

No cenário de estudo a equipe de enfermagem conta com (13) técnicos de enfermagem e (3) enfermeiros. Esta unidade conta atualmente com 15 leitos de internação, (2) salas de parto, (1) sala de exame, (1) sala de amamentação (1) berçário com dois berços e, outras características de menor relevância para este estudo.

2.3 Participantes da pesquisa

As participantes do estudo foram dez mulheres-primíparas, que se encontravam no momento da coleta de dados em puerpério imediato¹, ainda internadas na instituição hospitalar. Optou-se por esse grupo de participantes, pelo fato do acontecimento do parto, ser

¹ O **puerpério** se refere ao período que se estende desde logo após se dar o nascimento até o 43º dia. Ele pode ser dividido em puerpério imediato (do 1ª ao 10ª dia), puerpério tardio (11ª ao 42ª dia), e puerpério remoto que corresponde (a partir do 43ª dia) (BRASIL, 2001).

algo novo e desconhecido ao seu corpo, possibilitando assim, compreender melhor a vivência do parto e os cuidados desempenhados pelos profissionais de enfermagem. O número de participantes foi alcançado a partir do momento em que foram atingidos os objetivos propostos no estudo e pelo critério de saturação dos dados, momento este, que os dados começaram a ser redundantes ou repetitivos (MINAYO, 2014).

Como critérios de inclusão definiu-se que as possíveis participantes do estudo deveriam ser mulheres-primíparas assistidas no cenário do estudo em parto normal, com idade gestacional compatível com a viabilidade fetal (37 a 42 semanas gestacionais) e que tivessem dado à luz recém-nascidos vivos. Além disso, essas mulheres deveriam estar internadas no cenário do estudo no período previsto para a coleta de dados e ter suas condições psíquico-cognitivas preservadas.

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro, março e abril de 2014, por meio de entrevista individual semiestruturada, a qual permitiu às entrevistadas falar sobre o tema em questão neste estudo, estimulando a comunicação verbal, e assim, o levantamento de informações sobre o assunto (MINAYO, 2014). O instrumento da entrevista foi composto por questões fechadas que visaram caracterizar as participantes, alguns cuidados realizados no trabalho de parto e parto, e questões abertas relativas às suas vivências sobre o tema em estudo (APÊNDICE A).

O levantamento inicial das mulheres-primíparas, internadas na maternidade, foi realizado por meio da leitura dos prontuários da unidade, o que não foi uma tarefa fácil, tendo em vista o baixo índice de parto normal nesta instituição sendo, 38,9% no ano de 2013. Ao identificar as possíveis participantes, de acordo com seu enquadramento nos critérios de inclusão, foi realizado contato pessoal e individual, respeitando o período de 24 horas após o parto para realização das entrevistas, pelo fato da vivência dos cuidados de enfermagem ao parto estarem acentuadas em suas lembranças, assim como, pelo respeito a integridade física da mulher.

Neste contato foi explicado o objetivo da pesquisa, e realizada a leitura e a explicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) às participantes

maiores de 18 anos e aos responsáveis pelas menores de 18 anos. As participantes menores de 18 anos também receberam o Termo de Assentimento (APÊNDICE C) para autorização relativa à sua participação. As entrevistas foram realizadas em uma sala anexa à unidade da maternidade, mas que se localizava no interior desta, o que garantiu a viabilização de sua participação e o sigilo das informações. Nesse momento, o recém-nascido ficou aos cuidados do acompanhante da participante do estudo. As entrevistas foram gravadas em MP3 e, posteriormente, transcritas na íntegra, eliminando os vícios de linguagem.

2.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados pela Análise de Conteúdo Temática seguindo a proposta operativa de Minayo (2014), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro incluiu a fase exploratória e o segundo a fase interpretativa.

Na fase exploratória da investigação, buscou-se a compreensão da história das participantes, do ambiente de vida, de suas condições socioeconômicas, assim como compreender o funcionamento da unidade hospitalar em que ocorreu o cuidado ao trabalho de parto e parto.

A fase interpretativa apresentou duas etapas, sendo elas: a ordenação dos dados, que consistiu na transcrição do material obtido através da coleta dos dados, a releitura do material e a organização dos relatos, os quais determinaram o início da classificação dos resultados obtidos.

A classificação dos dados, que é a segunda etapa, incluiu a leitura horizontal e exaustiva dos textos, por meio de leituras flutuantes, as quais permitiram apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais dos depoimentos; a leitura transversal, na qual foram separados os dados estabelecendo relações entre estes, separando em categorias ou unidades de sentido, e quando se buscou perceber as conexões entre elas. Na análise final, os dados foram confrontados com os referenciais teóricos e, por fim, foram apresentados os resultados da pesquisa.

2.6 Aspectos éticos

Os preceitos éticos foram observados conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece os parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). O presente projeto de pesquisa, primeiramente foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) da UFSM e Gabinete de Apoio à Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da Saúde. Após foi encaminhado à instituição hospitalar solicitando formalmente a autorização para realização do estudo.

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM para avaliação, sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) 26452313.8.0000.5346 (ANEXO A).

As participantes enquadradas nos critérios de inclusão foram informadas, individualmente, acerca dos objetivos da pesquisa, dos benefícios que a pesquisa promoveria, assim como a apresentação do TCLE e da não obrigatoriedade em incluir-se entre as participantes da investigação. As participantes foram informadas quanto à proteção de suas identidades, sendo nomeadas pela letra “E” seguida da sequência numérica (E1, E2...E10); à possibilidade de solicitar sua exclusão em qualquer momento sem qualquer prejuízo; ao uso das informações deste estudo para fins científicos; e a ausência de qualquer tipo de remuneração ao aceitarem integrar-se à população estudada. Além disso, foram comunicadas que, ao término da entrevista, poderiam ouvir o conteúdo gravado e, se desejassem, poderiam alterá-lo, se o que quiseram dizer não estivesse claro ou coerente com o que pensavam a respeito do tema da entrevista.

Os possíveis riscos relacionaram-se às situações que poderiam provocar constrangimentos, bem como a possibilidade de despertar sentimentos e lembranças negativas durante a entrevista. Foi garantido que caso houvesse algum desgaste físico ou emocional, a entrevista seria suspensa e poderia ser retomada em outro momento a combinar com a participante. Entretanto, destaca-se que não ocorreu nenhum episódio dessa natureza. Os benefícios relacionaram-se diretamente à produção de conhecimento que pode qualificar as práticas de cuidado no processo parturitivo voltada às mulheres-primíparas. A pesquisadora responsável pelo projeto e sua orientanda assinaram o Termo de Confidencialidade e comprometeram-se quanto ao sigilo das informações. Ressalta-se, por fim, que os resultados

encontrados serão retornados aos profissionais de enfermagem envolvida e a instituição, em momento a combinar com estes; e que será providenciado um banner informativo a respeito das práticas de cuidado prestados no trabalho de parto e parto, balizado em evidências científicas e na política de humanização do parto, para ser exposto às mulheres que forem atendidas na maternidade onde o estudo foi desenvolvido.

3 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa incluem, primeiramente, a caracterização das participantes, assim como algumas práticas de cuidado citados pelas mulheres-primíparas durante o trabalho de parto e parto.

O grupo em estudo caracterizou-se por dez mulheres- primíparas, com idade entre 15 a 29 anos de idade. Em relação ao estado civil, (sete) estavam em união estável, e (três) encontravam-se solteiras ou casadas. Quanto à escolaridade, (cinco) apresentavam o ensino médio completo e as outras (cinco) o ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino fundamental incompleto. Ainda, quanto à ocupação, (quatro) trabalhavam no comércio lojista, ficando (seis) na ocupação de estudantes, trabalho no lar, e na agricultura. Quanto à renda mensal familiar, (seis) informaram um e dois salários mínimos, e (quatro) renda entre três e quatro salários mínimos e menos de um salário mínimo. O tempo de permanência em trabalho de parto, após admissão na maternidade, variou entre 1 hora e 30 minutos a 13 horas.

Em relação às práticas de cuidado realizadas no trabalho de parto e parto, (sete) das participantes tiveram indicação de algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, prevalecendo à caminhada e o banho morno. Ainda, (nove) participantes tiveram a presença de um acompanhante no trabalho de parto, parto e período pós-parto. Por outro lado, (oito) fizeram uso de medicamentos para indução do parto, como ocitocina, e realização de procedimentos como tricotomia (sete), enteroclistma (sete) e episiotomia (nove).

A seguir, apresentam-se os artigos com os resultados oriundos do estudo.

Quadro 1: Organização dos resultados na forma de artigos

| ARTIGO | TÍTULO | OBJETIVO |
|---------------|---|--|
| ARTIGO 1 | “No final compensa ver o rostinho dele”: vivências de mulheres primíparas no parto normal | Conhecer as vivências de mulheres-primíparas em relação ao cuidado prestado por profissionais de enfermagem no parto normal. |
| ARTIGO 2 | Práticas de cuidado no parto normal: a vivência de mulheres primíparas | Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o parto normal na perspectiva de mulheres- primíparas. |

ARTIGO 1

“NO FINAL COMPENSA VER O ROSTINHO DELE”: VIVÊNCIAS DE MULHERES-PRIMÍPARAS NO PARTO NORMAL¹

Resumo:

Objetivo: conhecer as vivências de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado prestadas por profissionais de enfermagem no parto normal. **Método:** estudo qualitativo descritivo, realizado em uma maternidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, com dez mulheres-primíparas. A produção dos dados deu-se por meio de entrevista individual semiestruturada, após os resultados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática seguindo a proposta operativa de Minayo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAEE 26452313.8.0000.5346. **Resultados:** as participantes vivenciaram, de forma muito individual o cuidado fornecido pelos profissionais de enfermagem durante o parto normal. As vivências foram consideradas favoráveis, quando as participantes são orientadas, esclarecidas e respeitadas quanto a sua individualidade e necessidades de cuidado. De modo contrário, a vivência torna-se negativa quando os profissionais mostram-se indiferentes e insensíveis para com o momento vivenciado pela mulher. **Considerações finais:** As práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de enfermagem refletem na forma de enfrentamento da mulher nos eventos que permeiam o processo parturitivo. Assim, os profissionais de enfermagem devem atuar como facilitadores em proporcionar uma vivência prazerosa das práticas de cuidado no parto normal para boa evolução do parto.

Descritores: Assistência à saúde, Parto normal, Trabalho de parto, Enfermagem.

Abstract:

Objective: to know the experiences of women-primiparous regarding care practices provided by nursing professionals in normal birth. **Method:** A descriptive qualitative study in a maternity hospital in the interior of Rio Grande do Sul State, with ten women-gilts. Data production took place through semi-structured individual interviews after the results were analyzed using thematic content analysis following the operative proposal of Minayo. This study was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Santa Maria, under the General Certificate of Appreciation for Ethics CAEE 26452313.8.0000.5346. **Results:** The participants experienced in very individual care provided by nursing professionals during normal delivery. The experiences were considered favorable when the participants are guided, informed and respected as their individuality and care needs. Conversely, the experience becomes negative when professionals are indifferent and insensitive to the time experienced by a woman. **Final Thoughts:** care practices carried out by nursing professionals reflect in the form of woman's face in the events that permeate the birth process. Thus, nursing professionals should act as facilitators to provide a pleasurable experience of care practices in normal birth for good performance delivery.

Descriptors: Health care, Normal delivery, delivery of Work, Nursing.

¹ Artigo será submetido na Escola de Enfermagem Revista Anna Nery.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O nascimento constitui um dos principais acontecimentos na vida da mulher, pois estabelece a transição da mulher para o papel de mãe (OLIVEIRA, RODRIGUES, GUEDES; 2011). Nessa perspectiva, o parto não resulta apenas na expulsão do concepto e, sim, na continuidade da vida humana (LEITÃO, 2010).

Logo, toda a atenção no processo parturitivo, desde o trabalho de parto, deve ser realizado levando-se em consideração o respeito na relação entre profissional, parturiente e família. O cuidado desempenhado pelo profissional de saúde, nesta perspectiva, tem como objetivo oferecer à parturiente e aos envolvidos nesse processo a possibilidade de vivenciar o parto de maneira prazerosa e positiva. Nesse contexto, os profissionais devem atuar como facilitadores no desenvolvimento desta atenção (BRASIL, 2001).

Assim, o cuidado de enfermagem dispensado à mulher no processo parturitivo deve configurar-se na busca de um relacionamento mais humano e próximo à parturiente. Nesse sentido, deve possibilitar que a mulher detenha o controle sobre seu corpo de modo a compreender o que acontece em cada fase do parto, podendo manifestar-se livremente. Ainda, envolve a conscientização sobre seus direitos e uma escuta atenta e sensível do profissional de enfermagem com vistas a auxiliar à parturiente nesse processo (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

Nessa direção, apesar de o nascimento de um filho ser habitualmente um acontecimento transbordado de felicidade, não podemos desconsiderar que comumente o mesmo também se constitui como um momento de ansiedade e medo pelo vivenciar desconhecido. Assim, entre as funções dos profissionais de enfermagem está a orientação, coordenação e condução do cuidado ao encontro das reais necessidades da mulher (LEITÃO, 2010). Cabe salientar que, neste estudo, o cuidado no processo parturitivo é entendido a partir da concepção de Malheiros et al (2012), ou seja, como aquele realizado pelo profissional de enfermagem que se posiciona como um facilitador, que respeita a fisiologia do nascimento e a autonomia feminina, permitindo que a mulher-primípara manifeste suas vontades e, evitando intervenção desnecessárias e/ou sem evidências científicas sobre sua eficácia.

Concorda-se com Odent (2000) quando se refere à necessidade de os profissionais compreenderem os eventos que permeiam o parto e os diferentes momentos da vida, uma vez que a forma de nascer propicia a construção de uma sociedade com mais respeito pelos seres humanos. Nesta direção, dar voz às mulheres-primíparas que vivenciam o processo parturitivo é uma forma de avaliar o cuidado dos profissionais de enfermagem a esse grupo e

estimular a realização de ações com base nas políticas públicas de humanização do parto e nascimento, tão necessários no contexto atual de assistência ao parto (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Desse modo, este estudo norteia-se pela seguinte questão de investigação “como foi a vivência de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de enfermagem no parto normal?” e como objetivo: conhecer as vivências de mulheres-primíparas em relação às práticas de cuidado prestadas por profissionais de enfermagem no parto normal.

MÉTODOS

Estudo de abordagem qualitativa com enfoque descritivo, desenvolvido em uma maternidade de uma instituição hospitalar localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul/RS. O estudo contou com a participação de dez mulheres-primíparas, cujo número definiu-se pela saturação dos dados e pelo alcance do objetivo proposto no estudo (MINAYO, 2014).

Como critério de inclusão para participação no estudo definiu-se que os participantes deveriam ser mulheres-primíparas com condições psíquico-cognitivas preservadas, internadas no cenário da investigação no período definido para a coleta dos dados e que tivessem dado à luz conceitos viáveis (entre 37 e 42 semanas gestacionais) e hígidos por parto normal.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual semiestruturada (MINAYO, 2014), composta por questões fechadas que visaram caracterizar as participantes e os cuidados realizados no processo parturitivo além de questões abertas relativas a vivência dos cuidados de enfermagem no parto normal. As entrevistas foram realizadas nos meses de fevereiro, março e abril de 2014, respeitando-se o período de 24 horas após o parto para realização da coleta de dados.

Após, os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática seguindo da proposta operativa de Minayo (2014). Que se caracteriza por dois momentos operacionais, sendo o primeiro constituído na fase exploratória da investigação, onde busca-se a compreensão da história do grupo pesquisado, de seus ambientes, de suas condições socioeconômicas, dentre outras. O segundo momento compreende a fase de interpretação, a qual permite ao pesquisador entender os significados centrais do estudo permitindo a apresentação do relatório final da pesquisa.

O anonimato das participantes foi viabilizado com a utilização da letra “E” seguida da sequência numérica (E1, E2,...E10). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em janeiro de 2014, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAEE 26452313.8.0000.5346. Os preceitos éticos também foram observados, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A vivência do parto é um evento marcante na vida de uma mulher, especialmente pela forma como o processo parturitivo transcorre e pela forma como o cuidado é prestado à mulher, sua família ou acompanhante. Logo, a atenção dispensada às mulheres-primíparas deve ser pautada no diálogo, na escuta, no carinho e nas orientações quanto a todo processo de parto e nascimento.

O grupo em estudo caracterizou-se por dez mulheres primíparas, com idade entre 15 a 29 anos de idade. Em relação ao estado civil, (sete) estavam em união estável, e (três) encontravam-se solteiras ou casadas. Quanto à escolaridade, (cinco) apresentavam o ensino médio completo e outras (cinco) o ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino fundamental incompleto. Ainda, quanto à ocupação, (quatro) trabalhavam no comércio lojista, ficando (seis) na ocupação de estudantes, trabalho no lar, e na agricultura. Quanto à renda mensal familiar, (seis) informaram um e dois salários mínimos, e (quatro) renda entre três e quatro salários mínimos e menos de um salário mínimo. O tempo de permanência em trabalho de parto, após admissão na maternidade, variou entre 1 hora e 30 minutos a 13 horas.

Em relação aos cuidados prestados no trabalho de parto e parto, (sete) das participantes tiveram indicação de algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, prevalecendo à caminhada e o banho morno. Ainda, (nove) participantes tiveram a presença de um acompanhante no trabalho de parto, parto e período pós-parto. Por outro lado, (oito) fizeram o uso de medicamentos para indução no parto, como ocitocina, e (sete) a realização de procedimentos como tricotomia, (sete) enteroclisma, e (nove) episiotomia.

Os dados extraídos das falas das mulheres foram agrupados nas seguintes categorias: *O medo de não conseguir e o incentivo da equipe de enfermagem; A vivência da dor no parto normal; Apoio versus distanciamento; Vivência boa ou ruim no parto? “No final tudo compensa!”*.

O medo de não conseguir e o incentivo da equipe de enfermagem

Ao analisar-se a vivência das mulheres-primíparas quanto às práticas de cuidado realizadas no processo parturitivo, notou-se que esse acontecimento é rodeado por sentimentos que fazem parte do contexto de um processo desconhecido até então, como pode ser depreendido dos depoimentos que seguem:

Na hora do parto, eu estava com medo de não conseguir [E3].

[...] Eu estava bem nervosa, mãe de primeira viagem [...] eu tinha um pouco de medo [...] [E5].

Percebe-se que o medo do desconhecido e de ser incapaz de parir ou a vivência de algo que até então só era conhecido por relatos de vivências de outras pessoas é algo temido pelas mulheres-primíparas. Essa situação desperta sentimentos como medo, dúvida e ansiedade os quais afloram devido à experiência desconhecida prestes a ocorrer em seu corpo e na sua vida (OLIVEIRA et al., 2010).

Como pode ser observado a seguir, infere-se que alguns profissionais de enfermagem do cenário investigado não parecem ignorar esse conjunto de sentimentos experimentados pelas mulheres-primíparas e, por isso, muitos deles, talvez de forma instintiva, se utilizam de práticas de cuidado que são caracterizadas como tecnologias leves, a exemplo do diálogo, e que oportunizaram a modificação desses sentimentos.

[...] daí conversei com elas (técnicas de enfermagem), que me disseram: - calma, tu vai conseguir! [...] teve duas (técnicas de enfermagem) que sentaram e conversaram comigo [...] [E3].

[...] tentavam (equipe de enfermagem) me acalmar [E6].

Desde o início do parto até o final eu gostei muito da enfermeira [...] porque ela me acalmava bastante, me passava tranquilidade [...] [E9].

[...] me incentivaram, me deram força (equipe de enfermagem) [E4].

[...] as gurias (técnicas de enfermagem) me tranquilizaram [...] o carinho que as gurias tiveram [E5].

Na hora do parto [...] elas (técnicas de enfermagem) conversavam para eu não ficar tão nervosa [...] daí a gente já vai se aliviando, não é mais aquela tensão que parece que vai [...] meu Deus! [E10].

Constata-se que o fato de a equipe mostrar-se preocupada com o bem-estar das mulheres, conversar e ouvi-las em suas angústias, medos e inseguranças, o apoio e a força foi

o “cuidado-chave”, que substituiu tais sentimentos pela tranquilidade, segurança e calma frente ao processo parturitivo.

Esses achados vão ao encontro dos resultados de um estudo que, buscando compreender o adequado cuidado ao parto na ótica de mulheres revelam que essas desejam um cuidado dirigido à sua individualidade. Nesse sentido, elas buscam um cuidado, baseado no diálogo, com orientações adequadas, pautadas na atenção, no carinho e na escuta, que favoreça o seu potencial em conduzir o trabalho de parto (ENDERLE et al., 2012).

Ainda, nos depoimentos, a seguir, algumas participantes do estudo potencializaram o esforço expulsivo no momento do parto de forma incorreta. Isso pode estar associado ao fato de serem primíparas, mas também demonstrou o cuidado da equipe com relação à orientação ao esforço e à respiração correta.

[...] na hora do parto eu fiz a força errada, daí ela (técnica de enfermagem) veio, conversou comigo e disse para não fazer força puxando para cima, era para forçar para baixo, porque senão o nenê subia [...] [E10].

Era para respirar fundo e soltar a respiração, puxar e soltar, até quando vinha a contração daí era para fazer força [E4]

[...] Na sala de parto elas (equipe de enfermagem) falaram que eu tinha que fazer força como se eu fosse ir aos pés, né?[...] na hora, a gente sente tanta dor que parece que estamos fazendo força lá embaixo, mas a gente está fazendo força no rosto, sabe? Mas depois [...] respirei fundo e fiz a força e o nenê nasceu [E6].

Na hora do parto as gurias (equipe de enfermagem) estavam ali auxiliando, quando eu estava com bastante dor, ela (técnica de enfermagem) disse:- respira pelo nariz, larga pela boca, respira fundo! [...] [E5].

No que concerne às orientações realizadas pelos profissionais de enfermagem no momento do parto, observou-se que estas são relacionadas quanto a forma correta de potencializar o esforço para expulsão do feto (puxos) e ao momento aconselhado de fazê-lo, assim como, orientações na condução da respiração ritmada, como forma de melhorar as trocas feto placentária e tranquilizar a mulher. Além disso, a prática de cuidado realizada configura-se em um cuidado que possibilita as parturientes a ficarem menos ansiosas e mais cooperativas no processo parturitivo, possibilitando que elas se empoderem frente a capacidade fisiológica de parir (SOUZA et al., 2013; PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

Ainda, foi possível inferir que, na visão das mulheres, os profissionais de enfermagem desempenharam papel importante na sua vivência do parto, fornecendo cuidados pautados em esclarecimentos e orientações de como proceder para evolução do parto. Para essas, o fato de participarem de forma ativa e de potencializar o esforço correto permitiu uma vivência em que estas sentiram-se atuantes no nascimento de seus filhos, pois foram incentivadas pela equipe.

A vivência da dor no parto normal

Durante todo o processo parturitivo, os profissionais de enfermagem devem prestar apoio à parturiente e seu acompanhante de escolha, o qual deve estar centrado na promoção do bem-estar dos envolvidos, pois a forma de se cuidar reflete inclusive na forma de como a mulher se comporta frente à dor, como podemos ver nos relatos abaixo.

[...] antes da enfermeira me falar para respirar, eu só pensava em gritar de dor, colocar para fora que estava doendo, daí, quando ela veio e disse pra eu respirar que não ia doer, foi realmente o que aconteceu [...] a dor era horrível [...] [E9].

[...] meu primeiro filho, então, a dor para mim iria ser insuportável, foi insuportável, mas assim eles (equipe de enfermagem) foram muito queridos comigo, nossa! O médico também, depois eles vieram me dar os parabéns que eu não fiz um grito, estava bem quietinha, mas a dor é horrível [E6].

Para grande parte das mulheres entrevistadas o medo do parto estava associado à dor, embora para elas esta dor estivesse apenas no imaginário, construído em conversas com suas mães, avós, vizinhas ou pessoas do seu convívio, que repassaram suas experiências positivas ou negativas de seus partos.

A participante E6, em seu relato, refere que a dor seria insuportável (“*meu primeiro filho, então a dor pra mim iria ser insuportável, foi insuportável*”), denotando uma visão cultural de que o parto é retratado na sociedade e na própria mídia, como um momento de extrema dor e sofrimento. De forma semelhante, observou-se no estudo de Oliveira et al. (2010), que as participantes que mais se detiveram a sensação de dor, foram mulheres-primíparas. Percebe-se que o medo da dor é um elemento construído e transmitido de geração em geração. Culturalmente, o parto é sinônimo de sofrimento, pois o medo e a dor do parto estão incorporados aos fenômenos socioculturais presentes na cultura de nossa sociedade (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2012).

O parto, na maioria das vezes é vivenciado com dor, mas as respostas das parturientes frente a esta são variadas e dependem, muitas vezes, da forma como o profissional de enfermagem conduz o processo. Nessa condição há de se destacar o esclarecimento de informações e orientações que podem tranquilizar a parturiente e seu acompanhante, dando-lhes segurança e demonstrando que a fisiologia do parto está sendo corretamente acompanhada. Este cuidado retrata o acolhimento, que pode diminuir o medo, a ansiedade e, até mesmo, o uso de intervenções desnecessárias (OMS, 2009).

Vale ressaltar que a tríade medo – tensão – dor no parto, geralmente esta atrelada ao fato de que, a sociedade e os meios de comunicação geralmente exercem uma visão negativa em relação ao parto. Também, comumente as gestantes estão mais preocupadas com o desenvolvimento fetal, malformações e possíveis riscos durante a gestação do que com as modificações que ocorrem no seu corpo e o preparo para o parto. Ainda, o desamparo psicológico e a indiferença do profissional, sejam pela dificuldade em comunicar-se, ou por achar que a parturiente não compreende e também, não deve saber da conduta adotada são fatores que contribuem para a exacerbação do medo da dor, e do parto em si (BRASIL, 2001).

Percebe-se, no depoimento da participante E9 a atitude da enfermeira em manter-se próxima e orientar a parturiente quanto à respiração, permitiu que ela desviasse a atenção centrada na dor para a respiração, o que lhe favoreceu para que vivenciasse a dor em menor intensidade, o que foi percebido positivamente pela parturiente.

Estudo aponta que os profissionais responsáveis pela prestação de cuidado à parturiente devem estar atentos, desenvolvendo um olhar diferenciado para as especificidades da mulher durante o processo parturitivo e a vivência da dor. Essa atitude de cuidado próximo à parturiente permite experienciar positivamente o parto normal. Já em relação à dor, evita que se manifeste o sentimento de medo frente ao parto (ALMEIDA; MEDEIROS; DE SOUZA, 2012).

Ao analisar a fala da participante E6, percebe-se que o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem foi percebido por ela como positivo (“*foram muito queridos comigo, nossa!*”). Contudo, ao afirmar que a equipe lhe parabenizou por ter permanecido em silêncio levou a participante E6 a acreditar que agiu corretamente ao oprimir seus gritos e gemidos de dor, ou seja, por não ter perturbado a equipe.

Um estudo realizado com profissionais, sobre a violência institucional em maternidades, ressaltou que os participantes entendiam que as pacientes “mais difíceis” são as

“escandalosas”, considerando-as pacientes “histéricas” que fazem “showzinho” e são pouco tolerantes à dor e demandam mais atenção (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Logo, o fato da participante E6 ter permanecido “quietinha” permitiu que a equipe desempenhasse seu trabalho sem interferências de chamados por parte da parturiente. Para os profissionais que a parabenizaram, esta participante parece ser modelo exemplar de paciente que suporta a dor em silêncio.

No relato de E6 pode-se perceber, de certa forma, que os integrantes da equipe realizaram um cuidado idealizado por ela, quando esta refere que esses (“*foram muito queridos comigo*”). Logo, percebe-se um entendimento de que gritar ou fazer “escândalo” pode gerar maus tratos da equipe, o que pode ter contribuído para que a parturiente permanecesse em silêncio, não chamasse a equipe e suportasse a dor.

Entretanto, salienta-se que os profissionais de enfermagem devem manter-se próximos à parturiente, ratificando que esta tem o livre direito de se manifestar frente a qualquer situação, manifestando seus sentimentos, sejam eles de medo ou insegurança, uma vez que as reações que possam ser apresentadas por elas são extremamente comuns ao ser humano e à equipe cabe o papel de orientá-la e, acima de tudo, respeitá-la.

Apoio versus distanciamento

Outro aspecto a ser destacado, refere-se à solicitação de ajuda, da parturiente aos profissionais de enfermagem para suprir suas necessidades de cuidado. Verificou-se que este momento foi vivenciado sobre dois prismas, isto é, o chamado atendido e orientado *versus* o chamado ignorado, como se apresenta a seguir:

Na verdade, eu não chamei, elas (equipe de enfermagem) mesmo vinham direto olhar para ver se a gente estava bem [E10].

Eu falava para as enfermeiras e elas vinham, me atendiam, me ajudavam nas minhas dúvidas [...] Qualquer dúvida, qualquer coisa, que eu precisasse elas (equipe de enfermagem) estavam ali, dispostas a atender! [...] [E5].

O profissional de enfermagem deve incorporar em seu cotidiano de cuidado, práticas que contribuam para que a mulher vivencie o processo parturitivo de maneira satisfatória, que marque positivamente este momento, que é único, e de extensão familiar. Para isso, é fundamental valorizar as especificidades e o momento vivido por cada uma das mulheres atendidas (NASCIMENTO et al., 2010).

Mostrar-se próximo, disposto a cuidar e escutar a parturiente são ações de cuidado importantes para a criação de laços de confiança entre profissional e parturiente, e que facilitam o processo de parturição (FRELLO; CARRARO, 2010a; WOLFF; WALDOW, 2008). No entanto, nem todos os profissionais incorporam em sua rotina de cuidado práticas que favorecem a vivência prazerosa do parto normal. O reflexo do distanciamento da equipe de enfermagem, no momento da parturição, emerge nos seguintes excertos de fala:

As gurias (equipe de enfermagem) até que foram bem atenciosas, é uma que outra que dá problema [...] elas não falam muito, não te explicam o que está acontecendo, não falavam o que iriam fazer [...] Eu preferi não chamar muito! [...] Tem aquela (integrante da equipe de enfermagem) que trabalha aqui, essa não adianta, não adianta nem falar com ela [...] já internei com medo de ser maltratada na verdade, mas não te maltratam, mas também não te dão muita atenção [E7].

[...] Eu chamava toda a hora, porque estava sentindo que ele (bebê) estava vindo e elas (equipe de enfermagem) estavam falando que não, e ficavam com aquela cara, né? [...] de nojo [...] Eu estava sentindo que eu ia ganhar e eles acharam que não, e daí me fizeram sofrer bastante, até eu ganhar porque eles acharam que não era o momento (sua idade gestacional era 38 semanas), por isso que ele nasceu ali, na sala de exame [...] se eu levantasse mais um pouco eu ia ganhar no chão o bebê [E1].

[...] Tem umas (técnicas de enfermagem) [...] que elas nem te cumprimentam, não olham nem na tua cara. Entram no quarto, não pedem com licença. É uma pessoa, assim, que trabalha não sei por que [...] precisa só do dinheiro, mas por amor não é, né? [...] Eu já tinha medo, na verdade, antes de vir para cá, porque aqui, a maternidade é um lugar onde deveria ser uma coisa tão boa, as pessoas te tratarem tão bem e, não é! [...] [...] Eu acho que tem que trabalhar com amor [...] um lugar que era para ser uma coisa maravilhosa, que é a maternidade [E7].

Quando a participante E7 em seu depoimento refere que optou pelo silêncio, por não ser atendida e pelo medo de ser maltratada, demonstra uma construção criada pela sociedade em relação às maternidades e os profissionais de saúde que atuam neste serviço. Parece existir nas suas falas uma concepção de que este lugar nem sempre é acolhedor e os profissionais nem sempre são solícitos frente às necessidades de cuidado das parturientes, permanecendo, muitas vezes, indiferentes ao momento vivenciado por estas.

Isso faz com que as mulheres-primíparas, inúmeras vezes, não solicitem ajuda, orientações ou esclarecimentos sobre suas dúvidas e optem por enfrentar o medo do parto, a

dor e a ansiedade sozinhas, sem poder contar com alguém da equipe para incentivá-las, encorajá-las e acalmá-las. Depreende-se com isso, que o medo de ser maltratada e não ser respeitada em suas queixas e necessidades supera o sofrimento fisiológico que o parto por si só pode trazer.

Nesta direção, a investigação de Wolff e Waldow (2008) identifica-se com o presente estudo, uma vez que o modo de ser do profissional de enfermagem frente ao paciente, sua atitude, pode favorecer o descuido, revelando-se como uma condição negativa, representada nas falas que revelam indiferença e insensibilidade à mulher durante o processo que permeia o parto. A indiferença e a insensibilidade podem representar uma lacuna ou uma barreira em relação ao compromisso ético do cuidar.

O descuido e a indiferença também se fizeram presentes no depoimento da participante E1 revelando a desvalorização das queixas da mulher-primípara por parte dos profissionais de enfermagem e denunciando que o distanciamento ainda é encontrado nos serviços que atendem as parturientes. Esse distanciamento leva a exposição da mulher-primípara ao risco de um nascimento sem acompanhamento e sem vigilância constante.

Questiona-se, neste sentido, se a rotina de trabalho nas maternidades oblitera os olhos dos profissionais de saúde que aí atuam, fazendo-os agir, muitas vezes, como máquinas, embalados pela execução da rotina. Parece existir a concepção de que é apenas “mais um parto”, “mais um bebê”. Contudo, para a participante E1, e para cada mulher, é um momento especial, é o parto de seu filho, e no contexto deste estudo, a chegada do primeiro filho, a vivência do primeiro parto.

Os profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde devem valorizar a mulher e todos os aspectos que permeiam o vivenciar do parto com vistas à aproximação do sujeito à autonomia e à possibilidade de torná-la protagonista do processo parturitivo (BRASIL, 2006).

Santos e Costa Pereira (2012), em seu estudo, perceberam que as mulheres solicitaram ajuda dos profissionais durante o parto, pois consideraram que eles poderiam realizar algum procedimento para aliviar seu sofrimento. Porém, no contexto do parto, há profissionais que não correspondem a essas expectativas, apresentando pouca resolutividade às demandas da mulher-primípara, não respondendo ao seu chamado e solicitações e que permanecem distantes em um momento que ela carece de presença, apoio e informação.

Os autores ainda salientam que as mulheres referem-se ao momento do parto como uma experiência de dor intensa, de insegurança e de insatisfação em relação aos profissionais,

tendo em vista a possibilidade do nascimento de seu filho ocorrer sem a presença dos mesmos, já que não respondem aos seus chamados. Ainda, o não acompanhamento da equipe, durante o processo parturitivo, nega o direito à mulher em exercer a maternidade segura, sendo dever dos profissionais de saúde e gestores prover tanto para a mãe como para o concepto as condições seguras ao parto e nascimento (SANTOS; COSTA PEREIRA, 2012; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Ainda, na mesma esteira de pensamento, a ausência de explicações e orientações do que será realizado com a mulher, destitui dela o poder sobre seu corpo, reforça a passividade e impede sua autonomia e participação ativa no processo de parir. Ainda, de acordo com Frello, Carraro e Bernardi (2011), as mulheres assumem uma atitude de passividade diante dos profissionais pela falta de informação, e medo de repreensão e repressão. Nesse sentido, elas percebem-se entregando seu corpo, sua vida e seus bebês nas mãos de profissionais de saúde, nem sempre imbuídos dos significados de cada momento vivido no processo parturitivo. Com isso e pelo desconhecimento do que deveria ser realizado e, até mesmo, por não saberem que podem reivindicar um melhor atendimento, elas passam a ser meras receptoras desta assistência (FRELLO;CARRARO, 2010b).

Nessa perspectiva, entende-se que o diálogo e as relações interpessoais entre parturiente e profissionais são atitudes mínimas de cuidado e oferecem uma vivência positiva do processo parturitivo, devendo ser priorizadas no cuidado.

Vivência boa ou ruim no parto? “No final tudo compensa!”

Levando-se em consideração os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem quando questionadas sobre a vivência do primeiro parto, percebe-se que todo o sofrimento, dor, angústia e, até mesmo, a falta de atenção da equipe para com elas, é recompensado quando recebem seus filhos nos braços.

[...] depois que passa compensa ver o rostinho dele [E9].

Foi boa (vivência do parto), porque ele nasceu bem saudável [...] [E1].

Foi bom, um aprendizado [...] porque é um momento único [E4].

[...] ah, mãe de primeira viagem, né? Não sabe nada, então, para mim foi bom [...] as gurias(técnicas de enfermagem) me tranquilizaram e quando fui ver, veio o moço! [E5].

Existe uma variação na forma de vivenciar o parto em diferentes circunstâncias dentro de um sistema, no qual a percepção está articulada com o contexto no qual os envolvidos no parto participam. A hospitalização nem sempre resulta em um cuidado efetivo, sendo por

vezes comum o abandono, desrespeito e maus tratos (SALIM et al., 2012), mas também pode e deve ser comum a existência de profissionais preocupados com o bem-estar da parturiente, acompanhante e família, mantendo-se próximos a esses e tornando a experiência do parto prazerosa para todos.

Ao cuidar da mulher-primípara, os profissionais de enfermagem devem considerá-la como um todo, compreender e procurar satisfazê-la, identificando suas necessidades. Ainda deve reconhecer as diferenças culturais e individuais que permeiam o viver de cada parturiente, contribuindo, assim, para a redução da tensão e tornando esta vivência positiva (VERSIANI et al., 2015).

Nos depoimentos, percebe-se que o cuidado foi considerado positivo devido ao fato do bebê ter nascido saudável. Portanto, quando questionadas quanto ao cuidado recebido, todas o caracterizaram como satisfatório, independente de terem sido bem ou mal atendidas, pois o foco principal para elas, nesse momento, era o bebê.

Logo, os sentimentos de felicidade e bem-estar, manifestados nessa fase estão atrelados basicamente ao nascimento do bebê. Com isso, ressalta-se que o processo parturitivo envolve um conjunto de dúvidas e preocupações que se iniciam na descoberta da gestação e permanecem latentes, aflorando-se quando a mulher pressente que o nascimento está por vir. Confirma-se em estudo que com o nascimento do bebê, as mulheres demonstram alívio pela superação da dor e de todo sofrimento, além de felicidade em poder ver e ter o filho nos braços (OLIVEIRA et al, 2010).

É nítido que a vivência do parto, em grande parte, depende da forma com que os profissionais desempenham as práticas de cuidado. Desse modo, estudo realizado por Enderle et al. (2012), identificou que o cuidado ideal, na visão de mulheres, é caracterizado pelo pronto atendimento as suas solicitações, assim como o fornecimento de orientações e esclarecimento de dúvidas, e a interação com a equipe, aspectos estes que contribuem com o processo de parir, e que permite que estas não sejam meras espectadoras. Logo, ratifica-se ao final que, a assistência ao parto necessita ser alicerçada nas necessidades e especificidades de cada parturiente, permitindo uma vivência mais satisfatória do parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo permitiram identificar que as mulheres-primíparas vivenciam de forma muito particular e diferente o cuidado fornecido pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo. Essa vivência pode ser prazerosa e favorável quando estas são

orientadas, esclarecidas e respeitadas quanto as suas necessidades, atendidas com prontidão e delicadeza, quando sentem-se acolhidas e valorizadas nas suas individualidades, e também quando os profissionais mostram-se próximos e preocupados com o bem-estar e cuida-a com zelo e dedicação durante o processo parturitivo.

De modo contrário, torna uma vivência menos prazerosa e por vezes negativa quando a equipe se mostra indiferente e insensível para com o momento vivenciado pela mulher. Nestas ocasiões, torna-se uma experiência cercada de medo, sofrimento e angústia, pois os profissionais de enfermagem que deveria facilitar o desenvolvimento de uma vivência positiva mostram-se distantes e apáticos, desvalorizando o momento vivido pela mulher e, muitas vezes ainda a expondo ao risco.

Deseja-se que este estudo contribua para a reflexão e crítica acerca do modelo atual de práticas de cuidado ao parto normal. Acrescenta-se a esta ideia a necessidade de respeito aos direitos humanos os quais devem ser discutidos e trabalhados de forma mais intensa na formação acadêmica/profissional, pois vem sendo desconsiderados durante o processo de parturição, embora o parto, no contexto público de atenção à saúde constitua-se permeado de políticas públicas que buscam qualificar este evento.

Destaca-se que reconhecer a percepção da mulher frente aos cuidados desempenhados pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo é de grande valia, uma vez que as práticas de cuidado desempenhadas pela equipe devem ir de encontro com o cuidado relatado pelas mulheres. Dessa forma, mais pesquisas devem ser realizadas nesse sentido, mas também, primeiramente, é necessário colocar em prática o cuidado que se pode idealizar por meio das vivencias dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: jun. 2013.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2287-96, 2013.

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 241-50, 2012.

ENDERLE, C. F. et al. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 287-94, 2012.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 3, p. 441-5, 2010a

_____. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 660-8, 2010b.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E.; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 173-84, 2011.

LEITÃO, F. J. C. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. Dissertação (Mestrado em Bioética)-Universidade de Lisboa, Faculdade de medicina, Departamento de Bioética, 2010.

MALHEIROS, P.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto-Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-37, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 456-61, 2010.

ODENT, M. **A cientificação do Amor**. Tradução de Marcos de Noronha e Talia Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2000.

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 249-54, 2011.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. esp., p. 32-41, 2010.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Maternidade Segura** - assistência ao parto normal, 2009. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D.O.M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Enf.**, 12(2):331-6, 2010.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 579-89, 2011.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis (Rio de Janeiro)**, v. 21, n. 3, p. 1139-59, 2011.

SALIM, N. R. et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 628-34, 2012.

SANTOS, L. M.; COSTA PEREIRA, S. S. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. . **Physis (Rio de Janeiro)**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SOUZA, C. M. et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **J. res.: fundam. care.** online 2013. out./dez. 5(4):743-54

VERSIANI, C.C. et al. Significado del parto humanizado para las mujeres embarazadas. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)**, v. 7, n. 1, p. 1927-35, 2015.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 138-51, 2008.

ARTIGO 2:

PRÁTICAS DE CUIDADO NO PARTO NORMAL: A VIVÊNCIA DE MULHERES PRÍMIPARAS²

Resumo

Objetivo: Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo na perspectiva de mulheres-primíparas. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo, desenvolvido com dez mulheres-primíparas. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual semiestruturada e analisados pela análise de conteúdo temática seguindo a proposta operativa de Minayo. **Resultados:** As práticas de cuidado predominantemente foram aquelas relacionadas ao modelo tecnocrático. Encontrou-se também o uso de práticas seguras e que devem ser estimuladas no cuidado ao parto normal e a prestação de cuidados que constituem a mulher como parte do processo parturitivo. **Considerações finais:** considera-se a necessidade de se repensar e reformular práticas de cuidado institucionais que se encontram em desuso e investir em educação continuada e na prática de cuidados que contribuem para evolução fisiológica do parto, pois o estudo demonstra que ainda não existem grandes mudanças no cenário atual de assistência ao parto e nascimento.

Descritores: práticas de cuidado, saúde da mulher, trabalho de parto, parto.

Abstract

Objective: To care practices developed by nurses during the birth process from the perspective of women-gilts. **Methods:** A qualitative study of descriptive, developed with ten women-gilts. Data were collected through semi-structured individual interviews and analyzed by thematic content analysis following the operative proposal of Minayo. **Results:** Care practices were predominantly those related to the technocratic model. Also met the use and safe practices that should be encouraged in care for normal delivery and the care that constitute the woman as part of the birth process. **Final thoughts:** we consider the need to rethink and reformulate institutional care practices that are out of favor and invest in continuing education and practice care that contribute to physiological evolution of childbirth, because the study shows that there are still no major changes in the current scenario of the labor and birth assistance.

Descriptors: care practices, women's health, labor, delivery

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A gestação e o parto, em épocas mais antigas, eram configurados como acontecimentos que diziam respeito, particularmente, às pessoas adultas do convívio da família. Assim, o nascimento sempre representou uma experiência familiar e comunitária única, cujos significados não diferem, em muito, dos atuais, em especial no que se refere às manifestações afetivas e de alegria (VAN DER SAND, 2014).

² Artigo será submetido na Revista Gaúcha de Enfermagem.

Assim, a história do parto acompanha a própria humanidade, considerada uma atividade feminina, tradicionalmente realizada por parteiras no ambiente domiciliar (BRENES, 2005). Antes do século XVI e durante muitos anos, o nascimento foi considerado um evento, no qual a mulher era a principal protagonista, participando de forma ativa durante esse processo (VIEIRA, 2002).

Realizar o parto fora de casa consistia em algo anormal, pois o ambiente hospitalar não constituía um lugar seguro para a mulher dar à luz. Nesse sentido, o médico era chamado somente em casos complexos, nos quais a parteira não conseguia auxiliar efetivamente à mulher (LEISTER; RIESCO, 2013). Contudo, o cuidado prestado à mulher e à família sofreu mudanças significativas especialmente entre o século XIX e XX, com a institucionalização do parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; SEIBERT et al., 2005).

Assim, nos deparamos com o ramo obstétrico da medicina, o qual levou à medicalização e perda da autonomia da mulher como condutora do seu processo de parir (BRASIL, 2010). Embora a evolução técnico-científica e a institucionalização do parto tenham diminuído situações de riscos, ela também garantiu espaço para realização de práticas “desumanizadas”.

Assim, a mulher deixou de parir em um local com pessoas amigas e conhecidas para expor-se ao ambiente hospitalar e a sujeitos desconhecidos e nem sempre acolhedores (MOREIRA, 2009). Desse modo, historicamente, a mulher foi adotando uma postura passiva e temerosa em relação ao parto, pois este passou a ser considerado um “ato médico” e de domínio das instituições de saúde, destituindo a mulher do seu papel de protagonista (BRASIL, 2010).

Assim, a atenção à mulher durante o parto no contexto atual passa pela realização de práticas de cuidado, de certa forma, indevidas, sem evidências científicas e, muitas vezes, sem necessidade, a exemplo do uso do enteroclima, tricotomia, episiotomia, manobra de Kristeller, dentre outros. Logo o modelo atual é centrado no serviço e no profissional, não na mulher e no processo parturitivo (RIESCO, 2014). Ainda, nesse sentido, contrapondo as práticas citadas acima, surgem também as práticas de cuidado humanizadas, como o uso de métodos não farmacológicos no trabalho de parto para alívio da dor e progressão fisiológica do parto, presença de um acompanhante de escolha no parto, com o intuito de restituir o papel da mulher no processo parturitivo (BRASIL, 2002)

Diante desse contexto, surge no Brasil, no século XXI, um movimento de humanização do parto, com vistas a priorizar o uso de tecnologias apropriadas e

comprovadamente benéficas. Destaca-se, nesta direção, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído no ano de 2000, que tem como enfoque principal a mulher e o resgate da dignidade e autonomia durante o processo parturitivo, buscando consolidar a transformação da atenção oferecida, baseada no cuidado humanizado (BRASIL, 2002).

A Lei nº 7.498/86 e o Decreto-Lei nº 94.406/87 do exercício profissional que estabelece a realização do parto normal sem distócia por enfermeiro obstetra e, também, a Rede Cegonha, que prioriza ações direcionadas à assistência humanizada no parto e nascimento centradas no bem-estar da mulher e demais pessoas envolvidas nesse processo (OMS, 1996; BRASIL, 1998; BRASIL, 2011).

Ainda, neste rol de iniciativas, cabe mencionar criação do guia prático elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com recomendações de práticas seguras no parto normal. Entre elas, práticas comprovadamente benéficas que devem ser estimuladas como a oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, respeito a escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o parto. Os métodos prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminados como o uso rotineiro de enema, tricotomia, manobra de Kristeller, infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos (OMS, 1996).

Ainda, procedimentos que não possuem evidências científicas que apoiem sua prática e que, portanto, devem ser utilizadas com cautela até que sejam realizadas novas pesquisas, como a manipulação ativa do feto no momento do parto, clampeamento precoce do cordão umbilical. E, práticas no parto normal, frequentemente usadas de modo inadequado entre essas a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, monitoramento eletrônico fetal, exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço, dentre outras (OMS, 1996).

Logo, esse arcabouço legal surge como alicerce e com o intuito de realizar um cuidado humanizado, o qual visa um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que destinam-se à promoção do parto e do nascimento de maneira saudável, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Portanto, consiste em um cuidado que deve iniciar no pré-natal, garantindo que a equipe de saúde realize procedimentos benéficos para a mulher e o bebê e evite intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001).

Nessa lógica, os profissionais de enfermagem, devem proporcionar às mulheres um ambiente propício para que elas vivenciem ativamente o processo parturitivo. Sendo para isso necessário a realização de tecnologias leves que de acordo com Mehry (1997), estas tecnologias conduzem as relações humanas, o vínculos, o acolhimento que vão ao encontro do usuário nas suas necessidades de cuidado. Assim as mulheres devem ser respeitadas, acolhidas, orientadas para que possam conduzir o seu trabalho de parto, pois são peças primordiais nesse processo (MACEDO et al, 2008).

Desse modo, tem-se como questão norteadora do estudo: “Quais as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo (trabalho de parto e parto) de mulheres-primíparas”? E, como objetivo: Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem durante o processo parturitivo na perspectiva de mulheres-primíparas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo com enfoque descritivo (MINAYO, 2014), realizado na unidade da maternidade de uma instituição hospital localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul o qual teve como participantes dez mulheres-primíparas que se caracterizavam com idade entre 15 a 29 anos de idade. Em relação ao estado civil, (sete) estavam em união estável, e (três) em estado civil de solteiras ou casadas. Quanto à escolaridade, (cinco) apresentavam o ensino médio completo e as outras (cinco) o ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino fundamental incompleto. Ainda, quanto à ocupação, (quatro) trabalhavam no comércio lojista, ficando (seis) na ocupação de estudantes, trabalho no lar, e na agricultura. Quanto à renda mensal familiar, (seis) informaram um e dois salários mínimos, e (quatro) renda entre três e quatro salários mínimos e menos de um salário mínimo. O número de participantes foi alcançado pela saturação dos dados e no momento que atingido o objetivo proposto no estudo (MINAYO, 2014).

Os critérios de inclusão compreenderam mulheres-primíparas que realizaram parto normal no cenário de estudo, submetidas ao parto com idade gestacional equivalente ao termo (37 a 42 semanas) e com recém-nascidos vivos; que estivessem internadas na maternidade no período da coleta de dados e apresentassem condições psíquico-cognitivas preservadas.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro, março e abril de 2014, por meio de entrevista individual semiestruturada. Na qual foram abordadas questões referentes a realização das práticas de cuidado pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo.

Também, foi respeitado o período de 24 horas após o parto para realização das entrevistas, pelo fato da vivência dos cuidados ao parto estarem acentuadas em suas lembranças, assim como, pelo respeito a integridade da mulher. As entrevistas foram realizadas em uma sala anexa à unidade e foram gravadas em MP3 e, posteriormente, transcritas na íntegra, eliminando os vícios de linguagem.

Após, os dados coletados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática, seguindo a proposta operativa de Minayo (2014) que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro é constituído na fase exploratória da investigação, onde busca-se a compreensão da história do grupo pesquisado, de seus ambientes, de suas condições socioeconômicas, dentre outras. O segundo momento compreende a fase de interpretação, a qual permite ao pesquisador entender os significados centrais do estudo permitindo a apresentação do relatório final da pesquisa.

Os preceitos éticos foram observados conforme a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). A fim de garantir o anonimato das participantes, estas foram nomeadas pela letra “E” seguida da sequencia numérica (E1, E2... E10). Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética CAEE 26452313.8.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As práticas de cuidado durante o trabalho de parto e parto demandam atenção voltada para a singularidade de cada mulher e, embora o processo parturitivo siga uma ordem fisiológica, é importante levar em consideração os cuidados necessários, pautados no momento que a mulher está vivenciando. Nesse contexto, os profissionais de enfermagem assumem papel fundamental quanto às orientações e condutas nas práticas de cuidado à parturiente, assim como, na sua realização.

Assim, em relação as práticas de cuidado prestadas no processo parturitivo, (sete) das participantes tiveram indicação de algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, prevalecendo a caminhada e o banho morno. Ainda, (nove) tiveram a presença de um acompanhante no trabalho de parto, parto e período pós-parto. Por outro lado, (oito) fizeram o uso de medicamentos para indução no parto, como ocitocina, e a realização de procedimentos como tricotomia (sete), enterocлизма (sete) e episiotomia (nove).

Assim a categoria deste estudo é estruturada a partir de três categorias do guia prático elaborado pela OMS (1996), com práticas seguras de cuidado ao parto normal. Entre essas, as práticas comprovadamente benéficas que devem ser estimuladas; condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

Assim, na busca do entendimento e conhecimento quanto às práticas de cuidado prestados pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo, identificou-se que os métodos não farmacológicos para alívio da dor, que colaboram para progressão fisiológica do parto, estão abarcados no cenário de cuidado do presente estudo. Os quais são enquadrados pela OMS nas **práticas comprovadamente benéficas que devem ser estimuladas**.

[...] me orientaram a caminhar quando eu estava com a dilatação, e ela (técnica de enfermagem) disse para me movimentar no corredor para dilatar mais rápido, que é bem melhor [E10].

A caminhar bem no início quando eu estava com seis dedos, antes do sorinho, daí eu caminhei [E9].

A bola foi bem no final, falaram que era pra encaixar [E9].

Uma das estratégias não farmacológicas para alívio da dor mencionadas pelas participantes deste estudo refere-se à deambulação, a qual foi orientada no intuito de auxiliar a dilatação, contribuindo na progressão do parto e, de certa forma, abreviando sua duração. Esta prática de cuidado, quando orientada e estimulada adequadamente, visa possibilitar maior autonomia à parturiente sobre seu corpo, permitindo que a mulher sinta-se como parte ativa desse processo.

A deambulação, no início do trabalho de parto, apresentou-se como um dos métodos não farmacológicos mais utilizados. Essa prática de cuidado, uma tecnologia leve, é considerada uma alternativa não farmacológica para alívio da dor e para o progresso positivo do trabalho de parto. Mamede et al. (2007) apontam que a primeira, segunda e terceira hora de deambulação refletem em maiores benefícios na redução da duração do trabalho de parto.

No estudo realizado por Rocha e Fonseca (2010) a deambulação foi o terceiro método mais utilizado, aparecendo em 12,78% dos partos. Nesse sentido, é sabido que tanto para a mãe quanto para o bebê, é melhor quando a parturiente se mantém em movimento durante o trabalho de parto. A posição verticalizada favorece a diminuição da dor e do tempo do trabalho de parto e parto, além de aumentar a atividade uterina, oferece menor risco de

sofrimento fetal e melhora o conforto materno. Ademais, este método está associado a menores índices de parto cesáreo e analgesia.

Outra prática de cuidado não farmacológica utilizada no cenário do estudo foi o uso da bola suíça. A participante E9 relata que o uso da bola foi indicado na fase final do trabalho de parto, com o intuito de favorecer o “encaixe”. Na literatura, Barbieriet et al. (2013) esclarecem que os benefícios quanto a esse método encontram-se no fato da posição vertical favorecer a força da gravidade e, conseqüentemente, a descida e a progressão fetal no canal de parto e, ainda, estimular os movimentos espontâneos e permitir que a mulher detenha controle reconhecendo seu corpo. Acrescenta-se que o momento ideal para a aplicação da bola obstétrica é durante a fase ativa do trabalho de parto, visto que é nesse período que as contrações se intensificam (OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012).

Desse modo, percebe-se que os profissionais de enfermagem desempenham importante papel no cuidado ao parto e devem utilizar seu conhecimento a serviço da parturiente, reconhecendo o momento único que está sendo vivenciado por esta e por sua família. Este momento deve ser respeitado, cuidado com zelo, com dignidade, oferecendo o máximo de esclarecimentos e permitindo a livre escolha da parturiente. Neste sentido, os profissionais de enfermagem precisam incorporar, em suas atitudes como cuidadores, práticas que contribuam para que a mulher vivencie o processo parturitivo de maneira prazerosa (NASCIMENTO et al, 2010).

No que tange aos métodos não farmacológicos, estes podem ser aplicados, até mesmo, pelo acompanhante de escolha da mulher, pois não necessitam de alta tecnologia para sua utilização. Para a OMS, é essencial que métodos não farmacológicos para o alívio da dor sejam cada vez mais utilizados, pois são seguros e menos invasivos (OMS, 1996).

Somado a isso, reconhece-se que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor contribui para o protagonismo da parturiente na cena do parto, reduzindo práticas intervencionistas desnecessárias e, muitas vezes, rotineiras. Portanto, estes métodos mostram-se fundamentais no cenário atual do contexto do parto no Brasil (OMS, 1996).

Em se tratando de práticas de cuidado identificou-se cuidados de rotina, entre esses, a verificação de pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos (BCFs), verificação da temperatura, exames de toque vaginal. Assim, no cenário de investigação deste estudo, estes são realizados, na admissão da parturiente, e perduram durante sua internação. Sua justificativa está centrada na avaliação do bem estar materno e fetal.

[...] me levaram para salinha de exame, fizeram toque, mediram a pressão, ouviram os batimentos do bebê [E9].

Me examinaram, faziam exame de toque [E1].

[...] fizeram a avaliação, verificaram os batimentos, a pressão [E7].

[...] as gurias (técnica de enfermagem) mediram minha pressão, ouviram o coraçãozinho do nenê, quando eu cheguei [E5].

[...] Verificavam minha pressão, exames de toque, o coraçãozinho escutavam também [E8].

Nota-se, nos fragmentos das falas das participantes, que esses cuidados, como verificação da pressão arterial, ausculta dos BCFs e da temperatura corpórea da mulher são procedimentos necessários para avaliação do processo de parturição, da vitalidade fetal e do bem estar materno-fetal.

Esses cuidados são importantes, pois servem como parâmetro para as condutas subsequentes e para o encaminhamento de cuidados mais avançados, caso haja necessidade ou tenha sido verificada a existência de riscos à saúde da parturiente e/ou do bebe. Procedimentos, como a verificação da pressão arterial, ausculta dos BCFs e verificação da temperatura, fazem parte das rotinas institucionais e devem continuar a serem avaliados nas instituições, pois implicam no andamento do parto, assim como no resultado final deste, e devem ser explicados à parturiente e ao seu companheiro (OMS, 2009).

Já, o exame de toque é uma das atividades diagnósticas na avaliação do início e da evolução do trabalho de parto. No entanto, este exame deve ser realizado sempre pelo mesmo profissional, e ser avaliada a sua necessidade, pois se o trabalho de parto decorre sem problemas, profissionais experientes podem, às vezes, fazer um único exame de toque vaginal para determinar que há um trabalho de parto ativo (OMS, 2009), não necessitando sua repetição exaustivamente. Contudo, é importante destacar que embora as mulheres não tenham referido em seus relatos a quantidade de toques vaginais realizados, não houve queixas destas em relação à realização do procedimento.

Assim, destaca-se que estes procedimentos citados acima fazem parte do processo de parturição. Ao contrário de outros procedimentos como a restrição hídrica e alimentar que são consideradas **condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado pela OMS** e que de modo contrário aos depoimentos, devem ser estimuladas.

[...] não podia comer também [...] eu não podia comer até a hora do parto [...] nem água nem nada [...] elas (técnicas de enfermagem) falaram que era para mim não me sentir mal na hora do parto [E4].

[...] eu passei mal, é que eu estava sem comer e sem tomar água, sabe? [...] ela (técnica de enfermagem) disse que eu podia tomar só um pouquinho de água, só para molhar a boca, que se eu tivesse que fazer uma cesárea, eu teria que ficar sem comer e sem tomar água [...] [E6].

A orientação repassada às participantes E4 e E6 de não ingerir líquidos ou alimentos foi realizada pelos profissionais com o intuito de não causar maiores complicações no momento do parto, ou no caso de evolução para uma cesárea pelo aumento do risco de aspiração. Frente aos relatos, percebe-se que as participantes do estudo submeteram-se a tal orientação, demonstrando submissão a orientação dos profissionais.

A OMS (2009) assegura que, diante de um parto normal de baixo risco, seja qual for o local em que este se desenvolve, não há necessidade de restringir a alimentação ou a ingesta de líquidos pela parturiente. Portanto, não se deve interferir no desejo da parturiente de comer e beber durante o trabalho de parto, uma vez que, no parto normal, deve-se permitir e promover a manifestação natural do instinto feminino.

Além disso, ressalta-se que a oferta de alimentos leves e líquidos consiste em uma das recomendações da OMS e MS, representando uma boa prática de cuidado no parto normal (OMS, 1996). Cabe destacar, também, que o trabalho de parto requer uma quantidade enorme de energia, tendo em vista à imprevisibilidade de sua duração. Portanto, é preciso repor as fontes de energia da parturiente, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno, sendo que a restrição severa de ingesta oral pode levar à desidratação (OMS, 2009).

Acrescenta-se que, no cenário parturitivo, a restrição alimentar ou líquida, costuma estar atrelada à falta de conhecimento e de atualização dos profissionais, e também, à necessidade de estruturar rotinas institucionais, que desconsideram as necessidades da mulher e que ainda insistem em perpetuar o “antigo” modelo de assistência intervencionista e medicalocêntrico.

Ainda, nessa esteira de pensamento, os depoimentos das participantes apontam para o uso de ocitocina sintética, nos relatos a seguir:

[...] eu cheguei, eles (equipe de enfermagem) me atenderam. A (técnica de enfermagem) me colocou no soro (com ocitocina), né? [E2].

[...] colocaram o soro (com ocitocina) que era para ajudar a dilatar, daí ia dar contração mais seguido e mais forte [...] [E9].

Quando as dores estavam muito fortes [...] elas (técnicas de enfermagem) me deram soro (com ocitocina) [E4].

[...] ela (técnica de enfermagem) ia colocar um pouquinho mais devagar (ocitocina), porque eu estava com muita dor [...] mas depois elas (técnicas de enfermagem) aumentaram [E6].

Os dados revelam uma realidade marcada pelo uso rotineiro de ocitocina, citado pelas participantes do estudo como “soro”. O uso da ocitocina potencializou o quadro de dor ao gerar contrações uterinas mais frequentes e mais fortes, de acordo com a fala de E6.

A literatura aponta que os profissionais têm consciência que o uso da ocitocina interfere na fisiologia do parto, causa contrações uterinas mais regulares, mais fortes e por isso maior dor e desconforto a mulher. Contudo, mesmo no parto normal de baixo risco, algumas intervenções desnecessárias são utilizadas em alta proporção, como o uso da ocitocina, que com ou sem sucesso, é utilizada no intuito de abreviar o parto (LEAL et al., 2014).

Em estudo realizado por Zalzum (2013) mais da metade das mulheres que receberam ocitocina sintética não participaram da decisão quanto ao uso, seja, por acreditarem que o uso se fez necessário, por não receber informações dos riscos e benefícios, ou porque a equipe não se dispôs a explicar as razões da utilização.

Considera-se que o uso da ocitocina sintética, de certa forma, tem seus benefícios. No entanto, o modelo vigente de atenção ao parto e nascimento não valoriza a fisiologia do processo de parturição e opta pela medicalização em excesso, realizada rotineiramente, sem levar em consideração o momento vivido por cada mulher, gerando ainda mais dor e medo do parto (LEAL et al., 2014). Assim, pondera-se que o manejo ativo do trabalho de parto com a utilização de ocitocina precoce deve ficar reservado somente a alguns casos, não sendo recomendado o seu uso rotineiro na prática obstétrica, pois é desnecessário e pode ser, até mesmo, prejudicial (OMS, 1996, PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Nesta direção, o uso de ocitocina sintética deve ser criterioso e monitorado, tendo em vista os efeitos adversos decorrentes de sua utilização, como taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar, inclusive, rotura uterina. Para o feto, o efeito colateral mais grave é o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sanguínea (BRASIL, 2001).

Ainda, em relação aos cuidados à parturiente, os fragmentos das falas das participantes abaixo, revelam a realização de procedimentos ultrapassados, que não trazem benefícios maternos ou neonatais e que são consideradas pela OMS como: **Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.**

[...] lavagem (enteroclisma) [E3].

[...] a raspagem dos pelos (tricotomia) [E4].

[...] O cortezinho (episiotomia) [E3] [E8].

[...] As gurias (técnicas de enfermagem) fizeram (tricotomia) uma noite antes de eu ganhar o nenê [E6].

[...] a lavagem (intestinal) [...] [E10].

As gurias (técnicas de enfermagem) fizeram [...] a raspagem dos pelos, né? [...] porque tinha que fazer, porque seria parto normal, né? [E5].

[...] elas (técnicas de enfermagem) explicavam da raspagem para não dar infecção, que era feito tanto na cesárea como no parto normal [...] [E4].

[...] da lavagem (enteroclisma) que não podia ter nada né? Por causa do nenê [E5].

Tais fragmentos das falas das mulheres revelam a realização de algumas condutas como o enteroclisma, a tricotomia e a episiotomia como rotina no serviço. Verifica-se, que práticas rotineiras e desnecessárias continuam sendo implementadas no cenário de estudo, mesmo diante de pesquisas que apontam que tais práticas são obsoletas e que precisam ser discutidas, repensadas e reformuladas nos serviços de saúde.

Em relação à realização de tais procedimentos, faz-se necessário destacar o papel da mulher, nesse evento, e o papel que os próprios profissionais assumem. Sabe-se que, em algumas situações, a mulher pode optar pela utilização de alguma destas práticas e essa decisão deve ser respeitada. Contudo, para manifestar essa escolha, a parturiente precisa, antes de tudo, exercer o empoderamento, sendo este caracterizado pelo livre direito de decisão, o direito a palavra assumindo uma postura ativa durante o processo parturitivo (MALHEIROS et al., 2012).

De forma semelhante, visualiza-se em outro estudo que procedimentos, como enteroclisma, tricotomia e episiotomia são realizados de forma indevida, rotineira, sem justificativas plausíveis e, muitas vezes, sem a conscientização e consentimento da parturiente (SEIBERT et al, 2005). Além disso, não são recomendados como rotina nas práticas de cuidado no trabalho de parto e parto (OMS, 1996; BRASIL, 2001).

No processo parturitivo atual, o uso de tecnologias duras e o crescente número de intervenções não favorecem a evolução fisiológica do parto. Por conseguinte, destaca-se que esses recursos só devem ser utilizados quando há real necessidade e, portanto, a banalização das intervenções deve ser evitada (FRELO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

Concernente a este aspecto, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada no ano de 2011, mostrou que a classe médica não valoriza o conhecimento científico abarcado no meio científico (CHAVES, 2014). As chamadas boas práticas de atenção ao parto são menos frequentes que as intervenções durante o trabalho de parto e parto, e, em contrapartida não são considerados os conhecimentos obtidos nas investigações científicas sobre a efetividade dessas ações, perpetuando a reprodução de práticas desnecessárias e rotineiras (SERRUYA, 2014)

A literatura aponta e reforça que a prática de tais condutas é ineficaz e que, em grande parte, não traz benefícios à mulher. As práticas de tricotomia e enteroclisma, por exemplo, são discutidas em vários estudos e pela OMS. Estes estudos apontam que tais procedimentos são considerados desnecessários, sem evidências científicas e que somente devem ser realizados a pedido da mulher (OMS, 2009).

Cabe ainda destacar que, quanto à prática da episiotomia, não existem evidências científicas confiáveis que confirmem que ela deve ser realizada, especialmente quando desconsidera-se a individualidade de cada caso. Vale ressaltar que, em algum momento, este procedimento pode vir a ser necessário, contudo, deve haver uma indicação plausível para sua realização (OMS, 2009).

Assim, os depoimentos revelaram que profissionais de enfermagem ainda preconizaram a realização de rotinas institucionais, como as referidas anteriormente e também a restrição no leito. E, nesse contexto, a atitude de movimentar-se e adquirir uma posição confortável, durante as contrações uterinas, partiu da própria parturiente, ou seja, do instinto feminino frente à situação de dor no trabalho de parto.

[...] Na verdade, eu comecei a caminhar e quando vinha a dor, eu me agachava e fazia força. Por isso, que ajudou na hora do parto [...] mas não veio deles (profissionais de enfermagem) [...] eu fiquei a noite inteira acordada. Eu ficava andando nos corredores. Daí, ela (técnica de enfermagem) veio e disse: “- tu tem que ficar deitada para nós saber” [...] mas se eu estava morrendo de dor, não conseguia ficar deitada. Como que eu ia ficar deitada? [E6].

Conforme relato da participante E6, percebe-se que a atitude de caminhar partiu dela própria e ainda houve interferência da profissional de enfermagem que questionou sua atitude. Desse modo, ratifica-se a importância dos profissionais respeitarem o modo como a mulher gostaria de conduzir seu trabalho de parto, cabendo ao profissional fornecer suporte à parturiente e à mulher a possibilidade de escolher o que melhor lhe convém, em um momento em que ela deve ser a protagonista (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Percebe-se, ainda, que estas condutas são opostas às recomendações da OMS (2009), que afirma que, além do apoio fornecido pelos profissionais durante o trabalho de parto, é imprescindível orientar à parturiente a adotar a posição que deseja, no leito ou não, durante o andamento do trabalho de parto. Isto significa que, se ela não quiser, não precisa ficar restrita ao leito, em decúbito dorsal, pois tem a liberdade de optar por uma postura verticalizada, sentada, em pé, como também pode deambular, sem interferência dos prestadores de serviço, especialmente durante o primeiro estágio do parto (OMS, 2009).

Nesse sentido, o profissional deve incentivar à parturiente trocar de posição. É importante que ele saliente que, durante a fase de latência e no estágio ativo inicial do trabalho de parto, ela pode caminhar, pois isto aumentará seu conforto e facilitará a progressão do trabalho de parto (OLIVEIRA et al., 2013).

O profissional deve esclarecer a mulher sobre os benefícios da prática da deambulação, bem como pode orientar o acompanhante de livre escolha da parturiente como auxiliá-la. Entre tantas tecnologias leves, a deambulação representa um método não invasivo, no qual o acompanhante pode e deve ser inserido, permitindo que ele possa se sentir parte desse processo (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011).

O parto constitui uma experiência única, em que o profissional de enfermagem deve representar o alicerce no cuidado. Ele precisa estar presente, orientar e também auxiliar à mulher na boa evolução do parto, de modo a tornar esta vivência positiva a mulher e seus familiares. Diferentemente desta premissa, a participante E9 teve a vivência da realização da Manobra de Kristeler no momento do parto, como é relatado, a seguir.

[...] ela (enfermeira) teve que dar uma ajuda na barriga forçando para baixo (Manobra de Kristeler) [...] judiou um pouco assim [...] acho que foi a parte mais dolorida [...] (A enfermeira) não explicou porque estava fazendo [E9].

A partir do relato da participante E9 a parte mais dolorida do parto não envolveu a dor das contrações, mas sim a dor causada por uma intervenção, que é reconhecida como um procedimento que não possui evidências científicas para sua realização. Logo, a vivência do

primeiro parto da participante E9 foi marcada pela dor e sofrimento provocados por um procedimento completamente desnecessário. Considera-se que esta experiência possa deixar marcas profundas na participante, pois as lembranças que permanecem deste evento dependem, em grande parte, do cuidado prestado ou imposto pela equipe.

É interessante ressaltar, ainda, que dentre tantas outras intervenções e violências institucionais na assistência ao parto, a manobra de Kristeller é comprovadamente uma prática desnecessária, que deve ser retirada deste cenário (LEAL et al., 2014). Tendo os riscos sobrepostos a essa manobra como a ruptura uterina, fraturas no recém-nascido, dentre outras. (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009)

Evidencia-se, também, que quando a participante refere que não lhe explicaram porque estavam fazendo esta manobra, suas escolhas foram desconsideradas, e o direito à voz lhe foi destituído e ela, visto que esta nem ao menos compreendeu o que estava ocorrendo. Além disso, considera-se que o procedimento foi realizado sem levar em consideração a mulher/pessoa que estava sendo cuidada.

Nesse sentido, cabe ressaltar que a literatura indica que é possível verificar que a passividade da parturiente pode estar associada à ausência de diálogo e orientação dos profissionais (PONTES et al., 2014). As informações fornecidas às parturientes costumam se restringir à necessidade desta em fazer força, permanecer em uma posição “cômoda” para os profissionais, restringindo-a de outras orientações pertinentes. No entanto, estas são orientações que colocam a mulher em uma posição de submissão e passividade, ignorando seu instinto natural, sua autonomia e capacidade de parir (PINHEIRO; BITTAR, 2012; PONTES et al., 2014).

Nesta esteira de pensamento, reflete-se sobre o papel do profissional de enfermagem durante o processo de parturição. Este deve promover um cuidado baseado na empatia, no diálogo, no esclarecimento de dúvidas, oportunizando e incentivando as escolhas da mulher, e protegendo-a de situações de imposição, violação e violência de seu corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que o processo parturitivo vivenciado pelas mulheres-primíparas é marcado por práticas de cuidado benéficas e não benéficas. Algumas práticas de cuidado favorecem e respeitam a fisiologia do parto, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e práticas de cuidado que constituem a mulher como ser humano protagonista do processo parturitivo. Contudo, práticas de cuidado que destituem a mulher de seu papel de protagonista

e que desrespeitam a evolução fisiológica do parto, continuam sendo implementadas no cenário de estudo.

Frente aos achados nesse estudo, foi possível responder o objetivo proposto. Todavia, percebeu-se a necessidade de novas pesquisas que visem avaliar como se dá o preparo da mulher para o parto durante a atenção pré-natal; e quais os motivos que levam os profissionais de saúde a continuar atrelados a rotinas institucionais que caíram no desuso e que não trazem benefícios maternos e neonatais e que contribuem, muitas vezes, para uma vivência negativa do parto normal. Cabe também, a conscientização dos gestores das instituições de saúde, quanto a importância da reformulação de condutas de cuidado que vão ao encontro do conhecimento e da inovação científica abarcada no cenário atual de assistência ao parto e nascimento.

Espera-se que esse estudo contribua no cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem as parturientes em seu dia-a-dia, assim como, estimular a reflexão aos principais envolvidos na prestação do cuidado, no sentido de repensar e reformular práticas de cuidado institucionais que se encontram em desuso e investir em práticas que contribuem para evolução fisiológica do parto e que não destituem a mulher de seu papel. Para isso, se faz necessário a educação permanente para atualização dos profissionais que atuam no cuidado ao parto, bem como, de cursos de aperfeiçoamento que permitam uma melhor capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado ao parto.

Esse estudo demonstra que embora exista uma política voltada para a humanização do parto e nascimento, uma pesquisa do nascer a nível nacional e uma proposta integrada da rede cegonha e que se faça todo um movimento consistente de tornar a mulher protagonista do processo parturitivo, o que predomina ainda é o modelo em que o profissional aparece como sendo o detentor do saber e quem tem o domínio do processo de parir e não a mulher. Isso demonstra que ainda não existem grandes mudanças no cenário atual de assistência ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2815**, de 29 de maio de 1998. Institui o procedimento do parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, p.47-8, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: jun. 2013.

BARBIERI, M. et al. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 5, p. 478-84, 2013.

BRENES, A. C. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p.14-16, 2014.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E.; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 173-84, 2011.

LEAL, M. C. et al.; Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 17-47, 2014.

LEISTER, N.; RIESCO, M. L. G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 166-74, 2013.

MACEDO, P. O. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 341-7, 2008.

MALHEIROS, P. M. Et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm.** 2012 AbrJun; 21(2):329-37

MAMEDE, F. V. et al. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 466-71, 2007.

MERHY, E.E. et al. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, K. A. P. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 720-8, 2009.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 652-5, 2005.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 456-61, 2010.

OLIVEIRA, L. L.; BONILHA, A. L. L.; TELLES, J. M. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 11, n. 3, p. 573-80, 2012.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Maternidade Segura** - assistência ao parto normal, 2009. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático** (OMS 1996).

PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. L. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, v. 37, p. 212-27, 2012.

PONTES, M. G. A. et al. Parto nosso de cada dia: um olhar sobre as transformações e perspectivas da assistência. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 12, n. 1, p. 69-78, 2014.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, 2010.

RIESCO, M.L.G. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 2, n. 2, p. 807-16, 2010.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 13, p. 245-51, 2005.

SERRUYA, S. J. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1 ,p. 17-47, 2014.

VAN DER SAND, I. C. P. **Significados culturais e práticas de autoatenção relativas ao processo do nascimento para mulheres residentes no campo**. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo, 2014.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ZALZOM, B. A. O. **Informações e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2013.

VERHEIJEN EC, RAVEN JH, HOFMEYR GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Review** 2009, Issue 4. Art. No.: CD006067.

4 DISCUSSÃO

Em todas as culturas humanas, o nascimento de uma nova vida sempre tocou corações. De forma particular, na vida da mulher, a gravidez e o nascimento são eventos únicos, repletos de sentimentos e emoções. A vivência experienciada por ela, nesse momento, ficará indelevelmente marcada em sua memória, por isso, todos os atores sociais envolvidos no cuidado à mulher devem proporcionar um ambiente de carinho e humanismo (BRASIL, 2014), de forma a garantir que este seja um acontecimento sublime.

Nesse sentido, conhecer o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem no trabalho de parto e parto, na perspectiva da usuária, permitiu não somente avaliar as práticas de cuidado no serviço de saúde e compará-las com as preconizações da OMS e do MS em relação ao parto normal, mas também refletir quanto às relações interpessoais estabelecidas na assistência ao parto e no processo de cuidar (ENDERLE et al., 2012).

Os resultados do presente estudo, vão ao encontro dos achados de Enderle et al (2012), que demonstram que a relação com os profissionais, permeadas pelo respeito e pela escuta, somada ao oferecimento de métodos de relaxamento para o parto, representa como a atenção considerada ideal pelas mulheres e indicam o quanto a qualidade das relações humanas é importante para elas, tornando-se condutas relevantes para o cuidado no trabalho de parto e parto.

É evidente também, reconhecer os diferentes valores culturais, crenças, anseios e expectativas em relação ao parto e ao nascimento, de maneira a oferecer um cuidado individualizado, que vá ao encontro das necessidades da mulher no processo parturitivo, sempre que possível. Todas as ações de cuidado devem ser acompanhadas de orientações e explicações sobre o motivo da sua realização e a mulher deve perceber que estas são realmente necessárias para o seu bem-estar e de seu filho (BRASIL, 2014).

Sabe-se que nem sempre a mulher em trabalho de parto e parto recebe informações. Contudo, esta depende frequentemente das informações que são repassadas pelos profissionais de enfermagem. A sua liberdade não deve ser posta em causa, mas sim direcionada nos seus limites, procurando responder da forma mais correta às suas necessidades (LEITÃO, 2010). Os achados nesse estudo também demonstram práticas de cuidados que respondem as necessidades das participantes, principalmente quando são

acolhidas pelos profissionais e respeitadas em suas dúvidas e necessidades e incentivadas a assumirem seu papel intrínseco no parto.

No entanto, os dados também demonstraram a falta de humanização no cuidado de alguns profissionais de enfermagem quando se mostraram indiferentes, insensíveis e as negaram o direito de serem cuidadas dignamente, quando não responderam as suas necessidades individuais, sejam estas físicas ou emocionais.

Esse des(cuidado) pode ser caracterizado como um cuidado impessoal e indiferente para com elas, que distancia-se do cuidado idealizado pelas mulheres na vigência da atenção ao parto. Sendo assim, é necessário desconstruir a ideia da mulher em uma condição de objeto passivo da parturição, cuja voz não se faz ouvir, e devolver-lhe o seu papel de protagonista e a sua capacidade de decidir sobre as questões relacionadas ao seu parto (SANTOS; COSTA PEREIRA, 2012). Portanto, o papel do profissional de enfermagem deve ser o de orientar e coordenar esforços que vão ao encontro das necessidades realmente sentidas pelas parturientes, procurando dar resposta da melhor forma possível às solicitações que lhes são colocadas (LEITÃO, 2010) o que também foi encontrado nas práticas de cuidado realizadas pelos profissionais deste estudo.

O intuito principal do cuidado à mulher, no parto, é favorecer uma vivência positiva deste processo à mulher e sua família, assim como manter o seu bem-estar, saúde física e emocional, prevenir possíveis complicações e atuar frente às emergências, caso essas ocorram. Os resultados do presente estudo também confirmam que, a qualidade de uma boa comunicação entre os profissionais e as pessoas envolvidas nesse acontecimento também é fundamental para o alcance de tais cuidados e que a mulher necessita receber atenção constante dos profissionais de enfermagem e, suas angústias, medos e dúvidas devem ser acolhidos, respeitados e esclarecidos em linguagem acessível e com tom de voz que traduza calma e confiança (BRASIL, 2014).

Assim, estudo aponta que as mulheres enfrentam o desconhecimento quanto ao processo de parturição, tanto nas ações mais técnicas quanto nas funções fisiológicas, as quais são extremamente importantes para a tomada de decisão e autonomia da parturiente sobre os cuidados que permeiam esse acontecimento (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Resultados encontraram que as parturientes também submetem-se a cuidados muitas vezes desnecessários, por desconhecerem seu corpo, compreenderem este como imperfeito para parir e que o uso de intervenções se faz necessário.

Ainda, desconhecem não somente o uso de procedimentos técnicos ou a fisiologia do parto, mas também, seus direitos em quanto ser humano, quando, em alguns momentos tornou-se nítido nos depoimentos o tratamento impessoal quando são tratadas como objetos destituídas de seu papel e de seus direitos ao cuidado ético.

Ainda, o desconhecimento da gestante sobre a fisiologia da parturição e os benefícios para o bem-estar materno fetal parece ser uma questão cultural impregnada na sociedade. Geralmente, as informações e condutas, durante esse processo, estão basicamente restritas ao arsenal de conhecimento dos profissionais e um limitado número chega, de fato, ao conhecimento da mulher (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). Esta deve receber um cuidado diferenciado e qualificado de acordo com suas demandas, que permita à ela sentir-se segura e protegida (BRASIL, 2014).

O cuidado prestado à parturiente deve ir ao encontro de práticas humanizadas que atendam às reais necessidades desse público, incluindo a presença de um acompanhante como um suporte emocional; a qualidade na relação entre os profissionais e as mulheres; o fornecimento de informações durante a assistência; a maior participação das mulheres no controle decisório sobre os cuidados que envolvem seu corpo; e uma assistência voltada à mulher e sua família, visando à humanização da atenção ao parto e condições seguras nesse processo (VELHO et al., 2012).

Sob este prisma, o enfermeiro desempenha papel relevante no cuidado ao parto e deve desenvolver ações, como informar sobre a evolução do parto e envolver a mulher nas decisões sobre a utilização de intervenções, valorizando suas experiências prévias. Cabe a ele também promover e garantir às mulheres o enfrentamento de possíveis adversidades, orientando-as sobre a dor no trabalho de parto e sua condução, especialmente com métodos não farmacológicos, que respeitam os aspectos de sua fisiologia (BRYANTON et al., 2008; CAPILÉ et al., 2011).

Sendo assim, o modelo de humanização do parto e nascimento busca a formação de um novo arranjo na assistência, orientado pela segurança e eficácia dos procedimentos, maior promoção aos direitos das mulheres, e também por uma nova cultura assistencial e comunicacional entre os sujeitos envolvidos (GOMES; MOURA; SOUZA, 2013).

Contudo, percebeu-se, no presente estudo, a presença de algumas práticas consideradas prejudiciais e que não são recomendadas pelo MS (ENDERLE et al., 2012), como a realização de enteroclisma, tricotomia, episiotomia, restrição hídrica e alimentar, e o uso rotineiro de medicamentos para indução do parto, como a ocitocina, dentre outras.

Sendo assim, observou-se também em estudo realizado no sul do Brasil e que vão ao encontro dos achados nesse estudo que, dentre os profissionais de saúde, 70% deles, utilizou a prática de tricotomia, 80% realizou episiotomia e mais de 90% dos trabalhadores de saúde usaram habitualmente a infusão de oclócitos na instituição (CARVALHO et al., 2010). Nessa mesma perspectiva, outro estudo também realizado no sul do Brasil revelou que a episiotomia foi realizada em 89,6%; a cateterização venosa profilática de rotina em 91,8%; a tricotomia em 32,8% das pacientes; a restrição hídrica e alimentar em 87,4 %; o enteroclisma foi usado em 13,7% das parturientes; e os toques vaginais foram realizados por mais de um examinador em 69,4% dos partos (ENDERLE et al., 2012).

Infere-se que o uso de alguns destes procedimentos pode ainda estar sendo utilizado pelo receio dos profissionais de que o parto possa evoluir desfavoravelmente. Nesse sentido, estas condutas são empregadas com a justificativa de se evitar infecções ou outros riscos que possam vir a ocorrer (ENDERLE et al., 2012). No entanto, considera-se que o processo parturitivo deve ser tratado como um evento fisiológico, natural e não como doença. Além disso, evidências científicas têm demonstrado que muitas práticas comuns na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida necessidade e validação de sua efetividade (BRASIL, 2014).

Com isso, o MS criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando formalmente todo o ciclo gravídico-puerperal, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade da assistência (BRASIL, 2001).

Também, com o objetivo de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência ao parto, a OMS, em 1996, elaborou um guia prático com recomendações fundamentadas em evidências científicas de práticas no parto normal. Entre elas, estão as práticas comprovadamente benéficas que devem ser estimuladas; métodos prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminados; procedimentos que não possuem evidências científicas que apoiem sua prática e que, portanto, devem ser utilizadas com cautela até que sejam realizadas novas pesquisas; e, por fim, condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Logo, sugere-se que os gestores e à equipe multidisciplinar, que presta atenção ao parto, programem a realização de condutas preconizadas e que ainda não foram totalmente inseridas na maternidade, de forma a realizar ações que possibilitem atingir o que é preconizado, por meio de cursos de atualização, ou educação continuada. As condutas

cientificamente recomendadas da OMS/MS na atenção ao parto abrem a possibilidade de se criar novas maneiras de vivenciar o parto, recuperando o protagonismo da mulher (ENDERLE et al; 2012).

Nesse intuito, é imprescindível repensar aspectos como a realização ou não de rotinas de internação, como a tricotomia ou o enteroclisma, dentre outros procedimentos corriqueiros, pois estes, também, devem ser discutidos e decididos com a mulher. Para tanto, esta precisa ser esclarecida quanto as suas vantagens e desvantagens para, assim, ter o direito livre e consciente de decisão (LEITÃO, 2010).

É necessário ainda o envolvimento e a sensibilização dos profissionais, como mediadores na mudança das rotinas institucionais, reconhecendo as necessidades da mulher e de sua família, e propiciando um ambiente favorável às condutas educativas e humanizadas (FRELLO; CARRARO; BERNARDI, 2011). Logo, é fundamental compreender as expectativas de cada mulher em trabalho de parto, assim como sua história de vida e igualmente os seus desejos (LEITÃO, 2010).

Dessa forma, os profissionais de enfermagem poderão proporcionar às mulheres um ambiente humanizado e propício para que elas vivenciem ativamente o processo de trabalho de parto e parto. Neste poderão ter o direito de escolha, de escuta e de orientações para conduzir o seu trabalho de parto, já que elas representam os atores sociais principais do processo de parturição (MACEDO et al., 2008). Para isso, é necessário que os profissionais que atuam durante o trabalho de parto e parto sejam sensibilizados quanto ao seu papel nesse processo, pois a mulher e o bebê devem ser o principal foco de sua atenção (SEIBERT et al., 2005).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a vivência de mulheres primíparas em relação as práticas de cuidado prestados pelos profissionais de enfermagem no processo parturitivo. Possibilitou, também, que as mulheres falassem de um momento único e sublime em suas vidas, o nascimento de seu primeiro filho, e compartilhassem suas vivências.

Percebeu-se o quão importante é o cuidado que os profissionais de enfermagem desempenham nesse processo ao escutá-las e dar voz as suas vivencias, sejam elas boas ou ruins, pois o processo parturitivo ainda que seja um momento íntimo e único, nem sempre é vivenciado apenas por bons momentos.

Observou-se que, embora o processo fisiológico do parto seja intrínseco à mulher, a vivência desse processo é percebida por diferentes formas entre as parturientes. As vivências se tornam positivas ou negativas, a partir da forma como o cuidado é oferecido, orientado, prestado, imposto ou negligenciado às mulheres.

Os resultados refletem que, na vivência das participantes, os cuidados são considerados favoráveis quando o profissional mostra-se preocupado, presente e sensível ao processo que a mulher vivencia. Ao mesmo tempo, quando este realiza cuidados pautados em esclarecimentos e orientações que as acalmam, incentivam e reforçam a importância do seu papel na cena do parto, assim como, quando realizam métodos não farmacológicos para alívio da dor e progressão fisiológica do parto, e fazem com que a mulher sintam-se mais à vontade, amenizando seu desconforto possibilitando que ela conheça seu corpo.

Contudo, também identificou-se práticas de cuidado que destituem a mulher do processo de cuidado do parto. Estes podem ser evidenciados quando os profissionais mostram-se indiferentes e insensíveis ao processo vivenciado pela mulher. E, ainda, quando realizam de forma rotineira procedimentos obsoletos e que já não são recomendados, pois não trazem benefícios maternos ou neonatais e que parecem ser usados por conveniência e facilidade pelo profissional que busca a abreviação do período de parto. Os cuidados considerados negativos ainda envolvem àqueles que tornam a mulher submissa as suas condutas, muitas vezes, sem orientações e esclarecimentos quanto a sua necessidade, indicações e contraindicações.

Vale ressaltar que alguns cuidados considerados “(des)humanizados” pela PNHP foram considerados cuidados positivos pelas mulheres entrevistadas, seja por

desconhecimento ou por acreditarem, que com a realização destes, foram cuidadas e atuaram ativamente no nascimento de seus filhos. Da mesma forma, percebeu-se que, independente da vivência do parto ter sido positiva ou negativa, quando questionadas sobre esta vivência e os cuidados prestados pelos profissionais, suas respostas podem ser resumidas em uma experiência única e feliz, pois o bebê nasceu saudável e, no final, “tudo deu certo”.

Pensa-se, que a instituição, cenário de estudo, assume a responsabilidade pelos cuidados adotados, ao impô-los como rotinas institucionais, em relação aos quais, ressalta-se também a necessidade de revisão e atualização. No que se refere à forma de se cuidar, considera-se que ela envolve um ato intrínseco ao ser humano e, somente a ele, cabe realizar um cuidado ético ou desumano.

Conclui-se que, a vivência do cuidado fornecido pela enfermagem, na atenção às mulheres-primíparas em trabalho de parto e parto, está estreitamente ligada à forma de se cuidar. Nesse sentido, o profissional assume a incumbência de produzir significados positivos sobre estas vivências, especialmente quando este evento é vivenciado por mulheres-primíparas, pois tais experiências podem ser decisivas em gestações futuras.

Logo, espera-se que esse estudo possa contribuir na formação de profissionais de saúde, dentre eles a enfermagem, que desempenha o cuidado de forma mais contínua e próxima à parturiente, família e acompanhante. Deseja-se que esse estudo leve os profissionais a repensar a maneira como cuidam das parturientes, contribuindo também para que o parto normal não seja percebido e expressado na mídia e difundido na sociedade como um momento de extrema dor e sofrimento, e sim, como um acontecimento intrínseco ao ser humano desde os primórdios da existência humana, que resulta na contemplação da vida.

Conclui-se que este estudo contemplou a vivência de puérperas primíparas em relação ao cuidado de profissionais de enfermagem no cuidado ao trabalho de parto e parto. Contudo, demonstrou a vivência de um grupo de mulheres de uma determinada região, não podendo ser generalizado a todas as parturientes primíparas, fazendo-se necessários estudos que deem voz a outras mulheres, pois essas são os personagens centrais para avaliação da assistência e para mudança na forma de se cuidar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108**, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **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, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**: diretrizes gerais e operacionais. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade Materna no Brasil: avanços da vigilância no período de 2009 a 2011**. In: Ministério da Saúde (Br). Brasília (DF): MS, 2012. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim 1, 2012, p.359-70. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf> Acesso em 10.02.2015.

BRENES, A. C. **Bruxas, comadres ou parteiras: a obscura história das mulheres e a ciência; dos contornos do conflito parteiras e parteiros franceses**. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2005.

BRYANTON, J. et al. Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 37, n. 1, p. 24-34, 2008.

CAPILÉ, C. S. Enfermagem e humanização no cuidado à mulher durante o parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 155-60, 2011.

CARVALHO, V. F. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. esp., p. 92-8, 2010.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4. ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.

ENDERLE, C. F. et al. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, n. 4, p. 383-94, 2012.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 4, p. 530-5, 2010.

FIGUEIRÊDO, N. M. A. et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto - uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 905-12, 2004.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 660-8, 2010b.

_____. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 3, p. 441-5, 2010a.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E.; BERNARDI, M. C. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 173-84, 2011.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V.; SOUZA, I. E. O. A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 763-71, 2013.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 17-47, 2014.

LEITÃO, F. J. C. **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. Dissertação (Mestrado em Bioética)-Universidade de Lisboa, Faculdade de medicina, Departamento de Bioética, 2010.

MACEDO, P. O. et al. As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 341-7, 2008.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTENEGRO, CAB.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro, 12 Ed. editora Guanabara Koogan, 2013

OLIVEIRA, A. S. S.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. Cavalcante. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 2, p. 249-54, 2011.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Relatório de um grupo técnico. Genebra: OMS; 1996.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 105-17, 2010.

PEREIRA, A. L. F. et al. Assistência materna e neonatal na casa de parto David Capistrano Filho, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 2, p. 2905-13, 2012.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde & Sociedade**, v. 20, n. 3, p. 579-89, 2011.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 479-87, 2007.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**, v. 2, n. 2, p. 807-16, 2010.

SANTOS, L. M.; COSTA PEREIRA, S. S. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Physis (Rio de Janeiro)**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245-51, 2005.

VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 458-66, 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in maternal mortality: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFA and the World Bank 1990 to 2008. Geneva (SW): World Health Organization, 2010.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

ANEXO

Anexo A - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS PRIMÍPARAS

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26452313.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 512.089

Data da Relatoria: 14/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional, qualitativo que visa conhecer as vivências de puérperas primíparas em relação ao cuidado de enfermagem prestado no trabalho de parto e parto. Propõe-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, com enfoque descritivo-exploratório, tendo como cenário de estudo uma maternidade de um hospital localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os sujeitos integrantes do estudo serão puérperas primíparas que estejam internadas na maternidade do referido hospital durante o período de coleta dos dados. Os dados serão coletados por meio de entrevista individual semiestruturada, a qual será gravada em MP3 e, após, transcrita. Será utilizado o critério de saturação dos dados. A análise dos dados será realizada por meio da proposta operativa descrita por Minayo (2010). Os cuidados éticos serão observados conforme os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, que estabelece parâmetros para pesquisas que envolvem seres humanos. Esse estudo pretende dar voz às mulheres primíparas em processo de parturição, identificando vivências em relação ao cuidado de enfermagem prestado no trabalho de parto e parto. Também busca-se destacar os cuidados que os profissionais de enfermagem, considerados como mediadores para práticas de cuidado humanizado no trabalho de parto e parto, realizam com vistas a qualificar o cuidado à parturiente no contexto hospitalar.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 512.089

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as vivências de puérperas primíparas em relação ao cuidado de enfermagem prestado no trabalho de parto e parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos têm-se as situações que possam provocar constrangimentos e a possibilidade de despertar sentimentos e lembranças durante a entrevista. Se houver algum desgaste físico ou emocional, a entrevista será suspensa e poderá ser retomada em outro momento a combinar com o sujeito. Entre os benefícios está a produção de conhecimento que poderá qualificar o cuidado no processo parturitivo voltada às puérperas primíparas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa bem delineada e bem fundamentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 19 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro para Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Data: ____/____/____ **Nome:** _____
Idade: _____
Estado civil: _____
Escolaridade: _____
Ocupação: _____
Renda familiar: _____ salários mínimos
Cidade natal: _____
Reside com: _____
Gestações anteriores: Gesta ____ Aborto ____ Ectópica ____
Duração do trabalho de parto (desde internação na maternidade até o nascimento do bebê): _____
Episiotomia: () Sim () Não
Fármacos para indução do parto: () Sim () Não
Métodos não farmacológicos: () Não () Sim - Quais?
() Bola () caminhada () banquinho () agachamento () banho chuveiro () massagem () aroma terapia () música () outros _____
Acompanhante no trabalho de parto/parto: () Sim () Quem? _____
Não () opção própria () opção da instituição.

Levando em consideração os cuidados prestados a você pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem) durante o trabalho de parto e o momento do parto, responda:

1. Como aconteceu o contato com a equipe de enfermagem?
2. O que a equipe de enfermagem fazia para cuidar de você durante o TP e parto?
3. Como você se sentiu ao receber os cuidados pela equipe de enfermagem no momento do TP e parto? Por quê?
4. Você teve necessidade de perguntar alguma coisa em relação ao que estava acontecendo? Por quê? O que perguntou? Para quem perguntou? E o que te responderam?
5. Você foi orientada ao que deveria fazer no momento do parto? Por quem? E o que te disseram para fazer?
6. Suas queixas e chamados foram atendidas pela equipe de enfermagem? Dê um exemplo.
7. Quais os cuidados que você mais gostou ou que lhe chamaram a atenção? Por quê?
8. O que você não gostou? Por quê?
9. Como foi a vivência do TP e parto para você levando em conta todos os cuidados realizados? Por quê?
10. Deseja falar mais alguma coisa em relação aos cuidados de enfermagem no seu TP e parto?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

PROJETO DE PESQUISA: O cuidado de enfermagem no trabalho de parto e parto: vivências de puérperas primíparas

ENFERMEIRA MESTRANDA: Juliane Scarton

CONTATO: juliscarton10@hotmail.com Fone: (55) 9912-8135

ORIENTADORA/ PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Prof^ª. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

CONTATO: Fone (55)3220-8263

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Hospital de Caridade de Ijuí

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Puérperas primíparas (mulheres que vivenciaram o parto pela primeira vez)

DATA: ___/___/___

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, de forma voluntária (sem receber nenhum auxílio financeiro). Antes de você decidir se irá participar pergunte todas as suas dúvidas à pesquisadora, esta deverá responder a todas de forma clara. Ao aceitar participar do estudo você não terá nenhum tipo de remuneração; em qualquer etapa do estudo você terá acesso a pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ligando a cobrar para a mestranda Juliane Scarton pelo contato acima; você tem o direito e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo; após ser esclarecido sobre as informações e suas dúvidas no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

A pesquisa tem como objetivo: Conhecer as vivências de puérperas primíparas em relação ao cuidado de enfermagem prestado no trabalho de parto e parto. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista individual composta por questões fechadas, por exemplo, nome, idade, estado civil, entre outros, e outra parte composta por questões relacionadas aos cuidados que os profissionais de enfermagem prestaram a você durante o trabalho de parto e parto; A entrevista será gravada, porém não filmada; Nesta atividade será respeitada sua privacidade e as informações obtidas com suas respostas serão mantidas em confidencialidade, somente a pesquisadora responsável e a mestranda terão acesso a essas informações e não haverá a possibilidade de identificação de seu nome na divulgação dos resultados do estudo. Desta forma, fica garantido o anonimato dos participantes.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Como riscos têm-se as situações que possam provocar constrangimento e a possibilidade de despertar sentimentos e lembranças durante a entrevista. Se houver algum desgaste físico ou emocional, a entrevista será suspensa e poderá ser retomada em outro momento a combinar com a senhora. Entre os benefícios está a produção de conhecimento que poderá qualificar o cuidado no trabalho de parto e parto voltada às puérperas primíparas.

Após o término da entrevista você poderá ouvir o conteúdo gravado e, se o desejar, poderá alterá-lo. Os dados coletados serão armazenados, pela pesquisadora responsável na sala 1339 do prédio 26/Centro de Ciências da Saúde- CCS/UFSM, por cinco anos e após serão incinerados. O seu nome não será divulgado e você não será identificado, inclusive no momento da divulgação dos resultados da pesquisa a qual consiste na construção de artigos e a dissertação de mestrado.

Desde já agradecemos pela colaboração,

Nome do informante da pesquisa: _____

Assinatura do informante da Pesquisa: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Apêndice C - Termo de Assentimento

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

PROJETO DE PESQUISA: O cuidado de enfermagem no trabalho de parto e parto: vivências de puérperas primíparas

ENFERMEIRA MESTRANDA: Juliane Scarton

CONTATO: juliscarton10@hotmail.com Fone: (55) 9912-8135

ORIENTADORA/PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profª. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

CONTATO: Fone (55)3220-8263

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: Hospital de Caridade de Ijuí

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Puérperas primíparas (mulheres que vivenciaram o parto pela primeira vez)

DATA: ___/___/___

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, de forma voluntária (sem receber nenhum auxílio financeiro). Antes de você decidir se irá participar pergunte todas as suas dúvidas à pesquisadora, esta deverá responder a todas de forma clara. Ao aceitar participar do estudo você não terá nenhum tipo de remuneração; em qualquer etapa do estudo você terá acesso a pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ligando a cobrar para a mestranda Juliane Scarton pelo contato acima; você tem o direito e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo; após ser esclarecido sobre as informações e suas dúvidas no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

A pesquisa tem como objetivo: Conhecer as vivências de puérperas primíparas em relação ao cuidado de enfermagem prestado no trabalho de parto e parto. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista individual composta por questões fechadas, por exemplo, nome, idade, estado civil, entre outros, e outra parte composta por questões relacionadas aos cuidados que os profissionais de enfermagem prestaram a você durante o trabalho de parto e parto; A entrevista será gravada, porém não filmada; Nesta atividade será respeitada sua privacidade e as informações obtidas com suas respostas serão mantidas em confidencialidade, somente a pesquisadora responsável e a mestranda terão acesso a essas informações e não haverá a possibilidade de identificação de seu nome na divulgação dos resultados do estudo. Desta forma, fica garantido o anonimato dos participantes.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Como riscos têm-se as situações que possam provocar constrangimento e a possibilidade de despertar sentimentos e lembranças durante a entrevista. Se houver algum desgaste físico ou emocional, a entrevista será suspensa e poderá ser retomada em outro momento a combinar com a senhora. Entre os benefícios está a produção de conhecimento que poderá qualificar o cuidado no trabalho de parto e parto voltada às puérperas primíparas.

Após o término da entrevista você poderá ouvir o conteúdo gravado e, se o desejar, poderá alterá-lo. Os dados coletados serão armazenados, pela pesquisadora responsável na sala 1339 do prédio 26/Centro de Ciências da Saúde- CCS/UFSM, por cinco anos e após serão incinerados. O seu nome não será divulgado e você não será identificado, inclusive no momento da divulgação dos resultados da pesquisa a qual consiste na construção de artigos e a dissertação de mestrado. Desde já agradecemos pela colaboração,

Nome do informante da pesquisa: _____

Assinatura do informante da Pesquisa: _____

Assinatura do Pesquisador responsável: _____